

ASL
ROMA 5REGIONE
LAZIOREGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N° 000182 DEL 29 GEN 2024

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

 Favorevole
 Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 29 GEN 2024

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO FF

Dott. Franco Cortellessa

 Favorevole
 Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 29 GEN 2024

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

 Senza osservazioni Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa:

Registrazione n. _____

del 29-01-2024Il Dir. Ad Interim U.O.C. Bilancio e Contabilità
(Dott. Fabio Filippi)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile del Procedimento
(Dott. Gian Nicola Orlandi)Il Responsabile U.O.S. Sviluppo Organizzativo
e Attività Progettuali
(Dott.ssa Maria Teresa Volponi)Il Direttore U.O.C. Organizzazione, Programmazione
e Controllo di Gestione
(Dott. Fabio Filippi)La presente deliberazione è costituita da n. 3 pagine
da n. 1 allegato composti da un totale di pagine n. 217

Il Direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl. I, del 05/07/2022.

VISTO il D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 113/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia (Decreto reclutamento)" che, all'art. 6 prevede che "per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190".

VISTO altresì il D.L. n. 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha introdotto il comma 7-bis al D.L. n. 80/2021 che stabilisce che "le regioni, per quanto attiene alle aziende e agli enti del Servizio Sanitario Nazionale adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al medesimo art. 6 nonché ai contenuti definiti nel Piano integrato di attività e organizzazione di cui al presente decreto".

RICHIAMATI il D.P.R. n. 81/2022 ad oggetto: "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il D.M. n. 132/2022 ad oggetto: "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".

PRESO ATTO del comunicato del Presidente ANAC del 10 gennaio 2024 che conferma il termine del 31 gennaio per l'adozione e la pubblicazione dei PIAO e dei PTPCT 2024 – 2026.

TENUTO CONTO che, alla luce di quanto sopra riportato, i contenuti espressi nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2024-2026 verranno adottati nella sezione dedicata all'interno del PIAO 2024-2026 entro il termine previsto.

ACQUISITO

il parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione del 23 gennaio 2024 relativo al PIAO 2024-2026.

DATO ATTO che si procederà alla successiva pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 sul sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri istituito ai sensi dell'art. 13 del D.M. n. 132/2022;

RITENUTO che il Piano che qui si approva soddisfi, in merito a struttura e contenuti previsti, il debito informativo dovuto in riferimento alle disposizioni sopra descritte ed è allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

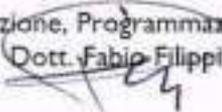
PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono qui riportate, di:

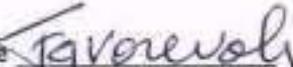
1. di adottare il documento denominato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, in adempimento alle vigenti disposizioni di legge;
3. di prevedere che i Piani attuativi delle diverse sezioni del PIAO potranno essere aggiornati senza la necessità di riadozione del PIAO stesso, in quanto ne rappresentano la specifica attuazione in coerenza con le linee strategiche ivi contenute;
3. di dare corso alla pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 sul sito internet istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente", nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri istituito ai sensi dell'art. 13 del D.M. 132/2022;
4. disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Attesta, altresì, che la presente proposta a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione:

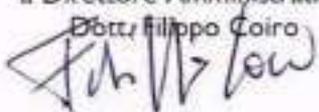

Dott. Fabio Filippi

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI

Parere 

Data 29 GEN 2024

Il Direttore Amministrativo


Dott. Filippo Coiro

Parere 

Data 29 GEN 2024

Il Direttore Sanitario ff
Dott. Franco Cortellesa


IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0096 del 17 luglio 2022.

- Vista superiore proposta di deliberazione formulata dal Direttore Amministrativo, Dott. Filippo Coiro che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

- Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta:

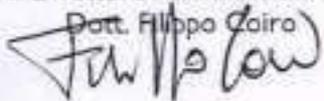
DELIBERA

- di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata e sottoscritta dal Direttore Amministrativo, Dott. Fabio Filippi;

- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario ff

Dott. Franco Cortellessa



Il Direttore Generale

Dott. Giorgio Giulio Santonocito



PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 29 GEN 2024

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

Tivoli, _____



Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

(PIAO)

2024-2026

INDICE

| | |
|---|-----------|
| PREMESSA | 1 |
| 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE | 2 |
| 1.1. CHI SIAMO | 2 |
| 1.2. COSA FACCIAMO | 2 |
| 1.3. COME OPERIAMO | 3 |
| 1.4. ANALISI DEL CONTESTO | 13 |
| 1.4.1. <i>Il contesto interno</i> | 13 |
| 1.4.2. <i>Il contesto esterno</i> | 33 |
| 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 38 |
| 2.1 VALORE PUBBLICO | 38 |
| 2.1.1. <i>Procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare</i> | 41 |
| 2.1.2. <i>Pari opportunità e l'equilibrio di genere</i> | 46 |
| 2.1.3. <i>Efficientamento energetico</i> | 48 |
| 2.2 PERFORMANCE | 49 |
| 2.2.1. <i>Sistema di misurazione della Performance</i> | 49 |
| 2.2.2. <i>Ciclo di gestione della performance</i> | 52 |
| 2.2.3. <i>Gli obiettivi strategici</i> | 54 |
| 2.2.4. <i>Performance organizzativa</i> | 54 |
| 2.2.5. <i>Performance individuale</i> | 56 |
| 2.3 PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 57 |
| 2.4 PIANO AZIONI POSITIVE | 84 |
| 3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA | 85 |
| 4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 85 |
| 4.1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO | 85 |
| 4.2. LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE | 88 |
| 4.3. MODALITÀ ATTUATIVE | 90 |
| 4.4. SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE | 90 |
| 4.5. PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE | 90 |
| 4.6. PERCORSI FORMATIVI DEL PERSONALE | 91 |
| 4.7. REQUISITI TECNOLOGICI | 92 |
| 5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP) | 94 |
| 6. PIANO DELLA FORMAZIONE | 94 |
| 7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE | 94 |
| Allegati: | |
| 1) Scheda degli obiettivi specifici | |
| 2) Deliberazione n. 60 del 10/01/2024 | |
| 3) Tabella obblighi di pubblicazione | |
| 4) Regolamento Codice di Comportamento | |

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale con aggiornamento annuale.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Il gruppo di lavoro aziendale PIAO istituito con deliberazione n. 2236 del 27.12.2022 ha redatto un testo finalizzato ad assorbire, razionalizzandone la disciplina, in un'ottica di massima semplificazione, gli atti di pianificazione sopra richiamati, racchiudendoli in un unico atto in una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'Azienda.

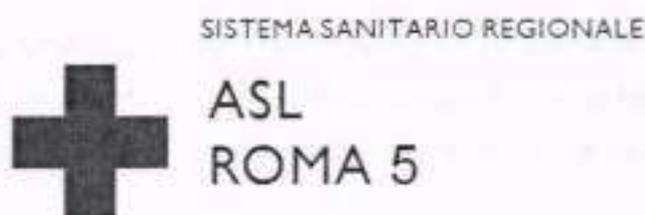


1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ha sede legale in Tivoli (RM) in Via Acquaregna nn. 1/15, codice fiscale e partita IVA 04733471009.

Logo aziendale



Sito internet: www.aslroma5.it

Indirizzo mail: protocollo.generale@aslroma5.it

Indirizzo pec: protocollo@pec.aslromag.it

1.2. COSA FACCIAMO

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnate dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico ed assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

Nello svolgere l'attività si avvale delle proprie strutture produttive e dei servizi erogati dai soggetti accreditati.

La visione strategica dell'Azienda è orientata ad offrire, attraverso un sistema organizzativo efficiente, servizi al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, in risposta ai bisogni espressi dell'utenza.

1.3 COME OPERIAMO

L'Azienda opera nel massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce alla propria popolazione di riferimento e ai cittadini presenti nel territorio di competenza l'accessibilità alle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Lazio.

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva ed è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario (art. 3, D.Lgs. 502/1992).

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. Verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigila sull'osservanza della legge; accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce alla regione sui risultati del riscontro eseguito (art. 3-ter, D.Lgs. 502/1992).

Il Collegio di Direzione è un organo aziendale collegiale, che concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative), esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche sul piano aziendale annuale della formazione e sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

La ASL Roma 5, per l'espletamento della *mission* istituzionale, adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità. I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Le funzioni tecnico – amministrative sono assicurate dalle seguenti strutture:

- **DIPARTIMENTO TECNICO**
 - UOC TECNICA
 - UOS PATRIMONIO
 - UOC IT
 - UOC INGEGNERIA CLINICA
 - UOC APPALTI E CONTRATTI

- UOS E-PROCUREMENT
- **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**
 - UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA POLI E DISTRETTI
 - UOS ESECUZIONE CONTRATTI E PERCORSI AMMINISTRATIVI
 - UOC GESTIONE DEL PERSONALE
 - UOS TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZA
 - UOC PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
 - UOS SVILUPPO ORGANIZZATIVO E ATTIVITÀ PROGETTUALI
 - UOC BILANCIO E CONTABILITÀ

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato dalla Tecnostruttura di Staff, di seguito se ne riporta l'elenco:

- **AREA STAFF DIREZIONE STRATEGICA**
 - UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
 - UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI
 - UOS VERIFICA E CONTROLLO
 - UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI
 - UOS BED MANAGEMENT
 - UOS FARMACOECONOMIA
 - UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA
 - UOS OPERATION MANAGEMENT

L'attività della ASL è finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

secondo un modello di rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

L'attività dell'Azienda si realizza attraverso:

1. Il Dipartimento di **Prevenzione** è la Struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di responsabilità e di costo. Il Dipartimento di prevenzione produce il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli

altri settori del Servizio sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il Dipartimento trova nel Distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il Distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi. Inoltre includerà l'integrazione tra piano nazionale della prevenzione ed il piano nazionale cronicità.

2. Il Dipartimento di **Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche** rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale per i cittadini del territorio che insistono nella ASL Roma 5, fornendo risposte cliniche e preventive anche in collaborazione e integrazione con altri servizi dall'età infantile all'età adulta, attraverso il coordinamento della filiera dei servizi preposti, per minori, per adulti (senza limite di età), per utenti all'esordio di malattia, con disturbi del comportamento alimentare, dipendenze patologiche, problematiche psichiatrico forensi, in ambito ambulatoriale, residenziale e ospedaliero. Il D.S.M. - DP opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità. Il D.S.M. - DP è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di responsabilità e di costo. Scopo del modello organizzativo è promuovere la multidisciplinarietà e la interdisciplinarietà ad ogni livello della rete dei servizi del DSM, attuando una effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari aziendali ed extra aziendali, con le istituzioni locali, i servizi sociali e del privato sociale, per la tutela, il mantenimento ed il recupero della salute mentale per fornire agli utenti una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo al fine di promuovere e garantire i diritti di cittadinanza e contrastare lo stigma sociale. Il modello adottato richiede quindi un sistematico e forte raccordo fra i Distretti Sanitari ed il Dipartimento in tutte le fasi del governo dell'area (programmazione, regolazione periodica, verifica e valutazione finale) da perseguire attraverso specifici modelli di integrazione funzionale.
3. Il Dipartimento **Attività Territoriali** è posto a garanzia di una più efficace gestione delle attività dei Distretti, si fa carico di governare in modo omogeneo il sistema di accesso ai servizi sul territorio aziendale e, in presenza di livelli adeguati di domanda o di particolari esigenze legate al contesto, promuove la rimodulazione dell'offerta anche attraverso specifiche soluzioni organizzative da implementare attraverso il diretto coinvolgimento dei dipartimenti della rete ospedaliera e dei servizi sul territorio. I dettagli saranno sviluppati nella regolamentazione attuativa e nei programmi del Dipartimento, in sintonia con i programmi dei Distretti e degli altri Dipartimenti aziendali.

Il Distretto è struttura operativa complessa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda. Le funzioni di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività a livello territoriale sono svolte attraverso le attività di **assistenza territoriale**:

- Assistenza Primaria;
- Assistenza Domiciliare;
- Assistenza Specialistica;
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica;
- Assistenza Farmaceutica;
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica;
- Assistenza delle Dipendenze Patologiche;
- Assistenza alla Salute Mentale;
- Altri servizi che rispondono al bisogno sociosanitario locale.

Tali attività sono erogate dai Distretti, dalla Farmacia Territoriale, dai Consultori, dal DSM – DP.

Il Distretto Socio-Sanitario rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività sociosanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali. È lo strumento attraverso il quale si erogano i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio Aziendale.

A livello operativo l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è articolata in sei distretti (Monterotondo, Guidonia, Tivoli, Palestrina, Colferro e Subiaco), così come definito dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii. L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 intende mantenere le funzioni distrettuali presso Subiaco in quanto zona disagiata.

Al Distretto competono, in primo luogo, le attività collegate alla risposta del bisogno di salute e le azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare le metodologie della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità. Il Distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi. Il Distretto rappresenta, pertanto, l'interlocutore degli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio, e sviluppa più ampie competenze, anche nell'ambito della programmazione, nonché maggiore autonomia e responsabilizzazione nel fornire una risposta integrata ai bisogni dei propri cittadini.

E' regolatore delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona, la prevenzione psicologica primaria e la prevenzione secondaria del disagio psicologico individuale e sociale nell'ambito della cosiddetta "assistenza sanitaria di base", da intendersi

come complesso di azioni e di interventi previsti dai livelli uniformi di assistenza "territoriali" del Piano sanitario nazionale, finalizzati, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a:

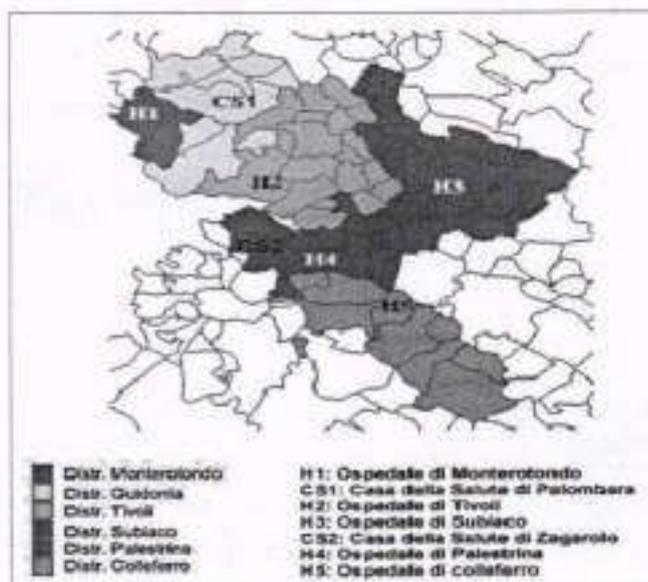
- salute della donna e dell'età evolutiva;
- medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- assistenza protesica;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- assistenza domiciliare e residenzialità;
- medicina legale;
- farmaceutica;
- cronicità.

Il territorio della ASL Roma 5 all'interno della Regione Lazio e la sua articolazione organizzativa sono rappresentate nelle figure 1 e 2.

Figura 1. Aziende Sanitarie Locali del Lazio



Figura 2. Articolazione organizzativa ASL Roma 5



4. L'**assistenza ospedaliera** viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione. L'Azienda, attraverso la funzione ospedaliera, garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra ospedaliera.

Con riferimento alle indicazioni declinate dal D.M. 70/2015 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi e nell'ottica propositiva di imprimere una spinta alla qualità e all'efficienza delle articolazioni aziendali con particolare riguardo all'assistenza ospedaliera, l'Azienda organizza la propria attività secondo il modello gestionale del Polo Ospedaliero e precisamente:

1. Polo Tivoli - Monterotondo - Subiaco;
2. Polo Colferro - Palestrina;

al cui interno sono aggregati i Presidi Ospedalieri, caratterizzando le Strutture secondo criteri di afferenza per urgenza ed elezione. Tale modello favorisce il coordinamento e l'integrazione delle attività ospedaliere erogate dai Presidi appartenenti al Polo.

Le principali linee di attività nelle quali si esplica il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione;
- lungo degenza post-acuzie.

L'Azienda gestisce direttamente n. 535 posti letto ordinari, 59 in D. HOSPITAL e 59 in D. SURGERY.

| OSPEDALE - STRUTTURE | POSTI LETTO ORDINARI | DAY HOSPITAL |
|--------------------------------|----------------------|--------------|
| A. ANGELUCCI DI SUBIACO | | |
| MEDICINA GENERALE | 20 | - |
| MEDICINA D'URGENZA | 4 | - |
| CHIRURGIA GENERALE | 10 | - |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 2 | - |
| DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO | - | 14 |
| TERAPIA INTENSIVA | 4 | - |
| LUNGODEGENZA | 10 | - |
| Totale | 50 | 14 |

| OSPEDALE - STRUTTURE | POSTI LETTO ORDINARI | DAY HOSPITAL |
|---------------------------------------|----------------------|--------------|
| S. GONFALONE DI MONTEROTONDO | | |
| MEDICINA GENERALE | 20 | - |
| PSICHIATRIA | 16 | - |
| CHIRURGIA GENERALE | 8 | - |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 2 | - |
| DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO | - | 10 |
| LUNGODEGENZA | 10 | - |
| Totale | 56 | 10 |
| OSPEDALE - STRUTTURE | POSTI LETTO ORDINARI | DAY HOSPITAL |
| C. BERNARDINI DI PALESTRINA | | |
| DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO | - | 8 |
| MEDICINA GENERALE | 28 | - |
| MEDICINA D'URGENZA | 8 | - |
| CHIRURGIA GENERALE | 13 | - |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 9 | - |
| UROLOGIA | 2 | - |
| DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO | - | 15 |
| TERAPIA INTENSIVA | 8 | - |
| OSTETRICIA-GINECOLOGIA | 6 | 4 |
| PEDIATRIA | 8 | - |
| Totale | 82 | 27 |
| OSPEDALE - STRUTTURE | POSTI LETTO ORDINARI | DAY HOSPITAL |
| PARODI DELFINO DI COLLEFERRO | | |
| DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO | - | 10 |
| CARDIOLOGIA | 12 | - |
| MEDICINA GENERALE | 25 | - |
| NEFROLOGIA | 8 | - |
| PSICHIATRIA | 16 | 4 |
| MEDICINA D'URGENZA | 10 | - |
| ONCOLOGIA | - | 6 |
| CHIRURGIA GENERALE | 12 | - |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 16 | - |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 6 | - |
| UROLOGIA | 10 | - |
| DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO | - | 10 |
| TERAPIA INTENSIVA | 4 | - |
| UNITA' CORONARICA | 4 | - |
| Totale | 123 | 30 |
| OSPEDALE - STRUTTURE | POSTI LETTO ORDINARI | DAY HOSPITAL |
| S. GIOVANNI EVANGELISTA TIVOLI | | |
| DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO | - | 15 |
| CARDIOLOGIA | 14 | - |

| | | |
|--------------------------------|------------|-----------|
| MEDICINA GENERALE | 52 | - |
| NEFROLOGIA | 10 | - |
| NEUROLOGIA | 12 | - |
| PSICHIATRIA | 16 | 4 |
| MEDICINA D'URGENZA | 12 | - |
| ONCOLOGIA | - | 6 |
| CHIRURGIA GENERALE | 24 | |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 16 | |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 2 | |
| UROLOGIA | 3 | |
| DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO | | 10 |
| TERAPIA INTENSIVA | 12 | |
| UNITA' CORONARICA | 6 | |
| TERAPIA SEMI INTENSIVA | 10 | |
| OSTETRICIA-GINECOLOGIA | 20 | |
| PEDIATRIA | 9 | 2 |
| NEONATOLOGIA | 6 | |
| Totale | 224 | 37 |

Case di cura convenzionate:

| CASE DI CURA CONVENZIONATE | POSTI LETTO | P.L. D.H./M.B./S.M.A. |
|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| INI MEDICUS HOTEL | | |
| RECUPERO E RIABILITAZIONE | 58 | 6 |
| CENTRO DIALISI | 15 (tecnici) | |
| RSA | 140 di mantenimento Alto | 20 di mantenimento Basso |
| MEDICINA COVID | 30 | |
| NOMENTANA HOSPITAL | | |
| RECUPERO E RIABILITAZIONE | 110 | |
| LUNGODEGENTI | 98 | |
| CENTRO DIALISI | 23 (tecnici) | |
| RSA | 80 di mantenimento Alto | 106 di mantenimento Basso |
| HOSPICE | 9 cure palliative hospice | 36 trattamenti domiciliari |
| VILLA DANTE | | |
| RECUPERO E RIABILITAZIONE | 31 | 3 |
| MEDICINA POST COVID | 27 | |
| LUNGODEGENZA | 20 | |
| VILLA LUANA | | |
| RECUPERO E RIABILITAZIONE | 20 | |
| CENTRO DIALISI | 10 (tecnici) | |
| RSA | 120 di mantenimento Alto | 20 di mantenimento Basso |
| PRESIDIO FILIPPO TURATI | | |
| RSA | 60 di mantenimento Alto | |

| CASE DI CURA CONVENZIONATE | POSTI LETTO | P.L. D.H./M.B./S.M.A. |
|--|--------------------------|--|
| ITALIAN HOSPITAL GROUP | | |
| RSA | 360 di mantenimento Alto | |
| UNITA' DECENTRATA DI DIALISI | 20 (tecnici) | |
| PRESIDIO RIO OASI | | |
| RSA | 94 di mantenimento Alto | |
| GLI ANNALI | | |
| RSA | 54 di mantenimento Alto | 60 di mantenimento basso |
| AURORA HOSPITAL | | |
| RSA | 60 di mantenimento Alto | |
| COLLE CESARANO | | |
| RSA | 20 di mantenimento Alto | 20 di mantenimento basso |
| PRESIDIO ICILIO GIORGIO MANCINI | | |
| RSA | 90 di mantenimento Alto | 10 Semiresidenziali di mantenimento alto |
| Totale | 1.549 | 278 |

Tabella (tab.1) Ricoveri Generali 2022-2021

| EROGATORE | N. RICOVERI 2022 | N. RICOVERI 2021 | Δ % |
|---|------------------|------------------|---------------|
| 120046 - OSPEDALE L.PARODI DELFINO | 4.033 | 3.083 | 30,81% |
| 120049 - OSPEDALE SS. GONFALONE | 2.058 | 1.406 | 46,37% |
| 120051 - OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI | 1.514 | 1.727 | -12,33% |
| 120052 - OSPEDALE A. ANGELUCCI | 1.099 | 861 | 27,64% |
| 120053 - OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA(TIVOLI) | 6.059 | 3.831 | 58,16% |
| 120088 - I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel | 237 | 175 | 35,43% |
| 120199 - I.N.I. Srl Divisione Villa Dante | 622 | 738 | -15,72% |
| 120284 - Nomentana Hospital srl | 403 | 181 | 122,65% |
| Totale | 16.025 | 12.002 | 33,52% |

Tabella (tab. 2) Dati SIAS Strutture Pubbliche

| EROGATORE_PRESIDIO | N. PRESTAZIONI 2022 | N. PRESTAZIONI 2021 | Δ % |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|---------|
| 240101 - OSPEDALE MONTEROTONDO | 99.332 | 199.147 | -50,12% |
| 240102 - DISTRETTO MONTEROTONDO | 67.838 | 122.875 | -44,79% |
| 250112 - DISTRETTO GUIDONIA | 236.656 | 160.207 | 47,72% |
| 250801 - PTP PALOMBARA | 68.855 | 140.871 | -51,12% |
| 260101 - OSPEDALE TIVOLI | 1.174.912 | 386.311 | 204,14% |
| 260102 - DISTRETTO TIVOLI | 25.556 | 27.283 | -6,33% |
| 270101 - OSPEDALE SUBIACO | 114.312 | 209.146 | -45,34% |
| 270102 - DISTRETTO SUBIACO | 44.452 | 98.867 | -55,04% |
| 280101 - OSPEDALE PALESTRINA | 19.658 | 16.995 | 15,67% |
| 280103 - DISTRETTO PALESTRINA | 22.068 | 21.847 | 1,01% |

| EROGATORE_PRESIDIO | N. PRESTAZIONI 2022 | N. PRESTAZIONI 2021 | Δ % |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| 281001 - POLIAMBULATORIO ZAGAROLO | 73.457 | 184.426 | -60,17% |
| 300101 - OSPEDALE COLLEFERRO | 362.553 | 388.595 | -6,70% |
| 300104 - DISTRETTO COLLEFERRO | 165.759 | 42.359 | 291,32% |
| 300120 - VALMONTONE HOSPITAL | 119.579 | 142.350 | -16,00% |
| 300901 - POLIAMBULATORIO VALMONTONE | 40.418 | 98.925 | -59,14% |
| Totale | 2.635.405 | 2.240.204 | 17,64% |

Tabella (tab. 3) Dati SIAS Strutture Private

| EROGATORE_PRESIDIO | N. PRESTAZIONI 2022 | N. PRESTAZIONI 2021 | Δ % |
|--|---------------------|---------------------|--------------|
| 240153 - LABORATORIO CLINICO NOMENTANO | 240.224 | 256.414 | -6,31% |
| 240187 - NOMETANA HOSPITAL SRL | 33.105 | 29.939 | 10,57% |
| 240188 - ALLIANCÉ MEDICAL DIAGNOSTIC S.R.L. | 49.492 | 197.664 | -74,96% |
| 250153 - LABORATORIO ANALISI GUIDONIA | 1.037.888 | 702.333 | 47,78% |
| 250155 - IDER - ISTITUTO DIAGNOSTICO E RIABILITATIVO | 284.386 | 283.953 | 0,15% |
| 250157 - STUDIO RADIOLOGICO GUIDONIA | 21.506 | 20.658 | 4,10% |
| 250160 - VILLA DANTE | 168.007 | 182.971 | -8,18% |
| 250161 - ITALIAN HOSPITAL GROUP | 1.180 | 601 | 96,34% |
| 250165 - CENTRO DIALISI GUIDONIA SRL | 12.438 | 14.684 | -15,30% |
| 260154 - LAB. ANALISI CLINICHE SANTA CROCE | 163.270 | 176.112 | -7,29% |
| 260155 - CENTRO TERAP. FISICA E GINN. MEDICA - TI | - | 5.425 | - |
| 260158 - IMPRESA MEDICA SRL TIVOLI TERME | 69.810 | 67.668 | 3,17% |
| 260159 - IMPRESA MEDICA SRL TIVOLI | 79.005 | 73.770 | 7,10% |
| 260160 - MEDICUS HOTEL MONTERIPOLI | 39.810 | 43.697 | -8,90% |
| 260200 - CASA DI CURA PRIVATA VILLA LUANA | 17.367 | 18.484 | -6,04% |
| 270110 - CENTRO FISIOTERAPICO | 25.953 | 21.261 | 22,07% |
| 280851 - LAB. ANALISI SAN CESAREO | 211.935 | 207.829 | 1,98% |
| 280852 - SANITAS 2002 | 49.186 | 49.780 | -1,19% |
| 300153 - CENTRO MEDICO FILIPPI | 4.070 | 4.072 | -0,05% |
| 300154 - STUDIO MEDICO SAN GIORGIO | 92.603 | 65.928 | 40,46% |
| 300905 - EIDOS DIAGNOSTICA MEDICA | 6.248 | 6.625 | -5,69% |
| Totale | 2.607.483 | 2.429.868 | 7,31% |

1.4 ANALISI DEL CONTESTO

Nel processo di pianificazione strategica assume fondamentale importanza la conoscenza del contesto interno, che consente di definire la capacità dell'organizzazione di perseguire gli orientamenti regionali, attraverso la pianificazione e programmazione delle attività aziendali sulla base delle risorse (umane, strumentali e finanziarie) a disposizione; esterno (contesto territoriale e epidemiologico) che consente, attraverso l'analisi della composizione della popolazione (per fascia di età e condizione socioeconomica, incidenza di alcune patologie di rilievo, ...), di programmare l'offerta dei servizi sanitari partendo dal bisogno.

1.4.1. Il contesto interno

Risorse Umane

Il numero del personale in servizio al 31.12.2023 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, è pari a 3.337 unità, così suddivise:

| Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e natura rapporto (2023) | | | | | | |
|--|----------------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------|
| TIPOLOGIA DIPENDENTE | RUOLO | TEMPO DETERMINATO | % | TEMPO INDETERMINATO | % | TOTALE |
| COMPARTO | RUOLO AMMINISTRATIVO | 3 | 1,06% | 258 | 11,22% | 261 |
| | RUOLO PROFESSIONALE | - | - | 7 | 0,30% | 7 |
| | RUOLO SANITARIO | 151 | 53,17% | 1708 | 74,29% | 1859 |
| | RUOLO TECNICO | 130 | 45,77% | 326 | 14,18% | 456 |
| Totale | | 284 | 100,00% | 2299 | 100,00% | 2583 |
| DIRIGENZA MEDICA | RUOLO SANITARIO | 55 | 90,16% | 574 | 82,83% | 629 |
| DIRIGENZA NON MEDICA | RUOLO AMMINISTRATIVO | - | - | 12 | 1,73% | 12 |
| | RUOLO PROFESSIONALE | 1 | 2,38% | 2 | 0,29% | 3 |
| | RUOLO SANITARIO | 5 | 28,57% | 95 | 13,71% | 100 |
| | RUOLO TECNICO | - | - | 1 | 0,14% | 1 |
| DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE | RUOLO SANITARIO | - | - | 9 | 1,30% | 9 |
| Totale | | 61 | 100,00% | 693 | 100,00% | 754 |
| Totale complessivo | | 345 | | 2992 | | 3337 |

| Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e genere (2023) | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| TIPOLOGIA DIPENDENTE | RUOLO | F | % | M | % | TOTALE |
| COMPARTO | RUOLO AMMINISTRATIVO | 184 | 9,94% | 77 | 10,53% | 261 |
| | RUOLO PROFESSIONALE | - | - | 7 | 0,96% | 7 |
| | RUOLO SANITARIO | 1391 | 75,11% | 468 | 64,02% | 1859 |
| | RUOLO TECNICO | 277 | 14,96% | 179 | 24,49% | 456 |
| Totale | | 1852 | 100,00% | 731 | 100,00% | 2583 |
| DIRIGENZA MEDICA | RUOLO SANITARIO | 334 | 77,67% | 295 | 91,05% | 629 |
| DIRIGENZA SPTA | RUOLO AMMINISTRATIVO | 7 | 1,63% | 5 | 1,54% | 12 |
| | RUOLO PROFESSIONALE | 1 | 0,23% | 2 | 0,62% | 3 |
| | RUOLO SANITARIO | 84 | 19,53% | 16 | 4,94% | 100 |
| | RUOLO TECNICO | - | - | 1 | 0,31% | 1 |
| DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE | RUOLO SANITARIO | 4 | 0,93% | 5 | 1,54% | 9 |
| Totale | | 430 | 100,00% | 324 | 100,00% | 754 |
| Totale complessivo | | 2282 | | 1055 | | 3337 |

| Età media dipendenti (2023) | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| TIPOLOGIA DIPENDENTE | DESCRIZIONE RUOLO | NATURA RAPPORTO | ETÀ MEDIA |
| COMPARTO | RUOLO AMMINISTRATIVO | TEMPO DETERMINATO | 45,67 |
| | | TEMPO INDETERMINATO | 51,82 |
| | RUOLO PROFESSIONALE | TEMPO INDETERMINATO | 60,10 |
| | | RUOLO SANITARIO | TEMPO DETERMINATO |
| | TEMPO INDETERMINATO | | 49,37 |
| | RUOLO TECNICO | TEMPO DETERMINATO | 43,81 |
| | | TEMPO INDETERMINATO | 52,10 |
| | Media | | |
| DIRIGENZA MEDICA | RUOLO SANITARIO | TEMPO DETERMINATO | 38,15 |
| | | TEMPO INDETERMINATO | 51,75 |
| Media | | | 50,56 |
| | RUOLO AMMINISTRATIVO | TEMPO INDETERMINATO | 54,74 |
| | | RUOLO PROFESSIONALE | TEMPO DETERMINATO |
| | TEMPO INDETERMINATO | | 42,40 |
| | RUOLO SANITARIO | TEMPO DETERMINATO | 41,20 |
| | | TEMPO INDETERMINATO | 49,27 |
| | RUOLO TECNICO | TEMPO INDETERMINATO | 64,39 |
| Media | | | 49,51 |
| DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE | RUOLO SANITARIO | TEMPO INDETERMINATO | 59,31 |
| Media | | | 59,31 |
| Età media dipendenti | | | 49,31 |

Risorse Finanziarie

La Asl Roma 5 adotta i propri bilanci nel rispetto della normativa, dei principi contabili vigenti e delle Leggi Regionali in materia.

Nell'ambito del processo di pianificazione assume fondamentale importanza la conoscenza del contesto operativo interno per la cui analisi e comprensione diventa centrale la conoscenza dell'andamento delle variabili finanziarie di riferimento.

L'ultimo bilancio consuntivo approvato è il Bilancio 2022 (Deliberazione n. 1290 del 5/07/2023). Nelle tabelle successive si confrontano i valori di bilancio degli ultimi anni.

| | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| VALORE DELLA PRODUZIONE | 933.533.396 | 986.983.118 | 1.029.124.127 |
| 1 Contributi in conto esercizio | 847.722.568 | 883.812.371,29 | 925.106.052,76 |
| 2 Proventi e ricavi diversi | 68.244.636 | 69.804.305,86 | 79.193.769,39 |
| 3 Concorsi recuperi rimborsi | 11.587.150 | 24.293.913,23 | 11.326.970,41 |
| 4 compartecipazione alla spesa | 2.828.680 | 3.071.695,00 | 3.020.946,19 |
| 5 Costi capitalizzati | 11.710.624 | 12.480.823,30 | 13.025.747,77 |
| 6 Rettifica contributi in c/es. x inv. | -8.551.197 | -11.327.987,01 | -10.531.545,98 |
| 7 Utilizzo fondi x quote inutilizzate | 10.395 | 4.348.116,75 | 7.325.455,43 |
| 8 Altri ricavi e Proventi | 481.728,52 | 499.879,94 | 656.731,09 |
| COSTO DELLA PRODUZIONE | 915.635.611 | 968.091.939 | 1.013.035.030 |
| 1 Acquisto di beni | 91.828.372 | 97.392.564,59 | 95.231.819,59 |
| Sanitari | 90.390.621 | 95.941.135,52 | 93.996.235,89 |
| Non Sanitari | 1.437.751 | 1.451.429,07 | 1.235.583,70 |
| 2 Acquisto di servizi | 631.395.892 | 652.690.913,48 | 679.905.011,15 |
| Sanitari | 583.409.709 | 598.961.678,01 | 617.848.318,8 |
| Non Sanitari | 47.896.183 | 53.729.235,47 | 62.056.692,34 |
| 3 Manutenzione e Riparazioni | 2.768.854 | 2.606.761,86 | 3.033.087,70 |
| 4 Godimento beni da terzi | 5.249.615 | 7.081.003,28 | 5.099.601,78 |
| 5 Personale | 166.952.248 | 174.829.469,38 | 187.966.310,25 |
| Sanitari | 142.467.585 | 150.537.322,18 | 159.663.036,98 |
| Professionale | 600.569 | 645.181,08 | 726.816,39 |
| Tecnico | 13.157.021 | 14.296.980,80 | 17.420.958,47 |
| Amministrativo | 10.727.073 | 9.349.985,32 | 10.155.498,41 |
| 6 Oneri diversi di gestione | 2.738.765 | 4.932.225,43 | 5.535.645,02 |
| 7 Ammortamenti Imm.Imm. | 2.164.794 | 2.235.211,00 | 2.264.261,18 |
| 8 Ammortamenti Fabbr. | 3.201.822 | 3.278.959,73 | 3.403.853,64 |
| 9 Ammortamenti altre Imm.Mat. | 6.344.009 | 6.966.652,59 | 7.357.632,95 |
| 10 Svalutazione Crediti | 0 | 0 | 76.594,00 |
| 11 Variazione delle rimanenze | 3.741.367,24 | -56.418,43 | 2.839.414,70 |
| 12 Accantonamenti | 14.185.175 | 16.134.596,25 | 20.321.798,45 |
| Rischi | 7.880.414 | 7.122.081,66 | 11.307.458,31 |
| Premio Operosità | 535.079 | 0 | 0 |
| Altri Acc. | 2.821.043 | 8.997.207,69 | 2.519.222,20 |
| Acc. Per quote inutilizzate di con.vincolati | 2.948.639 | 15.306,90 | 2.519.222,20 |

| | | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|
| COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE | | 17.917.785 | 18.891.179,20 | 19.794.155,35 |
| 16 | Proventi e Oneri Finanziari | 5.126.578 | 4.629.800,41 | 4.879.832,47 |
| 17 | Rettifiche Attività Finanziarie | | | |
| 18 | Proventi e oneri straordinari | 1.271.088 | 2.212.569 | -1.852.529,35 |
| 19 | imposte e tasse | 11.520.119 | 12.048.809,75 | 13.061.793,53 |
| | IRAP | 11.448.998 | 11.571.445,31 | 12.975.234,53 |
| | IRES | 6.951 | 64.239,00 | 86.559,00 |
| Costo Totale | | 933.553.395 | 986.983.118,36 | 1.034.028.267,11 |

| Descrizione | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|---------------|
| Valore della produzione | 911.968.440 | 925.785.329 | 933.533.396 | 986.983.118,36 | 1.029.124.127 |
| Costo della produzione | 894.635.697 | 906.571.952 | 915.635.611 | 968.091.939,16 | 1.013.035.030 |
| Risultato prima delle imposte | 17.332.743 | 19.213.377 | 17.897.785 | 12.048.809,75 | 16.089.097 |
| Costo Totale | 911.968.440 | 925.785.329 | 933.553.396 | 986.983.118,36 | 1.029.124.127 |
| Perdita/Utile di esercizio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

In un contesto volto alla gestione e programmazione di tali variabili l'Azienda ASL Roma 5 ha proposto il Bilancio di Previsione 2024 (Del. 2278 del 29/12/2023) che di seguito viene riportato e confrontato con i valori del Consuntivo 2022:

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-------------|---|-----------------|----------------|-----------------|
| AA0010 | A.1 | Contributi in c/esercizio | 925.106.052,76 | 948.840.576,88 | 23.734.524,12 |
| AA0020 | A.1.A | Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | 913.263.879,86 | 936.961.928,44 | 23.698.048,58 |
| AA0030 | A.1.A.1 | da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto | 896.831.932,87 | 925.018.166,82 | 28.186.233,95 |
| AA0031 | A.1.A.1.1 | Finanziamento indistinto | 877.990.590,87 | 906.176.824,82 | 28.186.233,95 |
| AA0032 | A.1.A.1.2 | Finanziamento indistinto finalizzato da Regione | 1.592.989,00 | 1.592.989,00 | 0,00 |
| AA0033 | A.1.A.1.3 | Funzioni | 17.248.353,00 | 17.248.353,00 | 0,00 |
| AA0034 | A.1.A.1.3.A | Funzioni - Pronto Soccorso | 10.955.237,00 | 10.955.237,00 | 0,00 |
| AA0035 | A.1.A.1.3.B | Funzioni - Altro | 6.293.116,00 | 6.293.116,00 | 0,00 |
| AA0036 | A.1.A.1.4 | Quota finalizzata per il Piano aziendale di cui all'art. 1, comma 528, L. 208/2015 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0040 | A.1.A.2 | da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato | 16.431.946,99 | 11.943.761,62 | -4.488.185,37 |
| AA0050 | A.1.B | Contributi c/esercizio (extra fondo) | 11.756.734,04 | 11.793.209,58 | 36.475,54 |
| AA0060 | A.1.B.1 | da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) | 5.405.072,93 | 5.103.674,25 | -301.398,68 |
| AA0070 | A.1.B.1.1 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati | 670.480,35 | 670.480,35 | 0,00 |
| AA0080 | A.1.B.1.2 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0090 | A.1.B.1.3 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0100 | A.1.B.1.4 | Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro | 4.734.592,58 | 4.433.193,90 | -301.398,68 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-----------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| AA0110 | A.1.B.2 | Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0120 | A.1.B.2.1 | Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0130 | A.1.B.2.2 | Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0140 | A.1.B.3 | Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) | 6.351.661,11 | 6.689.535,33 | 337.874,22 |
| AA0141 | A.1.B.3.1 | Contributi da Ministero della Salute (extra fondo) | 939.918,70 | 939.918,70 | 0,00 |
| AA0150 | A.1.B.3.2 | Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati | 1.223.143,80 | 1.223.143,80 | 0,00 |
| AA0160 | A.1.B.3.3 | Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92 | 920.148,02 | 1.258.022,24 | 337.874,22 |
| AA0170 | A.1.B.3.4 | Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro | 3.268.450,59 | 3.268.450,59 | 0,00 |
| AA0171 | A.1.B.3.5 | Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0180 | A.1.C | Contributi c/esercizio per ricerca | 85.438,86 | 85.438,86 | 0,00 |
| AA0190 | A.1.C.1 | Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0200 | A.1.C.2 | Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0210 | A.1.C.3 | Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca | 85.438,86 | 85.438,86 | 0,00 |
| AA0220 | A.1.C.4 | Contributi da privati per ricerca | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0230 | A.1.D | Contributi c/esercizio da privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0240 | A.2 | Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -10.601.645,98 | -6.954.720,00 | 3.646.925,98 |
| AA0250 | A.2.A | Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | -10.601.645,98 | -6.954.720,00 | 3.646.925,98 |
| AA0260 | A.2.B | Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0270 | A.3 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 7.325.455,43 | 1.300.000,00 | -6.025.455,43 |
| AA0271 | A.3.A | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato | 2.356.910,40 | 0,00 | -2.356.910,40 |
| AA0280 | A.3.B | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato | 457.704,11 | 0,00 | -457.704,11 |
| AA0290 | A.3.C | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati | 4.193.329,17 | 1.300.000,00 | -2.893.329,17 |
| AA0300 | A.3.D | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0310 | A.3.E | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati | 317.511,75 | 0,00 | -317.511,75 |
| AA0320 | A.4 | Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 79.263.869,39 | 79.443.226,29 | 179.356,90 |
| AA0330 | A.4.A | Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici | 75.712.755,92 | 75.712.755,92 | 0,00 |
| AA0340 | A.4.A.1 | Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie | 73.379.555,60 | 73.379.555,60 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|--------------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| | | pubbliche della Regione | | | |
| AA0350 | A.4.A.1.1 | Prestazioni di ricovero | 20.731.515,00 | 20.731.515,00 | 0,00 |
| AA0360 | A.4.A.1.2 | Prestazioni di specialistica ambulatoriale | 11.812.371,00 | 11.812.371,00 | 0,00 |
| AA0361 | A.4.A.1.3 | Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero | 1.287.486,00 | 1.287.486,00 | 0,00 |
| AA0370 | A.4.A.1.4 | Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 16.463.740,76 | 16.463.740,76 | 0,00 |
| AA0380 | A.4.A.1.5 | Prestazioni di File F | 1.208.476,00 | 1.208.476,00 | 0,00 |
| AA0390 | A.4.A.1.6 | Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0400 | A.4.A.1.7 | Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0410 | A.4.A.1.8 | Prestazioni termali | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0420 | A.4.A.1.9 | Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0421 | A.4.A.1.10 | Prestazioni di assistenza integrativa - Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0422 | A.4.A.1.11 | Prestazioni assistenza protesica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0423 | A.4.A.1.12 | Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0424 | A.4.A.1.13 | Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0425 | A.4.A.1.14 | Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0430 | A.4.A.1.15 | Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria | 21.875.966,84 | 21.875.966,84 | 0,00 |
| AA0440 | A.4.A.2 | Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici | 104,02 | 104,02 | 0,00 |
| AA0450 | A.4.A.3 | Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione | 2.333.096,30 | 2.333.096,30 | 0,00 |
| AA0460 | A.4.A.3.1 | Prestazioni di ricovero | 498.303,30 | 498.303,30 | 0,00 |
| AA0470 | A.4.A.3.2 | Prestazioni ambulatoriali | 413.804,00 | 413.804,00 | 0,00 |
| AA0471 | A.4.A.3.3 | Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0480 | A.4.A.3.4 | Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.) | 80.800,00 | 80.800,00 | 0,00 |
| AA0490 | A.4.A.3.5 | Prestazioni di File F | 506.703,00 | 506.703,00 | 0,00 |
| AA0500 | A.4.A.3.6 | Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione | 197.730,00 | 197.730,00 | 0,00 |
| AA0510 | A.4.A.3.7 | Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione | 431.497,00 | 431.497,00 | 0,00 |
| AA0520 | A.4.A.3.8 | Prestazioni termali Extraregione | 204.259,00 | 204.259,00 | 0,00 |
| AA0530 | A.4.A.3.9 | Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0541 | A.4.A.3.10 | Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0542 | A.4.A.3.11 | Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0550 | A.4.A.3.12 | Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0560 | A.4.A.3.13 | Ricavi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0561 | A.4.A.3.14 | Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0570 | A.4.A.3.15 | Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0580 | A.4.A.3.15.A | Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|--------------|--|-----------------|---------------|-----------------|
| AA0590 | A.4.A.3.15.B | Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0600 | A.4.A.3.16 | Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilit  attiva internazionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0601 | A.4.A.3.17 | Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilit  attiva internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS. | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0602 | A.4.A.3.18 | Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria ad Aziende sanitarie e casse mutua estera - (fatturate direttamente) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0610 | A.4.B | Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 926.096,00 | 926.096,00 | 0,00 |
| AA0620 | A.4.B.1 | Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 574.369,00 | 574.369,00 | 0,00 |
| AA0630 | A.4.B.2 | Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 351.727,00 | 351.727,00 | 0,00 |
| AA0631 | A.4.B.3 | Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0640 | A.4.B.4 | Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0650 | A.4.B.5 | Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilit  attiva) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0660 | A.4.C | Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati | 1.103.683,94 | 1.103.683,94 | 0,00 |
| AA0670 | A.4.D | Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia | 1.521.333,53 | 1.700.690,43 | 179.356,90 |
| AA0680 | A.4.D.1 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0690 | A.4.D.2 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica | 36.418,38 | 172.329,51 | 135.911,13 |
| AA0700 | A.4.D.3 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanita' pubblica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0710 | A.4.D.4 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) | 353.371,89 | 292.350,88 | -61.021,01 |
| AA0720 | A.4.D.5 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 89.975,00 | 75.091,85 | -14.883,15 |
| AA0730 | A.4.D.6 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro | 1.041.568,26 | 1.160.918,19 | 119.349,93 |
| AA0740 | A.4.D.7 | Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0750 | A.5 | Concorsi, recuperi e rimborsi | 11.326.970,41 | 11.317.949,51 | -9.020,90 |
| AA0760 | A.5.A | Rimborsi assicurativi | 9.020,90 | 0,00 | -9.020,90 |
| AA0770 | A.5.B | Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0780 | A.5.B.1 | Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0790 | A.5.B.2 | Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0800 | A.5.C | Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 19.644,48 | 19.644,48 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-----------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| AA0810 | A.5.C.1 | Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0820 | A.5.C.2 | Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0830 | A.5.C.3 | Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 19.644,48 | 19.644,48 | 0,00 |
| AA0831 | A.5.C.4 | Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione - GSA | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0840 | A.5.D | Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici | 513.036,72 | 513.036,72 | 0,00 |
| AA0850 | A.5.D.1 | Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici | 27.460,33 | 27.460,33 | 0,00 |
| AA0860 | A.5.D.2 | Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0870 | A.5.D.3 | Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici | 485.576,39 | 485.576,39 | 0,00 |
| AA0880 | A.5.E | Concorsi, recuperi e rimborsi da privati | 10.785.268,31 | 10.785.268,31 | 0,00 |
| AA0890 | A.5.E.1 | Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back | 10.512.181,30 | 10.512.181,30 | 0,00 |
| AA0900 | A.5.E.1.1 | Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0910 | A.5.E.1.2 | Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera | 8.057.995,81 | 8.057.995,81 | 0,00 |
| AA0920 | A.5.E.1.3 | Ulteriore Pay-back | 2.454.185,49 | 2.454.185,49 | 0,00 |
| AA0921 | A.5.E.2 | Rimborso per Pay back sui dispositivi medici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0930 | A.5.E.3 | Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati | 273.087,01 | 273.087,01 | 0,00 |
| AA0940 | A.6 | Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 3.020.946,19 | 4.413.059,49 | 1.392.113,30 |
| AA0950 | A.6.A | Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale | 3.019.328,17 | 4.410.640,70 | 1.391.312,53 |
| AA0960 | A.6.B | Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso | 1.618,02 | 2.418,79 | 800,77 |
| AA0970 | A.6.C | Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA0980 | A.7 | Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 13.025.747,77 | 12.468.756,73 | -556.991,04 |
| AA0990 | A.7.A | Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA1000 | A.7.B | Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione | 5.187.810,55 | 4.772.028,71 | -415.781,84 |
| AA1010 | A.7.C | Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA1020 | A.7.D | Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti | 5.296.502,81 | 5.210.267,50 | -86.235,31 |
| AA1030 | A.7.E | Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA1040 | A.7.F | Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto | 2.541.434,41 | 2.486.460,52 | -54.973,89 |
| AA1050 | A.8 | Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA1060 | A.9 | Altri ricavi e proventi | 656.731,09 | 656.731,09 | 0,00 |
| AA1070 | A.9.A | Ricavi per prestazioni non sanitarie | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AA1080 | A.9.B | Fitti attivi ed altri proventi da attivita' immobiliari | 53.280,98 | 53.280,98 | 0,00 |
| AA1090 | A.9.C | Altri proventi diversi | 603.450,11 | 603.450,11 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-------------|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| AZ9999 | A | Totale valore della produzione (A) | 1.029.124.127,06 | 1.051.485.579,99 | 22.361.452,93 |
| BA0010 | B.1 | Acquisti di beni | 95.231.819,59 | 102.851.177,21 | 7.619.357,62 |
| BA0020 | B.1.A | Acquisti di beni sanitari | 93.996.235,89 | 101.498.723,11 | 7.502.487,22 |
| BA0030 | B.1.A.1 | Prodotti farmaceutici ed emoderivati | 37.503.152,41 | 42.600.000,00 | 5.096.847,59 |
| BA0040 | B.1.A.1.1 | Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale | 35.251.502,26 | 40.102.000,00 | 4.850.497,74 |
| BA0050 | B.1.A.1.2 | Medicinali senza AIC | 109.394,91 | 88.000,00 | -21.394,91 |
| BA0051 | B.1.A.1.3 | Ossigeno e altri gas medicali | 2.142.255,24 | 2.410.000,00 | 267.744,76 |
| BA0060 | B.1.A.1.4 | Emoderivati di produzione regionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0061 | B.1.A.1.4.1 | Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0062 | B.1.A.1.4.2 | Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0063 | B.1.A.1.4.3 | Emoderivati di produzione regionale da altri soggetti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0070 | B.1.A.2 | Sangue ed emocomponenti | 207.043,00 | 207.043,00 | 0,00 |
| BA0080 | B.1.A.2.1 | da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 207.043,00 | 207.043,00 | 0,00 |
| BA0090 | B.1.A.2.2 | da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra-Regione) - Mobilità extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0100 | B.1.A.2.3 | da altri soggetti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0210 | B.1.A.3 | Dispositivi medici | 23.761.185,40 | 26.058.137,71 | 2.296.952,31 |
| BA0220 | B.1.A.3.1 | Dispositivi medici | 12.655.677,97 | 16.688.137,71 | 4.032.459,74 |
| BA0230 | B.1.A.3.2 | Dispositivi medici impiantabili attivi | 1.362.912,40 | 968.000,00 | -394.912,40 |
| BA0240 | B.1.A.3.3 | Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) | 9.742.595,03 | 8.402.000,00 | -1.340.595,03 |
| BA0250 | B.1.A.4 | Prodotti dietetici | 760.547,07 | 500.000,00 | -260.547,07 |
| BA0260 | B.1.A.5 | Materiali per la profilassi (vaccini) | 4.513.239,31 | 5.000.000,00 | 486.760,69 |
| BA0270 | B.1.A.6 | Prodotti chimici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0280 | B.1.A.7 | Materiali e prodotti per uso veterinario | 7.013,35 | 24.718,22 | 17.704,87 |
| BA0290 | B.1.A.8 | Altri beni e prodotti sanitari | 385.231,17 | 250.000,00 | -135.231,17 |
| BA0300 | B.1.A.9 | Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 26.858.824,18 | 26.858.824,18 | 0,00 |
| BA0301 | B.1.A.9.1 | Prodotti farmaceutici ed emoderivati | 26.858.824,18 | 26.858.824,18 | 0,00 |
| BA0303 | B.1.A.9.3 | Dispositivi medici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0304 | B.1.A.9.4 | Prodotti dietetici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0305 | B.1.A.9.5 | Materiali per la profilassi (vaccini) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0306 | B.1.A.9.6 | Prodotti chimici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0307 | B.1.A.9.7 | Materiali e prodotti per uso veterinario | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0308 | B.1.A.9.8 | Altri beni e prodotti sanitari | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0310 | B.1.B | Acquisti di beni non sanitari | 1.235.583,70 | 1.352.454,10 | 116.870,40 |
| BA0320 | B.1.B.1 | Prodotti alimentari | 1.550,00 | 1.172,77 | -377,23 |
| BA0330 | B.1.B.2 | Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere | 108.616,46 | 215.000,00 | 106.383,54 |
| BA0340 | B.1.B.3 | Combustibili, carburanti e lubrificanti | 159.702,20 | 210.000,00 | 50.297,80 |
| BA0350 | B.1.B.4 | Supporti informatici e cancelleria | 942.928,58 | 772.000,00 | -170.928,58 |
| BA0360 | B.1.B.5 | Materiale per la manutenzione | 2.972,05 | 281,33 | -2.690,72 |
| BA0370 | B.1.B.6 | Altri beni e prodotti non sanitari | 19.814,41 | 154.000,00 | 134.185,59 |
| BA0380 | B.1.B.7 | Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0390 | B.2 | Acquisti di servizi | 679.905.011,15 | 687.219.428,16 | 7.314.417,01 |
| BA0400 | B.2.A | Acquisti servizi sanitari | 617.848.318,81 | 624.358.880,98 | 6.510.562,17 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-------------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| BA0410 | B.2.A.1 | Acquisti servizi sanitari per medicina di base | 53.608.011,54 | 52.614.926,60 | -993.084,94 |
| BA0420 | B.2.A.1.1 | - da convenzione | 53.447.893,54 | 52.454.808,60 | -993.084,94 |
| BA0430 | B.2.A.1.1.A | Costi per assistenza MMG | 39.039.657,44 | 38.589.997,52 | -449.659,92 |
| BA0440 | B.2.A.1.1.B | Costi per assistenza PLS | 9.797.508,99 | 9.240.149,87 | -557.359,12 |
| BA0450 | B.2.A.1.1.C | Costi per assistenza Continuita' assistenziale | 3.044.623,56 | 3.124.135,57 | 79.512,01 |
| BA0460 | B.2.A.1.1.D | Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc) | 1.566.103,55 | 1.500.525,64 | -65.577,91 |
| BA0470 | B.2.A.1.2 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0480 | B.2.A.1.3 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale | 160.118,00 | 160.118,00 | 0,00 |
| BA0490 | B.2.A.2 | Acquisti servizi sanitari per farmaceutica | 69.921.728,50 | 69.866.849,76 | -54.878,74 |
| BA0500 | B.2.A.2.1 | - da convenzione | 69.263.219,50 | 69.208.340,76 | -54.878,74 |
| BA0510 | B.2.A.2.2 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0520 | B.2.A.2.3 | - da pubblico (Extraregione) | 658.509,00 | 658.509,00 | 0,00 |
| BA0530 | B.2.A.3 | Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 82.212.885,21 | 85.454.745,66 | 3.241.860,45 |
| BA0540 | B.2.A.3.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 39.493.342,75 | 39.327.974,00 | -165.368,75 |
| BA0541 | B.2.A.3.2 | prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 4.162.543,00 | 4.162.543,00 | 0,00 |
| BA0550 | B.2.A.3.3 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0551 | B.2.A.3.4 | prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0560 | B.2.A.3.5 | - da pubblico (Extraregione) | 5.641.003,00 | 5.641.003,00 | 0,00 |
| BA0561 | B.2.A.3.6 | prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0570 | B.2.A.3.7 | - da privato - Medici SUMAI | 8.984.474,52 | 12.244.702,25 | 3.260.227,73 |
| BA0580 | B.2.A.3.8 | - da privato | 23.550.313,92 | 24.078.523,41 | 528.209,49 |
| BA0590 | B.2.A.3.8.A | Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0591 | B.2.A.3.8.B | Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da IRCCS privati e Policlinici privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0600 | B.2.A.3.8.C | Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0601 | B.2.A.3.8.D | Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da Ospedali Classificati privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0610 | B.2.A.3.8.E | Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private | 7.672.460,28 | 24.078.523,41 | 16.406.063,13 |
| BA0611 | B.2.A.3.8.F | Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da Case di Cura private | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0620 | B.2.A.3.8.G | Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati | 15.877.853,64 | 0,00 | 15.877.853,64 |
| BA0621 | B.2.A.3.8.H | Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da altri privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0630 | B.2.A.3.9 | - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 381.208,02 | 0,00 | -381.208,02 |
| BA0631 | B.2.A.3.10 | Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-------------|--|-----------------|----------------|-----------------|
| | | compensazione) | | | |
| BA0640 | B.2.A.4 | Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 16.668.226,04 | 18.436.022,28 | 1.767.796,24 |
| BA0650 | B.2.A.4.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 4.055.830,41 | 4.055.830,41 | 0,00 |
| BA0660 | B.2.A.4.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0670 | B.2.A.4.3 | - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0680 | B.2.A.4.4 | - da privato (intra-regionale) | 11.975.871,17 | 14.034.765,10 | 2.058.893,93 |
| BA0690 | B.2.A.4.5 | - da privato (extraregionale) | 636.524,46 | 345.426,77 | -291.097,69 |
| BA0700 | B.2.A.5 | Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa | 6.553.176,24 | 7.111.819,29 | 558.643,05 |
| BA0710 | B.2.A.5.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0720 | B.2.A.5.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0730 | B.2.A.5.3 | - da pubblico (Extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0740 | B.2.A.5.4 | - da privato | 6.553.176,24 | 7.111.819,29 | 558.643,05 |
| BA0750 | B.2.A.6 | Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica | 17.189.720,91 | 15.263.077,21 | -1.926.643,70 |
| BA0760 | B.2.A.6.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0770 | B.2.A.6.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0780 | B.2.A.6.3 | - da pubblico (Extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0790 | B.2.A.6.4 | - da privato | 17.189.720,91 | 15.263.077,21 | -1.926.643,70 |
| BA0800 | B.2.A.7 | Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 203.804.593,60 | 204.910.375,71 | 1.105.782,11 |
| BA0810 | B.2.A.7.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 158.284.773,00 | 158.284.773,00 | 0,00 |
| BA0820 | B.2.A.7.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0830 | B.2.A.7.3 | - da pubblico (Extraregione) | 22.058.898,00 | 22.058.898,00 | 0,00 |
| BA0840 | B.2.A.7.4 | - da privato | 23.460.922,60 | 24.566.704,71 | 1.105.782,11 |
| BA0850 | B.2.A.7.4.A | Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0860 | B.2.A.7.4.B | Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0870 | B.2.A.7.4.C | Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private | 23.020.955,18 | 23.919.845,00 | 898.889,82 |
| BA0880 | B.2.A.7.4.D | Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati | 439.967,42 | 646.859,71 | 206.892,29 |
| BA0890 | B.2.A.7.5 | - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0900 | B.2.A.8 | Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 20.869.473,36 | 22.098.947,07 | 1.229.473,71 |
| BA0910 | B.2.A.8.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 4.465.507,45 | 4.465.507,45 | 0,00 |
| BA0920 | B.2.A.8.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0930 | B.2.A.8.3 | - da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0940 | B.2.A.8.4 | - da privato (intra-regionale) | 15.943.858,44 | 17.007.366,02 | 1.063.507,58 |
| BA0950 | B.2.A.8.5 | - da privato (extraregionale) | 460.107,47 | 626.073,60 | 165.966,13 |
| BA0960 | B.2.A.9 | Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F | 63.042.335,30 | 63.977.438,88 | 935.103,58 |
| BA0970 | B.2.A.9.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale | 54.405.781,00 | 54.405.781,00 | 0,00 |
| BA0980 | B.2.A.9.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA0990 | B.2.A.9.3 | - da pubblico (Extraregione) | 1.696.101,00 | 1.696.101,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|--------------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| BA1000 | B.2.A.9.4 | - da privato (intra-regionale) | 6.940.453,30 | 7.875.556,88 | 935.103,58 |
| BA1010 | B.2.A.9.5 | - da privato (extra-regionale) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1020 | B.2.A.9.6 | - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1030 | B.2.A.10. | Acquisto prestazioni termali in convenzione | 2.308.503,78 | 2.104.729,07 | -203.774,71 |
| BA1040 | B.2.A.10.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale | 10.186,07 | 10.186,07 | 0,00 |
| BA1050 | B.2.A.10.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1060 | B.2.A.10.3 | - da pubblico (Extraregione) | 59.343,00 | 59.343,00 | 0,00 |
| BA1070 | B.2.A.10.4 | - da privato | 2.238.974,71 | 2.035.200,00 | -203.774,71 |
| BA1080 | B.2.A.10.5 | - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1090 | B.2.A.11 | Acquisto prestazioni di trasporto sanitario | 7.690.328,04 | 2.348.533,28 | -5.341.794,76 |
| BA1100 | B.2.A.11.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1110 | B.2.A.11.2 | - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1120 | B.2.A.11.3 | - da pubblico (Extraregione) | 148.533,28 | 148.533,28 | 0,00 |
| BA1130 | B.2.A.11.4 | - da privato | 7.541.794,76 | 2.200.000,00 | -5.341.794,76 |
| BA1140 | B.2.A.12 | Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria | 54.321.021,17 | 61.083.959,04 | 6.762.937,87 |
| BA1150 | B.2.A.12.1 | - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale | 2.729.667,05 | 2.729.667,05 | 0,00 |
| BA1151 | B.2.A.12.1.A | Assistenza domiciliare integrata (ADI) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1152 | B.2.A.12.1.B | Altre prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria | 2.729.667,05 | 2.729.667,05 | 0,00 |
| BA1160 | B.2.A.12.2 | - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1161 | B.2.A.12.3 | - da pubblico (Extraregione) - Acquisto di Altre prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1170 | B.2.A.12.4 | - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1180 | B.2.A.12.5 | - da privato (intra-regionale) | 50.649.887,68 | 57.251.834,66 | 6.601.946,98 |
| BA1190 | B.2.A.12.6 | - da privato (extra-regionale) | 941.466,44 | 1.102.457,33 | 160.990,89 |
| BA1200 | B.2.A.13 | Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intra-moenia) | 1.456.122,27 | 1.361.056,29 | -95.065,98 |
| BA1210 | B.2.A.13.1 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Area ospedaliera | 1.246.625,97 | 1.151.559,99 | -95.065,98 |
| BA1220 | B.2.A.13.2 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia- Area specialistica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1230 | B.2.A.13.3 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Area sanità pubblica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1240 | B.2.A.13.4 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1250 | B.2.A.13.5 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 209.496,30 | 209.496,30 | 0,00 |
| BA1260 | B.2.A.13.6 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1270 | B.2.A.13.7 | Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1280 | B.2.A.14 | Rimborsi, assegni e contributi sanitari | 6.438.004,93 | 6.143.300,15 | -294.704,78 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|--------------|--|-----------------|--------------|-----------------|
| BA1290 | B.2.A.14.1 | Contributi ad associazioni di volontariato | 52.447,42 | 50.968,00 | -1.479,42 |
| BA1300 | B.2.A.14.2 | Rimborsi per cure all'estero | 30.904,39 | 43.978,00 | 13.073,61 |
| BA1310 | B.2.A.14.3 | Contributi a societa' partecipate e/o enti dipendenti della Regione | 270,00 | 800,00 | 530,00 |
| BA1320 | B.2.A.14.4 | Contributo Legge 210/92 | 1.313.846,55 | 1.258.022,24 | -55.824,31 |
| BA1330 | B.2.A.14.5 | Altri rimborsi, assegni e contributi | 2.160.638,37 | 1.909.633,71 | -251.004,66 |
| BA1340 | B.2.A.14.6 | Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 2.879.898,20 | 2.879.898,20 | 0,00 |
| BA1341 | B.2.A.14.7 | Rimborsi, assegni e contributi v/Regione - GSA | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1350 | B.2.A.15 | Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | 4.874.744,78 | 4.301.445,69 | -573.299,09 |
| BA1360 | B.2.A.15.1 | Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 69.853,12 | 69.853,12 | 0,00 |
| BA1370 | B.2.A.15.2 | Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici | 94.147,47 | 94.147,47 | 0,00 |
| BA1380 | B.2.A.15.3 | Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato | 4.534.627,00 | 3.996.979,64 | -537.647,36 |
| BA1390 | B.2.A.15.3.A | Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1400 | B.2.A.15.3.B | Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato | 4.377.385,88 | 3.975.000,00 | -402.385,88 |
| BA1410 | B.2.A.15.3.C | Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato | 135.260,48 | 0,00 | -135.260,48 |
| BA1420 | B.2.A.15.3.D | Indennita' a personale universitario - area sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1430 | B.2.A.15.3.E | Lavoro interinale - area sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1440 | B.2.A.15.3.F | Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria | 21.979,64 | 21.979,64 | 0,00 |
| BA1450 | B.2.A.15.4 | Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando | 176.117,19 | 140.465,46 | -35.651,73 |
| BA1460 | B.2.A.15.4.A | Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 140.465,46 | 140.465,46 | 0,00 |
| BA1470 | B.2.A.15.4.B | Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Universita' | 35.651,73 | 0,00 | -35.651,73 |
| BA1480 | B.2.A.15.4.C | Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1490 | B.2.A.16 | Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 6.889.443,14 | 7.281.655,00 | 392.211,86 |
| BA1500 | B.2.A.16.1 | Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 67.280,27 | 67.280,27 | 0,00 |
| BA1510 | B.2.A.16.2 | Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1520 | B.2.A.16.3 | Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione) | 82.229,14 | 82.229,14 | 0,00 |
| BA1530 | B.2.A.16.4 | Altri servizi sanitari da privato | 6.739.933,73 | 7.132.145,59 | 392.211,86 |
| BA1540 | B.2.A.16.5 | Costi per servizi sanitari - Mobilita' internazionale passiva | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1541 | B.2.A.16.6 | Costi per servizi sanitari - Mobilita' internazionale passiva rilevata dalle ASL | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1542 | B.2.A.16.7 | Costi per prestazioni sanitarie erogate da aziende sanitarie estere (fatturate direttamente) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1550 | B.2.A.17 | Costi per differenziale tariffe TUC | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|--------------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| BA1560 | B.2.B | Acquisti di servizi non sanitari | 62.056.692,34 | 62.860.547,18 | 803.854,84 |
| BA1570 | B.2.B.1 | Servizi non sanitari | 60.498.567,44 | 61.245.623,85 | 747.056,41 |
| BA1580 | B.2.B.1.1 | Lavanderia | 1.584.320,64 | 1.305.000,00 | -279.320,64 |
| BA1590 | B.2.B.1.2 | Pulizia | 4.985.164,87 | 4.000.000,00 | -985.164,87 |
| BA1600 | B.2.B.1.3 | Mensa | 3.733.617,97 | 4.000.000,00 | 266.382,03 |
| BA1601 | B.2.B.1.3.A | Mensa dipendenti | 731.425,44 | 800.000,00 | 68.574,56 |
| BA1602 | B.2.B.1.3.B | Mensa degenti | 3.002.192,53 | 3.200.000,00 | 197.807,47 |
| BA1610 | B.2.B.1.4 | Riscaldamento | 3.963.205,32 | 3.914.276,85 | -48.928,47 |
| BA1620 | B.2.B.1.5 | Servizi di assistenza informatica | 5.267.608,61 | 6.296.000,00 | 1.028.391,39 |
| BA1630 | B.2.B.1.6 | Servizi trasporti (non sanitari) | 8.353,10 | 21.688,89 | 13.335,79 |
| BA1640 | B.2.B.1.7 | Smaltimento rifiuti | 1.197.371,43 | 1.100.000,00 | -97.371,43 |
| BA1650 | B.2.B.1.8 | UtENZE telefoniche | 1.788.311,79 | 1.415.121,79 | -373.190,00 |
| BA1660 | B.2.B.1.9 | UtENZE elettricità ¹ | 7.439.250,30 | 7.347.407,71 | -91.842,59 |
| BA1670 | B.2.B.1.10 | Altre utenze | 940.612,34 | 928.999,84 | -11.612,50 |
| BA1680 | B.2.B.1.11 | Premi di assicurazione | 4.114.577,52 | 4.978.529,01 | 863.951,49 |
| BA1690 | B.2.B.1.11.A | Premi di assicurazione - R.C. Professionale | 3.962.274,11 | 4.818.123,11 | 855.849,00 |
| BA1700 | B.2.B.1.11.B | Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi | 152.303,41 | 160.405,90 | 8.102,49 |
| BA1710 | B.2.B.1.12 | Altri servizi non sanitari | 25.476.173,55 | 25.938.599,76 | 462.426,21 |
| BA1720 | B.2.B.1.12.A | Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1730 | B.2.B.1.12.B | Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici | 4.898,30 | 0,00 | -4.898,30 |
| BA1740 | B.2.B.1.12.C | Altri servizi non sanitari da privato | 25.471.275,25 | 25.938.599,76 | 467.324,51 |
| BA1750 | B.2.B.2 | Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie | 1.110.218,53 | 1.253.739,49 | 143.520,96 |
| BA1760 | B.2.B.2.1 | Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1770 | B.2.B.2.2 | Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1780 | B.2.B.2.3 | Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato | 1.110.218,53 | 1.253.739,49 | 143.520,96 |
| BA1790 | B.2.B.2.3.A | Consulenze non sanitarie da privato | 91.030,47 | 63.739,49 | -27.290,98 |
| BA1800 | B.2.B.2.3.B | Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1810 | B.2.B.2.3.C | Indennità a personale universitario - area non sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1820 | B.2.B.2.3.D | Lavoro interinale - area non sanitaria | 1.019.188,06 | 1.190.000,00 | 170.811,94 |
| BA1830 | B.2.B.2.3.E | Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1831 | B.2.B.2.3.F | Altre Consulenze non sanitarie da privato - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191. | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1840 | B.2.B.2.4 | Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1850 | B.2.B.2.4.A | Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1860 | B.2.B.2.4.B | Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1870 | B.2.B.2.4.C | Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1880 | B.2.B.3 | Formazione (esternalizzata e non) | 447.906,37 | 361.183,84 | -86.722,53 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|-----------|---|-----------------|----------------|-----------------|
| BA1890 | B.2.B.3.1 | Formazione (esternalizzata e non) da pubblico | 149.402,27 | 285.343,16 | 135.940,89 |
| BA1900 | B.2.B.3.2 | Formazione (esternalizzata e non) da privato | 298.504,10 | 75.840,68 | -222.663,42 |
| BA1910 | B.3 | Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 3.033.087,70 | 3.364.996,69 | 331.908,99 |
| BA1920 | B.3.A | Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze | 646,60 | 0,00 | -646,60 |
| BA1930 | B.3.B | Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari | 14.190,97 | 7.848,89 | -6.342,08 |
| BA1940 | B.3.C | Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche | 2.999.296,98 | 3.336.588,24 | 337.291,26 |
| BA1950 | B.3.D | Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi | 12,00 | 0,00 | -12,00 |
| BA1960 | B.3.E | Manutenzione e riparazione agli automezzi | 18.941,15 | 20.559,56 | 1.618,41 |
| BA1970 | B.3.F | Altre manutenzioni e riparazioni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1980 | B.3.G | Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA1990 | B.4 | Godimento di beni di terzi | 5.099.601,78 | 5.038.727,61 | -60.874,17 |
| BA2000 | B.4.A | Fitti passivi | 2.216.948,05 | 2.314.326,39 | 97.378,34 |
| BA2010 | B.4.B | Canoni di noleggio | 2.882.653,73 | 2.724.401,22 | -158.252,51 |
| BA2020 | B.4.B.1 | Canoni di noleggio - area sanitaria | 1.738.865,47 | 2.044.478,19 | 305.612,72 |
| BA2030 | B.4.B.2 | Canoni di noleggio - area non sanitaria | 1.143.788,26 | 679.923,03 | -463.865,23 |
| BA2040 | B.4.C | Canoni di leasing | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2050 | B.4.C.1 | Canoni di leasing - area sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2060 | B.4.C.2 | Canoni di leasing - area non sanitaria | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2061 | B.4.D | Canoni di project financing | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2070 | B.4.E | Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2080 | | Totale Costo del personale | 187.966.310,25 | 202.705.772,60 | 14.739.462,35 |
| BA2090 | B.5 | Personale del ruolo sanitario | 159.663.036,98 | 172.362.991,70 | 12.699.954,72 |
| BA2100 | B.5.A | Costo del personale dirigente ruolo sanitario | 72.906.910,94 | 83.726.129,86 | 10.819.218,92 |
| BA2110 | B.5.A.1 | Costo del personale dirigente medico | 65.476.109,33 | 74.062.360,79 | 8.586.251,46 |
| BA2120 | B.5.A.1.1 | Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato | 61.460.091,55 | 67.568.356,56 | 6.108.265,01 |
| BA2130 | B.5.A.1.2 | Costo del personale dirigente medico - tempo determinato | 4.016.017,78 | 6.494.004,23 | 2.477.986,45 |
| BA2140 | B.5.A.1.3 | Costo del personale dirigente medico - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2150 | B.5.A.2 | Costo del personale dirigente non medico | 7.430.801,61 | 9.663.769,07 | 2.232.967,46 |
| BA2160 | B.5.A.2.1 | Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato | 5.734.647,16 | 8.407.683,90 | 2.673.036,74 |
| BA2170 | B.5.A.2.2 | Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato | 1.696.154,45 | 1.256.085,17 | -440.069,28 |
| BA2180 | B.5.A.2.3 | Costo del personale dirigente non medico - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2190 | B.5.B | Costo del personale comparto ruolo sanitario | 86.756.126,04 | 88.636.861,84 | 1.880.735,80 |
| BA2200 | B.5.B.1 | Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato | 74.945.904,16 | 79.016.167,94 | 4.070.263,78 |
| BA2210 | B.5.B.2 | Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato | 11.810.221,88 | 9.620.693,90 | -2.189.527,98 |
| BA2220 | B.5.B.3 | Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2230 | B.6 | Personale del ruolo professionale | 726.816,39 | 621.588,19 | -105.228,20 |
| BA2240 | B.6.A | Costo del personale dirigente ruolo professionale | 497.142,51 | 328.449,90 | -168.692,61 |
| BA2250 | B.6.A.1 | Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato | 352.702,71 | 328.449,90 | -24.252,81 |
| BA2260 | B.6.A.2 | Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato | 144.439,80 | 0,00 | -144.439,80 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|----------|---|-----------------|---------------|-----------------|
| BA2270 | B.6.A.3 | Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2280 | B.6.B | Costo del personale comparto ruolo professionale | 229.673,88 | 293.138,29 | 63.464,41 |
| BA2290 | B.6.B.1 | Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato | 229.673,88 | 249.643,41 | 19.969,53 |
| BA2300 | B.6.B.2 | Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato | 0,00 | 43.494,88 | 43.494,88 |
| BA2310 | B.6.B.3 | Costo del personale comparto ruolo professionale - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2320 | B.7 | Personale del ruolo tecnico | 17.420.958,47 | 17.977.266,20 | 556.307,73 |
| BA2330 | B.7.A | Costo del personale dirigente ruolo tecnico | 105.636,48 | 89.378,04 | -16.258,44 |
| BA2340 | B.7.A.1 | Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato | 105.636,48 | 89.378,04 | -16.258,44 |
| BA2350 | B.7.A.2 | Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2360 | B.7.A.3 | Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2370 | B.7.B | Costo del personale comparto ruolo tecnico | 17.315.321,99 | 17.887.888,16 | 572.566,17 |
| BA2380 | B.7.B.1 | Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato | 11.705.430,60 | 12.468.316,03 | 762.885,43 |
| BA2390 | B.7.B.2 | Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato | 5.609.891,39 | 5.419.572,13 | -190.319,26 |
| BA2400 | B.7.B.3 | Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2410 | B.8 | Personale del ruolo amministrativo | 10.155.498,41 | 11.743.926,51 | 1.588.428,10 |
| BA2420 | B.8.A | Costo del personale dirigente ruolo amministrativo | 1.184.358,01 | 1.327.533,08 | 143.175,07 |
| BA2430 | B.8.A.1 | Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato | 1.024.745,64 | 1.327.533,08 | 302.787,44 |
| BA2440 | B.8.A.2 | Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato | 159.612,37 | 0,00 | -159.612,37 |
| BA2450 | B.8.A.3 | Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2460 | B.8.B | Costo del personale comparto ruolo amministrativo | 8.971.140,40 | 10.416.393,43 | 1.445.253,03 |
| BA2470 | B.8.B.1 | Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato | 8.702.484,50 | 10.293.279,45 | 1.590.794,95 |
| BA2480 | B.8.B.2 | Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato | 268.655,90 | 123.113,98 | -145.541,92 |
| BA2490 | B.8.B.3 | Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2500 | B.9 | Oneri diversi di gestione | 5.535.645,02 | 2.147.475,60 | -3.388.169,42 |
| BA2510 | B.9.A | Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES) | 1.588.483,43 | 13.322,64 | -1.575.160,79 |
| BA2520 | B.9.B | Perdite su crediti | 4.292,39 | 0,00 | -4.292,39 |
| BA2530 | B.9.C | Altri oneri diversi di gestione | 3.942.869,20 | 2.134.152,96 | -1.808.716,24 |
| BA2540 | B.9.C.1 | Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale | 707.997,19 | 551.539,24 | -156.457,95 |
| BA2550 | B.9.C.2 | Altri oneri diversi di gestione | 3.234.872,01 | 1.582.613,72 | -1.652.258,29 |
| BA2551 | B.9.C.3 | Altri oneri diversi di gestione da Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2552 | B.9.C.4 | Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2560 | | Totale Ammortamenti | 13.025.747,77 | 12.468.756,73 | -556.991,04 |
| BA2570 | B.10 | Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 2.264.261,18 | 2.245.039,26 | -19.221,92 |
| BA2580 | B.11 | Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 10.761.486,59 | 10.223.717,47 | -537.769,12 |
| BA2590 | B.11.A | Ammortamento dei fabbricati | 3.403.853,64 | 3.677.723,19 | 273.869,55 |
| BA2600 | B.11.A.1 | Ammortamenti fabbricati non strumentali | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|----------|--|-----------------|---------------|-----------------|
| | | (disponibili) | | | |
| BA2610 | B.11.A.2 | Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili) | 3.403.853,64 | 3.677.723,19 | 273.869,55 |
| BA2620 | B.11.B | Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 7.357.632,95 | 6.545.994,28 | -811.638,67 |
| BA2630 | B.12 | Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 76.594,00 | 0,00 | -76.594,00 |
| BA2640 | B.12.A | Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2650 | B.12.B | Svalutazione dei crediti | 76.594,00 | 0,00 | -76.594,00 |
| BA2660 | B.13 | Variazione delle rimanenze | 2.839.414,70 | 0,00 | -2.839.414,70 |
| BA2670 | B.13.A | Variazione rimanenze sanitarie | 2.700.028,06 | 0,00 | -2.700.028,06 |
| BA2671 | B.13.A.1 | Prodotti farmaceutici ed emoderivati | 319.226,89 | 0,00 | -319.226,89 |
| BA2672 | B.13.A.2 | Sangue ed emocomponenti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2673 | B.13.A.3 | Dispositivi medici | 2.240.714,05 | 0,00 | -2.240.714,05 |
| BA2674 | B.13.A.4 | Prodotti dietetici | 155.932,51 | 0,00 | -155.932,51 |
| BA2675 | B.13.A.5 | Materiali per la profilassi (vaccini) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2676 | B.13.A.6 | Prodotti chimici | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2677 | B.13.A.7 | Materiali e prodotti per uso veterinario | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2678 | B.13.A.8 | Altri beni e prodotti sanitari | -15.845,39 | 0,00 | 15.845,39 |
| BA2680 | B.13.B | Variazione rimanenze non sanitarie | 139.386,64 | 0,00 | -139.386,64 |
| BA2681 | B.13.B.1 | Prodotti alimentari | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2682 | B.13.B.2 | Materiali di guardaroba, di pulizia, e di convivenza in genere | -40.700,36 | 0,00 | 40.700,36 |
| BA2683 | B.13.B.3 | Combustibili, carburanti e lubrificanti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2684 | B.13.B.4 | Supporti informatici e cancelleria | 180.749,54 | 0,00 | -180.749,54 |
| BA2685 | B.13.B.5 | Materiale per la manutenzione | -1.708,00 | 0,00 | 1.708,00 |
| BA2686 | B.13.B.6 | Altri beni e prodotti non sanitari | 1.045,46 | 0,00 | -1.045,46 |
| BA2690 | B.14 | Accantonamenti dell'esercizio | 20.321.798,45 | 16.495.909,24 | -3.825.889,21 |
| BA2700 | B.14.A | Accantonamenti per rischi | 11.307.458,31 | 9.103.379,39 | -2.204.078,92 |
| BA2710 | B.14.A.1 | Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali | 2.353.404,83 | 548.284,04 | -1.805.120,79 |
| BA2720 | B.14.A.2 | Accantonamenti per contenzioso personale dipendente | 1.025.471,07 | 622.326,48 | -403.144,59 |
| BA2730 | B.14.A.3 | Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato | 1.038.320,37 | 331.505,57 | -706.814,80 |
| BA2740 | B.14.A.4 | Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) | 6.711.039,99 | 7.379.041,07 | 668.001,08 |
| BA2741 | B.14.A.5 | Accantonamenti per franchigia assicurativa | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2750 | B.14.A.6 | Altri accantonamenti per rischi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2751 | B.14.A.7 | Altri accantonamenti per interessi di mora | 179.222,05 | 222.222,23 | 43.000,18 |
| BA2760 | B.14.B | Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI) | 0,00 | 445.899,17 | 445.899,17 |
| BA2770 | B.14.C | Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati | 2.519.222,20 | 0,00 | -2.519.222,20 |
| BA2771 | B.14.C.1 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2780 | B.14.C.2 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato | 1.695.987,27 | 0,00 | -1.695.987,27 |
| BA2790 | B.14.C.3 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati | 211.042,93 | 0,00 | -211.042,93 |
| BA2800 | B.14.C.4 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca | 28.400,00 | 0,00 | -28.400,00 |
| BA2810 | B.14.C.5 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati | 583.792,00 | 0,00 | -583.792,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|---------------|-------------|--|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| BA2811 | B.14.C.6 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti privati per ricerca | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2820 | B.14.D | Altri accantonamenti | 6.495.117,94 | 6.946.630,68 | 451.512,74 |
| BA2840 | B.14.D.1 | Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA | 2.150.266,94 | 2.241.457,81 | 91.190,87 |
| BA2850 | B.14.D.2 | Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai | 418.985,04 | 429.306,91 | 10.321,87 |
| BA2860 | B.14.D.3 | Acc. Rinnovi contratti.: dirigenza medica | 2.002.047,81 | 2.002.047,81 | 0,00 |
| BA2870 | B.14.D.4 | Acc. Rinnovi contratti.: dirigenza non medica | 226.839,76 | 226.839,76 | 0,00 |
| BA2880 | B.14.D.5 | Acc. Rinnovi contratti.: comparto | 741.539,85 | 741.539,85 | 0,00 |
| BA2881 | B.14.D.6 | Acc. per Trattamento di fine rapporto dipendenti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2882 | B.14.D.7 | Acc. per Trattamenti di quiescenza e simili | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2883 | B.14.D.8 | Acc. per Fondi integrativi pensione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| BA2884 | B.14.D.9 | Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D.lgs 50/2016 | 0,00 | 350.000,00 | 350.000,00 |
| BA2890 | B.14.D.10 | Altri accantonamenti | 955.438,54 | 955.438,54 | 0,00 |
| BZ9999 | B | Totale costi della produzione (B) | 1.013.035.030,41 | 1.032.292.243,84 | 19.257.213,43 |
| CA0010 | C.1 | Interessi attivi | 368,24 | 0,00 | -368,24 |
| CA0020 | C.1.A | Interessi attivi su c/tesoreria unica | 0,28 | 0,00 | -0,28 |
| CA0030 | C.1.B | Interessi attivi su c/c postali e bancari | 10,33 | 0,00 | -10,33 |
| CA0040 | C.1.C | Altri interessi attivi | 357,63 | 0,00 | -357,63 |
| CA0050 | C.2 | Altri proventi | 663.400,00 | 400.000,00 | -263.400,00 |
| CA0060 | C.2.A | Proventi da partecipazioni | 663.400,00 | 400.000,00 | -263.400,00 |
| CA0070 | C.2.B | Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0080 | C.2.C | Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0090 | C.2.D | Altri proventi finanziari diversi dai precedenti | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0100 | C.2.E | Utili su cambi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0110 | C.3 | Interessi passivi | 5.543.600,71 | 4.546.083,96 | -997.516,75 |
| CA0120 | C.3.A | Interessi passivi su anticipazioni di cassa | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0130 | C.3.B | Interessi passivi su mutui | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0140 | C.3.C | Altri interessi passivi | 5.543.600,71 | 4.546.083,96 | -997.516,75 |
| CA0150 | C.4 | Altri oneri | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0160 | C.4.A | Altri oneri finanziari | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CA0170 | C.4.B | Perdite su cambi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CZ9999 | C | Totale proventi e oneri finanziari (C) | -4.879.832,47 | -4.146.083,96 | 733.748,51 |
| DA0010 | D.1 | Rivalutazioni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DA0020 | D.2 | Svalutazioni | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DZ9999 | D | Totale rettifiche di valore di attivita' finanziarie (D) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0010 | E.1 | Proventi straordinari | 7.027.464,26 | 0,00 | -7.027.464,26 |
| EA0020 | E.1.A | Plusvalenze | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0030 | E.1.B | Altri proventi straordinari | 7.027.464,26 | 0,00 | -7.027.464,26 |
| EA0040 | E.1.B.1 | Proventi da donazioni e liberalita' diverse | 3.754,31 | 0,00 | -3.754,31 |
| EA0050 | E.1.B.2 | Sopravvenienze attive | 5.512.257,97 | 0,00 | -5.512.257,97 |
| EA0051 | E.1.B.2.1 | Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0060 | E.1.B.2.2 | Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 79.698,00 | 0,00 | -79.698,00 |
| EA0070 | E.1.B.2.3 | Sopravvenienze attive v/terzi | 5.432.559,97 | 0,00 | -5.432.559,97 |
| EA0080 | E.1.B.2.3.A | Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilita' extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0090 | E.1.B.2.3.B | Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale | 447.863,00 | 0,00 | -447.863,00 |
| EA0100 | E.1.B.2.3.C | Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|------------|---------------|--|-----------------|------------|-----------------|
| EA0110 | E.1.B.2.3.D | Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0120 | E.1.B.2.3.E | Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati | 4.044.981,98 | 0,00 | -4.044.981,98 |
| EA0130 | E.1.B.2.3.F | Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi | 74.999,47 | 0,00 | -74.999,47 |
| EA0140 | E.1.B.2.3.G | Altre sopravvenienze attive v/terzi | 864.715,52 | 0,00 | -864.715,52 |
| EA0150 | E.1.B.3 | Insussistenze attive | 1.511.451,98 | 0,00 | -1.511.451,98 |
| EA0160 | E.1.B.3.1 | Insussistenze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0170 | E.1.B.3.2 | Insussistenze attive v/terzi | 1.511.451,98 | 0,00 | -1.511.451,98 |
| EA0180 | E.1.B.3.2.A | Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilita' extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0190 | E.1.B.3.2.B | Insussistenze attive v/terzi relative al personale | 0,01 | 0,00 | -0,01 |
| EA0200 | E.1.B.3.2.C | Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0210 | E.1.B.3.2.D | Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0220 | E.1.B.3.2.E | Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0230 | E.1.B.3.2.F | Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0240 | E.1.B.3.2.G | Altre insussistenze attive v/terzi | 1.511.451,97 | 0,00 | -1.511.451,97 |
| EA0250 | E.1.B.4 | Altri proventi straordinari | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0260 | E.2 | Oneri straordinari | 5.174.934,91 | 376.951,84 | -4.797.983,07 |
| EA0270 | E.2.A | Minusvalenze | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0280 | E.2.B | Altri oneri straordinari | 5.174.934,91 | 376.951,84 | -4.797.983,07 |
| EA0290 | E.2.B.1 | Oneri tributari da esercizi precedenti | 2.492,00 | 0,00 | -2.492,00 |
| EA0300 | E.2.B.2 | Oneri da cause civili ed oneri processuali | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0310 | E.2.B.3 | Sopravvenienze passive | 5.170.442,91 | 376.951,84 | -4.793.491,07 |
| EA0320 | E.2.B.3.1 | Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 376.951,84 | 376.951,84 | 0,00 |
| EA0330 | E.2.B.3.1.A | Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilita' intraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0340 | E.2.B.3.1.B | Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 376.951,84 | 376.951,84 | 0,00 |
| EA0350 | E.2.B.3.2 | Sopravvenienze passive v/terzi | 4.793.491,07 | 0,00 | -4.793.491,07 |
| EA0360 | E.2.B.3.2.A | Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilita' extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0370 | E.2.B.3.2.B | Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale | 0,06 | 0,00 | -0,06 |
| EA0380 | E.2.B.3.2.B.1 | Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0390 | E.2.B.3.2.B.2 | Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0400 | E.2.B.3.2.B.3 | Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto | 0,06 | 0,00 | -0,06 |
| EA0410 | E.2.B.3.2.C | Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0420 | E.2.B.3.2.D | Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica | 39.623,79 | 0,00 | -39.623,79 |
| EA0430 | E.2.B.3.2.E | Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati | 4.392.023,80 | 0,00 | -4.392.023,80 |

| CODICE MIN | CODICE | VOCE | Consuntivo 2022 | BEP 2024 | Delta 2024/2022 |
|---------------|-------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| EA0440 | E.2.B.3.2.F | Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi | 173.369,31 | 0,00 | -173.369,31 |
| EA0450 | E.2.B.3.2.G | Altre sopravvenienze passive v/terzi | 188.474,11 | 0,00 | -188.474,11 |
| EA0460 | E.2.B.4 | Insussistenze passive | 2.000,00 | 0,00 | -2.000,00 |
| EA0461 | E.2.B.4.1 | Insussistenze passive per quote F.S. vincolato | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0470 | E.2.B.4.2 | Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0480 | E.2.B.4.3 | Insussistenze passive v/terzi | 2.000,00 | 0,00 | -2.000,00 |
| EA0490 | E.2.B.4.3.A | Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilita' extraregionale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0500 | E.2.B.4.3.B | Insussistenze passive v/terzi relative al personale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0510 | E.2.B.4.3.C | Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0520 | E.2.B.4.3.D | Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0530 | E.2.B.4.3.E | Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0540 | E.2.B.4.3.F | Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EA0550 | E.2.B.4.3.G | Altre insussistenze passive v/terzi | 2.000,00 | 0,00 | -2.000,00 |
| EA0560 | E.2.B.5 | Altri oneri straordinari | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EZ9999 | E | Totale proventi e oneri straordinari (E) | 1.852.529,35 | -376.951,84 | -2.229.481,19 |
| XA0000 | X | Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 13.061.793,53 | 14.670.300,35 | 1.608.506,82 |
| YA0010 | Y.1 | IRAP | 12.975.234,53 | 14.609.120,33 | 1.633.885,80 |
| YA0020 | Y.1.A | IRAP relativa a personale dipendente | 12.497.564,46 | 14.124.722,80 | 1.627.158,34 |
| YA0030 | Y.1.B | IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | 70.304,01 | 38.033,65 | -32.270,36 |
| YA0040 | Y.1.C | IRAP relativa ad attivita' di libera professione (intramoenia) | 407.366,06 | 446.363,88 | 38.997,82 |
| YA0050 | Y.1.D | IRAP relativa ad attivita' commerciale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| YA0060 | Y.2 | IRES | 0,00 | 61.180,02 | 61.180,02 |
| YA0070 | Y.2.A | IRES su attivita' istituzionale | 0,00 | 61.180,02 | 61.180,02 |
| YA0080 | Y.2.B | IRES su attivita' commerciale | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| YA0090 | Y.3 | Accantonamento a F.do imposte (Accertamenti, condoni, ecc.) | 86.559,00 | 0,00 | -86.559,00 |
| YZ9999 | Y | Totale imposte e tasse | 13.061.793,53 | 14.670.300,35 | 1.608.506,82 |
| ZZ9999 | Z | RISULTATO DI ESERCIZIO | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

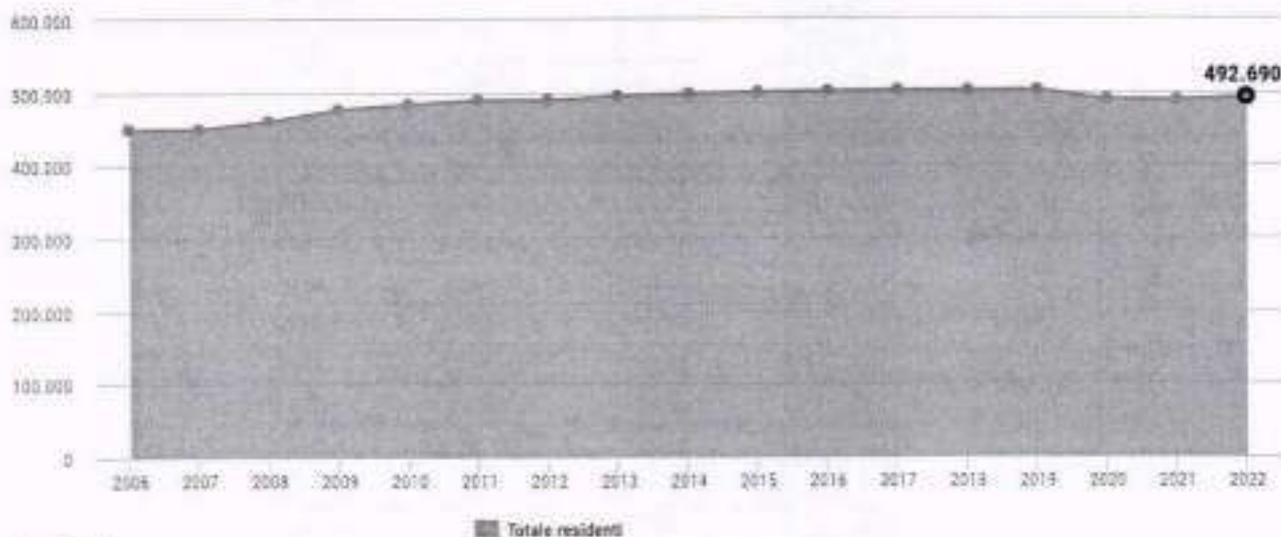
La predisposizione del Bilancio di Previsione 2024 si inserisce in diretta continuita' con le linee di indirizzo e le indicazioni programmatiche regionali, illustrando la situazione economica presunta al 31/12/2024 e riportando l'indicazione analitica del previsto risultato economico complessivo.

Le voci sono state stimate sulla base del bilancio consuntivo 2022 e di una prima stima del bilancio consuntivo 2023.

1.4.2. Il contesto esterno

Il territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si estende per 1.818,4 Km² e comprende 70 comuni (figura 4) con una popolazione, al 31.12.2022, pari a 492.690 abitanti (figura 3) (fonte: ISTAT).

Figura 3. Popolazione residente ASL Roma 5 - 2022



Fonte: ISTAT

Figura 4. Comuni della ASL Roma 5

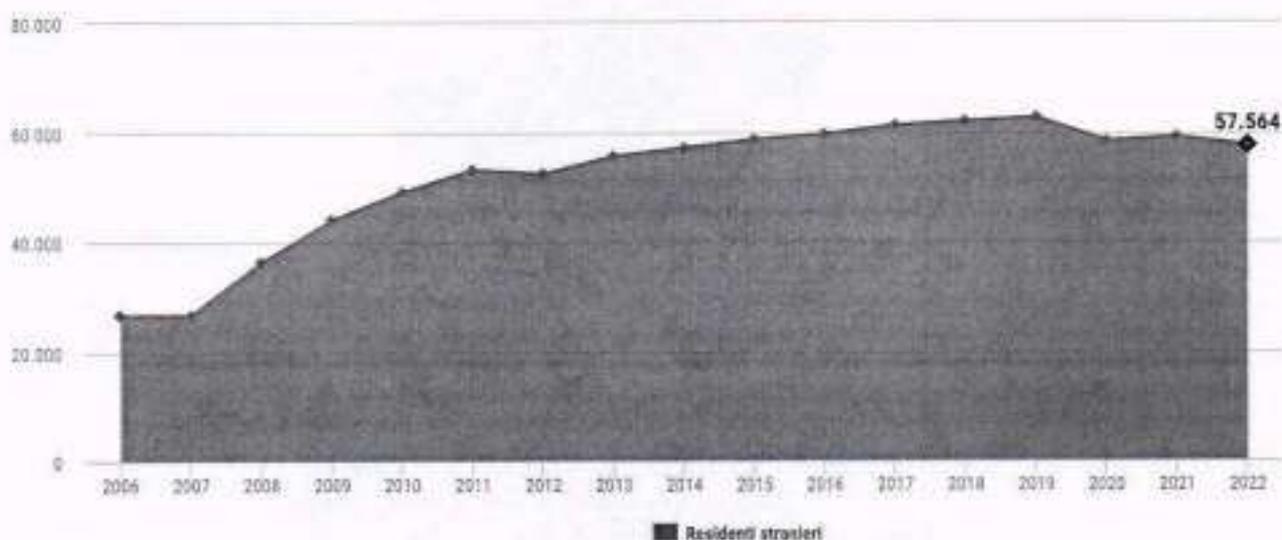


Figura 5. Distribuzione Popolazione per classi di età ASL Roma 5

| Popolazione ASL Roma 5 per classi di età (2022) | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Classi età | Femmine | Maschi | Totale |
| 0-4 | 9.098 | 9.631 | 18.729 |
| 05-09 | 11.229 | 12.162 | 23.391 |
| 10-14 | 12.611 | 13.261 | 25.872 |
| 15-19 | 11.857 | 12.914 | 24.771 |
| 20-24 | 11.409 | 12.521 | 23.930 |
| 25-29 | 12.040 | 12.883 | 24.923 |
| 30-34 | 13.866 | 14.280 | 28.146 |
| 35-39 | 15.243 | 15.765 | 31.008 |
| 40-44 | 17.572 | 17.683 | 35.255 |
| 45-49 | 20.429 | 20.355 | 40.784 |
| 50-54 | 21.172 | 20.669 | 41.841 |
| 55-59 | 20.128 | 19.653 | 39.781 |
| 60-64 | 16.893 | 16.347 | 33.240 |
| 65-69 | 14.378 | 13.632 | 28.010 |
| 70-74 | 13.082 | 11.984 | 25.066 |
| 75-79 | 10.121 | 8.434 | 18.555 |
| 80-84 | 8.825 | 6.635 | 15.460 |
| 85+ | 9.163 | 4.765 | 13.928 |
| Totale | 249.116 | 243.574 | 492.690 |

Fonte www.opensalutelazio.it

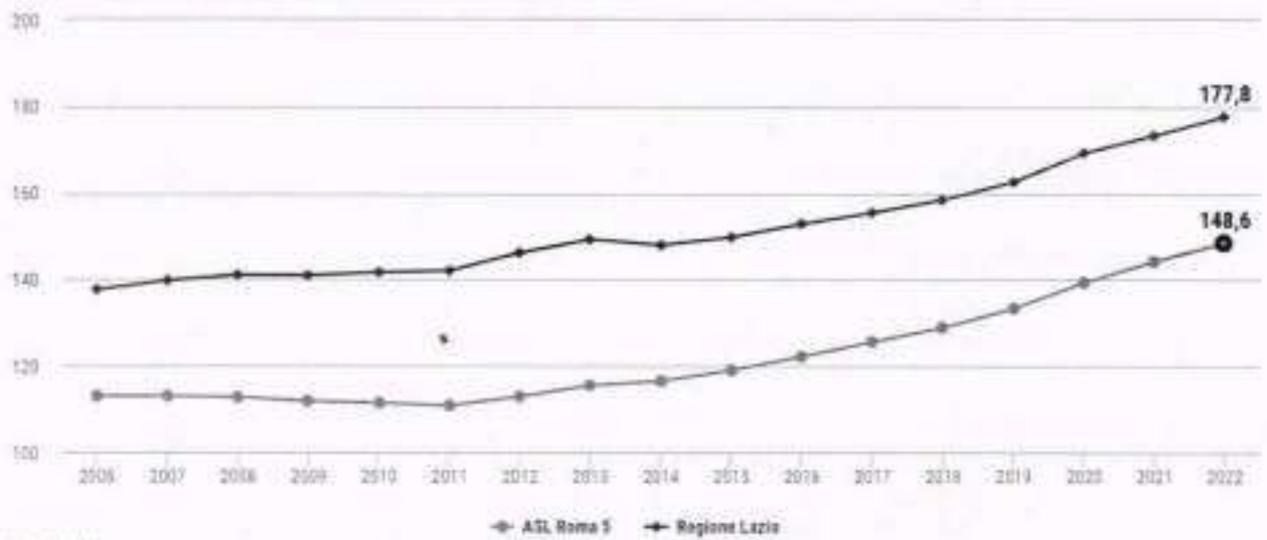
Figura 6. Popolazione straniera residente ASL Roma 5 - 2022



Fonte: ISTAT

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni.

Figura 7. Indice di vecchiaia ASL Roma 5 - 2022



L'indice di dipendenza anziani esprime il carico della popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa. È il rapporto tra il numero delle persone con più di 65 anni e la popolazione attiva (15-64 anni).

Figura 8. Indice di dipendenza anziani ASL Roma 5 - 2022

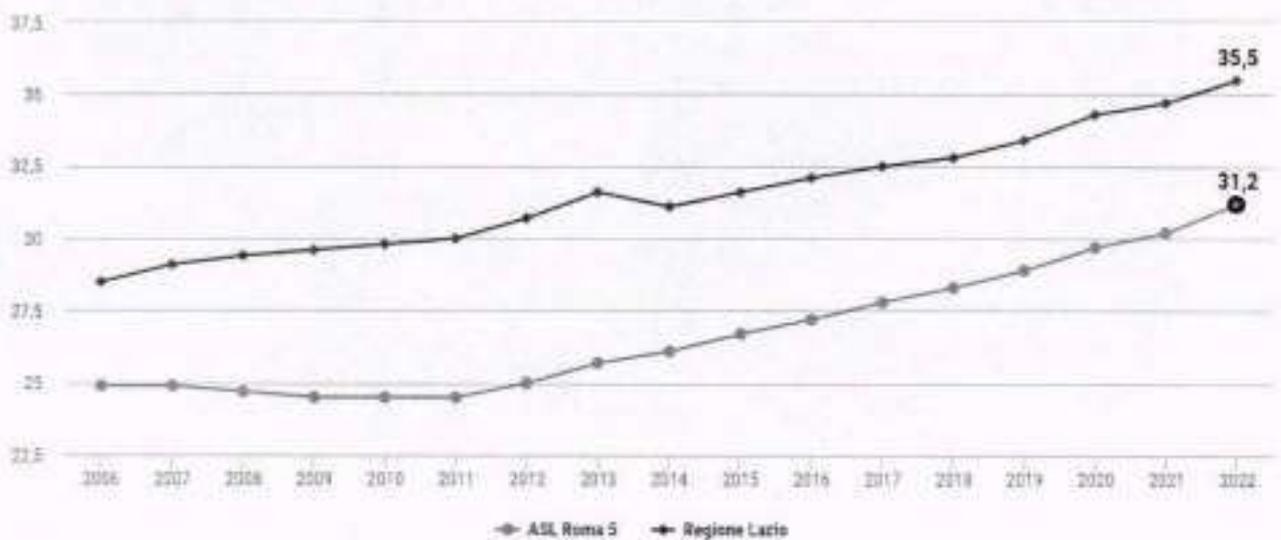


Figura 9. Nuovi nati ASL Roma 5 – 2022

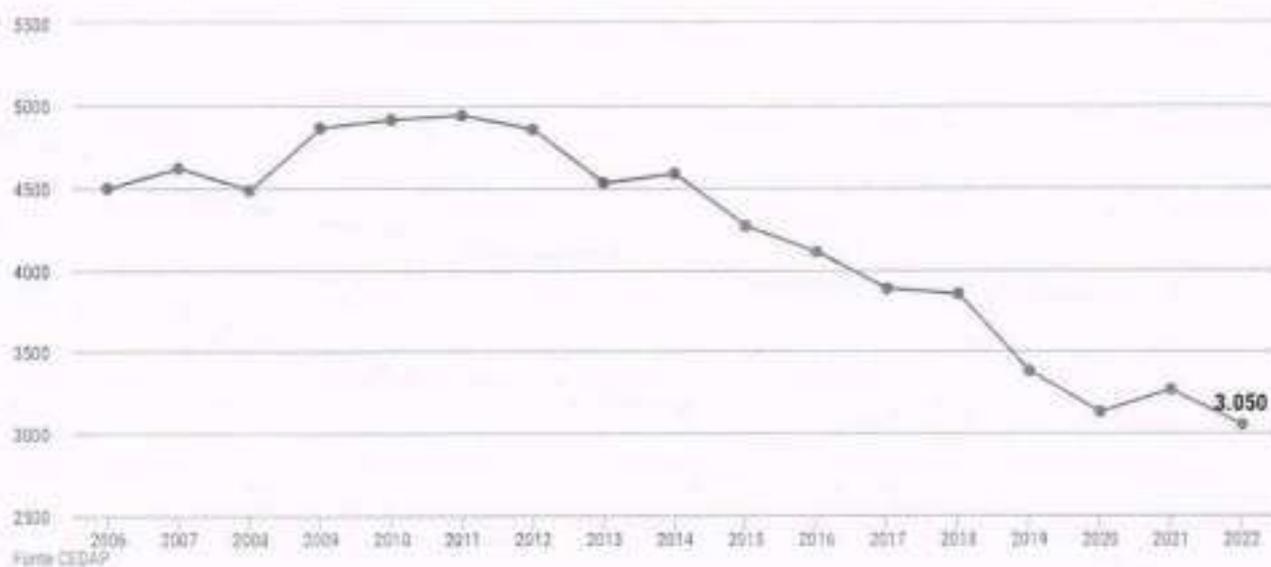
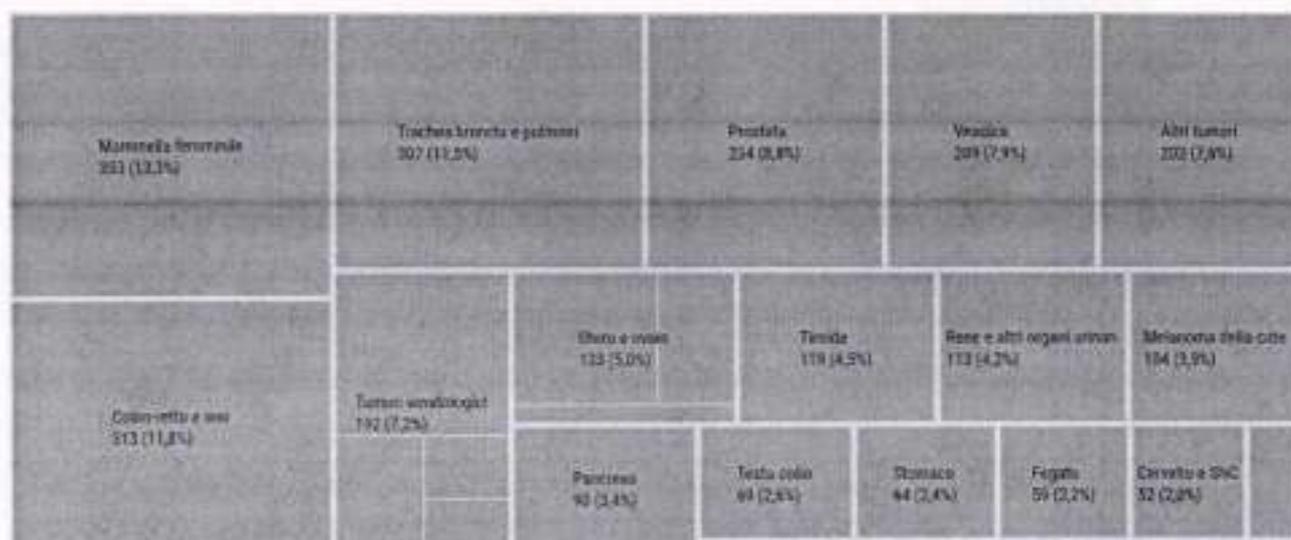


Figura 10. Frequenza di malattia prevalenza ASL Roma 5 – 2022



Figura 11. Tumori maligni incidenza ASL Roma 5 – 2022

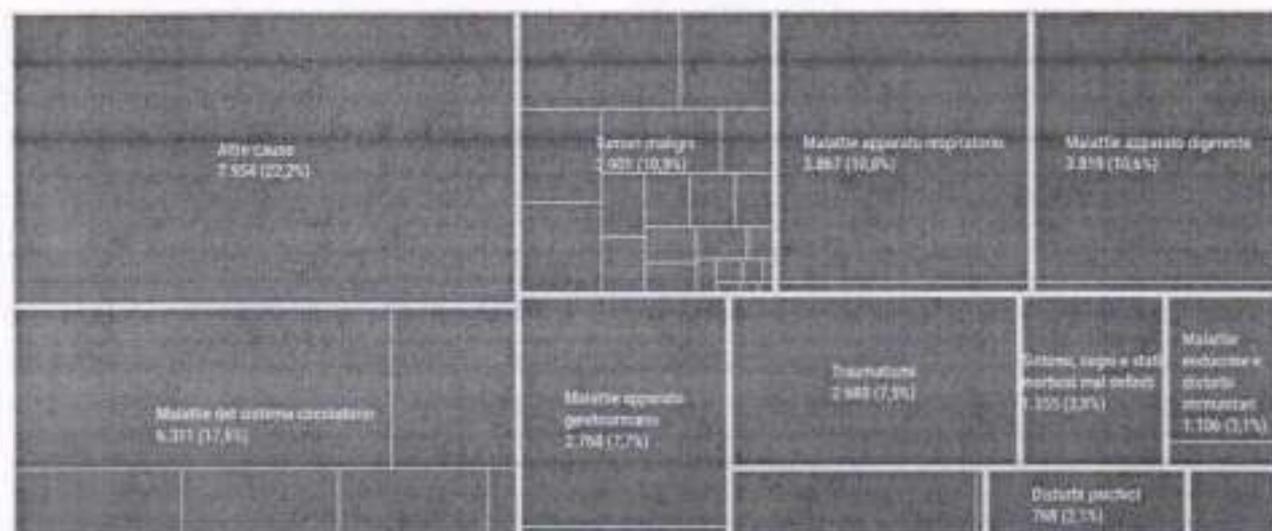
Tutti i tumori: 2.662 (100%)



Fonte: Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Figura 12. Cause di ricovero ASL Roma 5 – 2022

Tutte le cause di ricovero: 35.886 (100%)



Fonte: Sistemi Informativi Sanitari Lazio

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Le fondamenta della generazione di valore pubblico sono rappresentate dalla salute organizzativa e legate all'adeguamento dell'organizzazione alle strategie pianificate e all'innovazione delle metodologie del lavoro agile, intesa come l'insieme dei fattori che contraddistinguono il funzionamento della PA: il modello organizzativo, i processi organizzativi, il personale e il suo sviluppo.

L'orientamento al valore pubblico parte dall'analisi dei bisogni pubblici e dall'identificazione degli obiettivi di valore pubblico da declinare in strategie realizzative e in indicatori di impatto sottesi, migliorativi del benessere complessivo e multidimensionale (economico, sociale, ambientale e/o sanitario) di cittadini e stakeholder.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale (reclutando profili adeguati e fornendo competenze utili alle strategie pianificate).

La definizione del PIAO è anche un processo di rafforzamento della capacità amministrativa, un'operazione culturale che spinge le Amministrazioni a riflettere su se stesse, ad auto valutarsi individuando azioni di miglioramento funzionali alla produzione di valore pubblico.

La Asl Roma 5 ha il compito di promuovere, nel territorio di competenza ed in collaborazione con le altre realtà che a vario titolo partecipano al sistema del SSR e/o lo costituiscono, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito dall'Art.32 della Costituzione, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire alcuni obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

L'Azienda, in linea con le indicazioni della Regione Lazio, si trova al centro come protagonista della strategia di riequilibrio dell'offerta del sistema sanitario regionale.

Al centro dell'attività dell'Azienda si colloca la persona con i suoi bisogni di salute nei cui confronti si svolgono tutte le pratiche di medicina preventiva, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate al benessere bio-psicofisico, nella logica della presa in carico del paziente finalizzata ad una valutazione personalizzata delle condizioni di salute.

Considerati i complessi meccanismi che regolano l'ordinamento sociale, l'Azienda indirizza la propria attività in modo da colmare le iniquità nell'accesso e le disparità nell'offerta dei servizi, compensando in tal

modo tali differenze e raggiungendo la complessità della domanda di salute lì dove origina e garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In particolare l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5:

- applica protocolli di prevenzione, diagnostici, terapeutici e riabilitativi nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate;
- ricerca modalità di gestione della salute secondo programmi individuali per pazienti che necessitano di interventi preventivi, specialistici o di tipo riabilitativo;
- collabora con i cittadini affinché si possa trovare una risposta qualificata ai loro bisogni sanitari, anche nei casi in cui non possa intervenire direttamente;
- opera per mantenere o restituire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- sviluppa e modula i propri sistemi di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria a partire dall'analisi del bisogno sanitario locale, nel rispetto delle indicazioni regionali, dell'analisi delle attività e delle indicazioni dei cittadini e degli operatori sanitari;
- sviluppa i propri sistemi informativi anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio del cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie e sociali secondo la più concreta applicazione delle tecnologie elettroniche-informatiche: principio della trasparenza.

L'Azienda, in questi anni, ha posto molta attenzione al consolidamento degli strumenti gestionali già da tempo utilizzati cercando di potenziarli e inserirli in modo organico all'interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance:

- la valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali inclusi gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio e il processo di budget;
- l'esigenza di garantire una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo;
- utilizzo *interno* per orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell'organizzazione;
- utilizzo *esterno* per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche e dei risultati conseguiti (*accountability*).

Tali principi sono fondamentali e mutualmente sinergici, al fine di assicurare che il sistema di performance management possa efficacemente contribuire all'erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale.

La complessità del performance management sta proprio nel rendere tra loro coerenti i sistemi di programmazione e controllo con i sistemi di misurazione dei risultati e con i sistemi di retribuzione variabile del personale.

In questa sessione l'Azienda intende definire:

- le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale;
- l'elenco delle procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare;
- azioni finalizzate a favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;
- azioni di efficientamento energetico.

I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda, saranno esplicitati nella sottosezione performance del documento.

La macro-dimensione **dell'accessibilità** ricomprende tutte le attività che, anche grazie all'implementazione dei sistemi informativi, consentono di erogare servizi e di fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

Accessibilità digitale

La ASL per il triennio 2023-2025 si pone l'obiettivo di migliorare l'accessibilità digitale dei servizi offerti al cittadino sulla base delle indicazioni dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) - Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, in vigore dal 10/01/2020, in attuazione della Direttiva dell'Unione Europea 2016/2102, che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Accessibilità fisica

I servizi erogati a sportello sono caratterizzati da accessibilità, fruibilità ed efficacia a favore di tutti i soggetti senza discriminazione alcuna, con particolare attenzione agli aspetti inerenti all'identificazione della persona nel rispetto della vigente normativa, nonché alla possibilità che la persona possa esprimere autonomamente la propria volontà.

L'accessibilità fisica ai servizi sanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione generale e in particolare della popolazione anziana. Operare per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari rientra nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze. A tal fine, per rendere il più possibile agevoli e fruibili i servizi sanitari, i locali in cui vengono erogate le prestazioni sono raggiungibili attraverso ascensori e/o rampe di accesso.

Nel triennio 2024-2026, l'Azienda si pone l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi a tutti gli utenti.

Nella sottosezione performance sono stati declinati specifici obiettivi di accessibilità. Per ulteriori approfondimenti, si rimanda alla sottosezione del PIAO.

2.1.1. Procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare

In accordo con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dedicati alla Salute, la Regione ha programmato l'utilizzo dei fondi stanziati per il miglioramento e lo sviluppo tecnologico della sanità regionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 30.04.2021 ai sensi dell'art. 18 e seguenti del regolamento (UE) n. 241/2021 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12.02.2021, definisce un quadro di investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'UE.

Il PNRR prevede:

- nell'ambito della Missione 6-Salute componente M6C1 i seguenti investimenti:

- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);

- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1:

- Sub Investimento 1.1.1: Digitalizzazione DEA I e II Livello;
- Sub Investimento 1.1.2: Grandi Apparecchiature Sanitarie;

- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1. Ammodernamento del Parco tecnologico e Digitale Ospedaliero – Sub-investimento 1.1.1 –Digitalizzazione – Rafforzamento Strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D.L. 34/2020) di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale 671/2020;

- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR);

- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC).

La Regione Lazio, ha provveduto alla definizione dei Piani Regionali di pertinenza di Ciascuna Azienda con le seguenti Deliberazioni iniziali:

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1005 del 30.12.2021, trasmessa dalla Regione Lazio con nota prot. n. 4244 del 04.01.2022, nella quale si delineavano gli interventi inclusi nel PNRR e distinti in

CDC, COT e ODC (Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale Nazionale – Investimento 1.1, 1.2, 1.3);

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1006 del 30.12.2021, trasmessa dalla Regione Lazio con nota prot. n. 4297 del 04.01.2022, nella quale si delineavano gli interventi relativi alla sostituzione di grandi apparecchiature per la Nostra ASL (Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1 - Sub Investimento 1.1.2);
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1007 del 30.12.2021, trasmessa dalla Regione Lazio con nota prot. n. 4363 del 04.01.2022, nella quale si delineavano gli interventi di antisismica inseriti nel PNC (Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale- Investimento 1.2);
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 75 del 25.02.2022, trasmessa dalla Regione Lazio con nota prot. n. 246218 del 11.03.2022, nella quale si delineavano gli interventi di digitalizzazione (Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1- Sub Investimento 1.1.2).

La Nostra Azienda, al fine del conseguimento coerente e condiviso dei target e dei milestone, ha provveduto nell'immediato alla presa d'atto di tali Deliberazioni, procedendo contestualmente alla nomina dei propri RUP. Di seguito elenco degli atti:

- **Deliberazione n. 58, del 10.01.2022;**
- **Deliberazione n. 59 del 10.01.2022;**
- **Deliberazione n. 60 del 10.01.2022;**
- **Deliberazione n. 477 del 15.03.2022.**

Sono seguite le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 332 del 24.05.2022 recante "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2 – Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)";
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 581 del 19.07.2022 con la quale si procedeva ad assegnare le risorse finalizzate all'attuazione degli interventi previsti nel Piano Operativo della Regione Lazio di cui alla DGR 332/2022, rientranti nella Missione 6 Salute Componenti 1 e 2 a valere su fondi PNRR e PNC, alle Aziende Sanitarie del SSR;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 236 del 25.05.2023 recante "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2 – DGR 332 del 24/05/2022 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale", con la quale si procedeva, visti gli esiti positivi del

Nucleo Tecnico, ad approvare la prima rimodulazione del Piano Operativo della Regione Lazio per la Missione 6 Salute;

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 922 del 22.12.2023 recante "Approvazione del Programma per il cofinanziamento di alcuni interventi del PNRR/PNC, di cui alla DGR 236/2023, a valere sulle risorse ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67.";
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 930 del 22.12.2023 con la quale si approvava la rimodulazione del Piano Operativo Regionale, di cui alla DGR 236/2023, perfezionato secondo le indicazioni pervenute dall'Unità di Missione del Ministero della Salute, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale.

Ad oggi, gli interventi sono in corso e quanto esplicitamente richiesto dalla Regione e dagli Enti Sovraordinati è stato pedissequamente rispettato in termini di contenuti e di tempistiche. Pertanto si può asserire che la Nostra Azienda ha rispettato tutti i target e milestone ad oggi inerenti le progettualità PNRR.

Di seguito debito riscontro:

- Target del 31.12.2022: si rimanda alle note aziendali prot. Nn. 56454 del 28.12.2022 e 56484 del 28.12.2022 inviate all'Area Patrimonio e Tecnologie per il raggiungimento dei target inerenti alle COT e all'interconnessione;
- Target del 30.06.2023:
 - Target inerente alle COT: adempiuto come da Deliberazioni Aziendali nn. 1212, 1213 e 1214 del 27.06.2023 e nn. 1235, 1236, 1237 e 1255 del 28.06.2023;
 - Target inerente all'interconnessione: adempiuto come da Deliberazione Aziendale n. 1211 del 27.06.2023;
 - Target inerente alle CDC e ODC: adempiuto come da Deliberazione Aziendale n. 1254 del 28.06.2023;
- Target al 30.09.2023: si rimanda alla nota aziendale prot. N. 39571 del 03.10.2023 e alla Deliberazione aziendale n. 1784 del 02.10.2023 per la verifica dell'adempimento.

Lo stato attuale vede la realizzazione dei seguenti interventi:

- nell'ambito della Missione 6-Salute componente M6C1 i seguenti investimenti:
 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona: **realizzazione di n. 20 Case della Comunità per un finanziamento complessivo di € 15.041.618,49**;

- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina: realizzazione di n. 7 Centrali Operative Territoriali per un finanziamento complessivo di € 1.211.525,00 per lavori e di € 1.308.938,05 per interconnessione e device;
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità): realizzazione di n. 4 Ospedali di Comunità per un finanziamento complessivo di € 10.599.556,13;
- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1:
 - Sub Investimento 1.1.2: Grandi Apparecchiature Sanitarie: acquisizione delle seguenti tecnologie a sostituzione di analoghe tecnologie obsolete:

RILEVAZIONE NAZIONALE DEL FABBISOGNO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - PNRR

| | | |
|-------|--|---------|
| LAZIO | | ASL RM5 |
|-------|--|---------|

| Tipologie di apparecchiature richieste (<i>Large sanitary equipment</i>) | Q.tà complessiva RL | IMPORTO DA PNRR | Q.tà |
|--|---------------------|-----------------|---------------------|
| Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati | 24 | 530.000,00 € | 1 |
| Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 1,5 Tesla | 10 | 914.000,00 € | |
| Acceleratori lineari | 8 | 2.204.250,79 € | |
| Gamma Camera | 5 | 525.000,00 € | |
| Gamma Camera/CT | 6 | 793.000,00 € | |
| PET | 3 | 2.403.400,00 € | |
| TC | | | |
| Mammografi con tomosintesi | 27 | 274.500,00 € | |
| Totale | 83 | | 1 |
| | | | 530.000,00 € |

| Tipologia di angiografi richiesti (<i>Angiograph</i>) | Q.tà complessiva RL | IMPORTO DA PNRR | Q.tà |
|---|---------------------|-----------------|---------------------|
| Cardiologici | 14 | 608.000,00 € | 1 |
| Vascolari | 12 | 608.000,00 € | |
| Totale | 26 | | 1 |
| | | | 608.000,00 € |

| Tipologia di ecotomografi richiesti (<i>Ecotomographic devices</i>) | Q.tà complessiva RL | IMPORTO DA PNRR | Q.tà |
|---|---------------------|-----------------|---------------------|
| Multidisciplinari/Internistici | 44 | 82.000,00 € | 3 |
| Cardiologici | 26 | 82.000,00 € | |
| Cardiologici 3D | 28 | 82.000,00 € | 3 |
| Ginecologici 3D | 34 | 82.000,00 € | 3 |
| Totale | 132 | | 9 |
| | | | 738.000,00 € |

| Tipologia di apparecchiature di radiologia (<i>Fixed X-Ray System</i>) | Q.tà complessiva RL | IMPORTO DA PNRR | Q.tà |
|--|---------------------|-----------------|---------------------|
| Telecomandati digitali per esami di reparto | 39 | 247.700,00 € | 4 |
| Telecomandati digitali per esami di pronto soccorso | 16 | 247.700,00 € | |
| Totale | | | 4 |
| | | | 990.800,00 € |

ASL ROMA 5

| | | | |
|-----------------------------|--|--|-----------------------|
| RIPARTIZIONE RISORSE | | | 2.866.800,00 € |
|-----------------------------|--|--|-----------------------|

- nell'ambito della Missione 6-Salute con la componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC): finanziamento per n. 3 interventi insistenti sul PO di Palestrina e sul PO di Colferro per complessivi € 15.127.500,00.

In termini complessivi, il PNRR attuerà per la Nostra Azienda attività inerenti all'aggiornamento tecnologico attuato mediante l'installazione di nuove tecnologie.

L'utilizzo delle stesse si calerà nell'ottica di decentramento delle attività dalle Strutture Ospedaliere e nell'ottica di una maggiore attenzione al paziente. Questo è il presupposto principe che vede per l'appunto le COT (Centrali operative Territoriali) come portatrici di tale ruolo chiave.

Le COT mediante l'interconnessione tra di loro e tra le strutture in genere insistenti sul territorio e mediante l'utilizzo di device che consentano attività di telemedicina spinta, faranno sì che il paziente possa essere seguito, gestito all'interno di un razionale e congruo percorso che lo veicolerà attraverso le Case della

Comunità intese come centri di diagnosi e controllo verso esami a lui più vicini, senza alcun accesso, se non necessario, presso le strutture ospedaliere.

Si parla pertanto di un decentramento, ma in realtà l'attenzione al singolo segue un percorso più mirato e centrato. L'utilizzo di nuovi sistemi di telemedicina, teleconsulto e telediagnosi eviteranno lunghi spostamenti verso gli ospedali. La realizzazione di servizi domiciliari, di Case della Comunità più decentrate nei territori rurali, creeranno una rete capillare che porterà il concetto di sanità direttamente al domicilio del paziente stesso.

Nello specifico, per le CDC, ODC e Antisismica PNC sono in procinto le attività di progettazione esecutiva, affidata a operatore economico Invitalia in appalto integrato.

Per le COT sono in chiusura i cantieri presso le COT di Subiaco, Palestrina, Palombara Sabina e Tivoli.

In riferimento alle tecnologie ad oggi restano da collaudare e quindi installare solo n. 2 telecomandati (Palombara Sabina e Subiaco). Per le altre tecnologie si è proceduto al caricamento su Regis di tutti gli atti e alla rendicontazione all'Area Patrimonio e Tecnologie della Regione Lazio.

2.1.2. Pari opportunità e l'equilibrio di genere

Il legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo. Particolare rilievo assumono ai fini della realizzazione di una parità sostanziale 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".

Anche il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Inoltre, le integrazioni all'art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 sopracitato, hanno previsto 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 operanti in ogni amministrazione.

Nel corso del 2023, è stata aggiornata nel sito web la sezione dedicata al CUG e con la sua costituzione è stata richiesta l'adesione alla rete nazionale dei CUG.

La ASL Roma 5 si pone l'obiettivo di sensibilizzare le diverse articolazioni aziendali all'utilizzo di strumenti e azioni che possano favorire e migliorare il benessere all'interno dei luoghi di lavoro e conciliare le esigenze

lavorative e familiari come strumento di sviluppo economico e sociale all'interno dell'amministrazione medesima.

L'analisi dei dati del personale, contenuta nella relazione annuale presentata dal CUG secondo la Direttiva 2/2019, rappresenta uno strumento di indagine importante per eventuali proposte di azioni migliorative sul fronte dell'equilibrio di genere, nella prospettiva di riuscire a plasmare le attività istituzionali secondo l'ottica di genere (Bilancio di genere e sperimentazione del percorso sulla certificazione di genere).

Nel concorrere e partecipare attivamente ad azioni di prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione e di violenza morale e psicologica sul luogo di lavoro, all'attuazione dei principi di parità, pari opportunità e benessere organizzativo, il CUG si sta facendo promotore nel corso del 2024 della sperimentazione delle seguenti iniziative:

- l'avvio di uno Sportello di ascolto dedicato alla valutazione di situazioni individuali attenzionate per disuguaglianze e/o discriminazioni, al fine di promuovere il benessere organizzativo e l'equilibrio di genere;
- la proposta di istituzione della figura del Consigliere di Fiducia, esterno all'Azienda e dunque super partes, per facilitare i processi di valutazione di situazioni segnalate dal personale, supportando l'attività dello Sportello di Ascolto;
- la proposta di istituzione della figura del Disability Manager per agevolare l'inserimento nel lavoro di persone con disabilità certificata, proponendo progetti personalizzati di carattere formativo, organizzativo, tecnico e tecnologico e segnalando particolari situazioni di disagio e difficoltà nell'integrazione, quale funzione di supporto alla UOC Gestione del Personale, nei processi di pianificazione, reclutamento e gestione del personale;
- la formazione interna ai componenti del CUG riguardante il benessere organizzativo e iniziative divulgative e informative sull'attività del CUG a tutti i lavoratori;
- la valorizzazione nel sistema della performance aziendale della partecipazione dei componenti del CUG ai gruppi di lavoro e alle attività e iniziative promosse dal CUG.

In materia di lavoro agile nella P.A., infine, va rammentata 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 l'utilizzo dell'istituto del lavoro agile in fase emergenziale, quale misura di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori.

Per approfondimenti, si rinvia alla sezione Organizzazione e Capitale umano – Piano delle azioni positive e Lavoro Agile.

2.1.3. Efficientamento energetico

In riferimento all'efficientamento energetico, si rimanda al cardine del PNRR stesso e pertanto delle progettazioni prima e lavorazioni poi che lo caratterizzeranno.

Come previsto nel DNSH, ciascun intervento avrà come fine ultimo quello di classificarsi in una fascia energetica più alta rispetto quella di partenza.

Nelle FAQ al DNSH pubblicate sul sito italiadomani, si ribadisce che qualsiasi intervento dovrà tenere conto in particolare dei seguenti elementi:

1. Se l'investimento per la realizzazione di una "casa della comunità" o "ospedale della comunità" attiene ad una nuova costruzione, nel relativo progetto si dovrà prevedere che la domanda di energia primaria globale non rinnovabile dovrà essere inferiore al 20% della domanda di energia primaria non rinnovabile risultante dai requisiti NZEB (nearly zero-energy building).
2. Se l'investimento per la realizzazione di una "casa della comunità" o "ospedale della comunità" attiene ad una rifunionalizzazione di parte di una struttura esistente (ad esempio solo un piano) anche mediante demolizione/ricostruzione di porzioni di edificio, e non all'intero edificio, trovano applicazione le modalità di seguito descritte:
 - in caso di intervento che investa almeno il 25% della superficie disperdente dell'edificio si dovrà prevedere il rispetto delle norme sull'efficienza energetica degli edifici (Decreto interministeriale 26 giugno 2015), previste per le Ristrutturazione di 1° livello (Allegato 1, Cap. 3, par. 3.3) e per le Ristrutturazione di 2° livello (Allegato 1, Cap. 4, par. 4.2). Qualora non fosse possibile adottare quanto sopra, l'obiettivo dovrà essere una riduzione del 20% della domanda di energia primaria non rinnovabile. Tale processo sarà documentabile mediante un'APE ex ante ed ex post.
 - in caso di interventi inferiori al 25% il relativo progetto dovrà comunque prevedere tutti gli interventi possibili che contribuiscono all'efficientamento energetico, quali ad esempio:
 - aggiunta di isolamento ai componenti dell'involucro esistente, come pareti esterne (compresi i muri verdi), tetti (compresi i tetti verdi), solai, scantinati e piani terra (comprese le misure per garantire la tenuta all'aria, le misure per ridurre gli effetti dei ponti termici e delle impalcature) e prodotti per l'applicazione dell'isolamento all'involucro dell'edificio (compresi i dispositivi di fissaggio meccanico e l'adesivo);
 - sostituzione delle finestre esistenti con nuove finestre efficienti dal punto di vista energetico;
 - sostituzione delle porte esterne esistenti con nuove porte efficienti dal punto di vista energetico;
 - installazione e sostituzione di sorgenti luminose efficienti dal punto di vista energetico;

- o installazione, sostituzione, manutenzione e riparazione di impianti di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria e di riscaldamento dell'acqua, comprese le apparecchiature relative ai servizi di teleriscaldamento, con tecnologie ad alta efficienza;
- o installazione di dispositivi idraulici per cucine e sanitari a risparmio idrico ed energetico conformi alle specifiche tecniche di cui all'appendice E del presente allegato e, nel caso di soluzioni per docce,
- o docce con miscelatore, uscite doccia e rubinetti per doccia che hanno un flusso d'acqua massimo pari o inferiore a 6 litri/min attestato da un'etichetta esistente sul mercato dell'Unione.
- o i prodotti connessi all'energia (regolamento UE 2017/1369) dovranno riportare l'etichettatura delle classi superiori (A, B). Gli efficientamenti introdotti potranno essere descritti in una relazione che comprenda il Calcolo del risparmio di energia primaria secondo la metodologia ENEA o GSE, piuttosto che un'APE.

2.2 PERFORMANCE

Il presente paragrafo si riferisce alla sottosezione predisposta ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che impone alle Pubbliche Amministrazioni di redigere annualmente un documento programmatico triennale - denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio - con il quale sono individuati gli obiettivi strategici e operativi e sono definiti, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori della performance.

In questa sezione trova posto la programmazione degli obiettivi organizzativi e degli indicatori di performance dell'amministrazione.

In particolare, partendo dagli obiettivi di valore pubblico, anticorruzione, organizzazione e capitale umane esplicitati nelle specifiche sezioni del PIAO, in continuità con gli obiettivi programmati per l'annualità 2023, sulla base delle indicazioni della direzione strategica aziendale e di incontri programmati con la dirigenza di vertice, sono state individuate le macro-aree e sono stati declinati gli obiettivi di performance dell'Azienda per il triennio 2024-2026.

2.2.1. Sistema di misurazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati, introdotto dal **D.Lgs 150/2009**, recepito a livello regionale dalla **L.R. n.1/2011**, adottato dall'Azienda con deliberazione n. 397 del

4.5.2012 e aggiornato annualmente, costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo della 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 e la cui attuazione consente all'Azienda di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati organizzativi ed individuali, rendendone quindi conto ai propri portatori d'interesse.

Il documento, aggiornato entro il termine previsto del 31 gennaio 2024, è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente/Performance/sistema di misurazione e valutazione della performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.

La **performance** rappresenta infatti il contributo prestato da ciascuna équipe organizzata o singola professionalità dell'Azienda per il conseguimento delle finalità aziendali, quindi per la soddisfazione dei fabbisogni di salute per i quali l'organizzazione stessa è costituita. In considerazione sia dell'ampiezza che della profondità del concetto di "performance", l'Azienda programma, monitora, misura, valuta e porta a conoscenza i propri risultati, in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (azienda, macrostrutture/aree, unità operative, gruppi/linee di attività, singoli individui). Con l'attuazione di tale logica, l'Azienda è in grado di misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (*accountability*), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di responsabilizzazione ed orientamento delle proprie professionalità, dunque opportune politiche del personale.

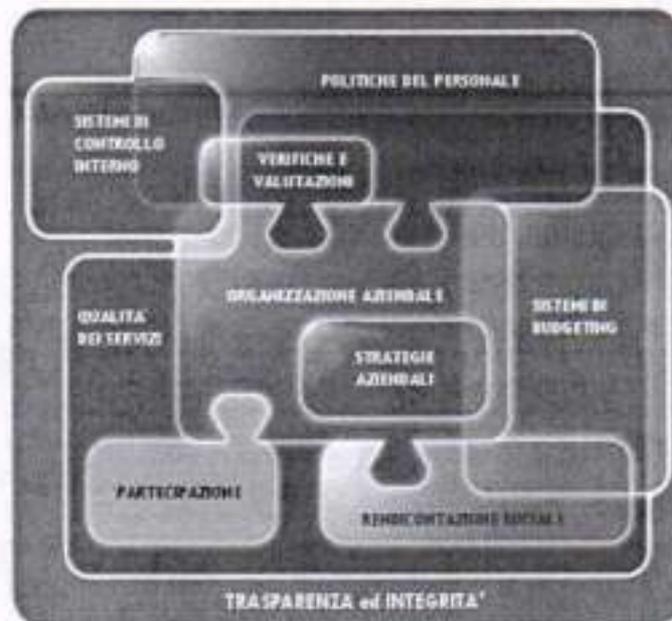
Il Sistema adottato dall'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, costituendo di fatto la sintesi dei contenuti aziendali di programmazione ed orientamento nel percorso di conseguimento della propria *mission*, in linea con la logica del c.d. "albero delle performance", prevede:

- la chiara individuazione delle strategie aziendali cui tutta l'organizzazione è chiamata a far riferimento;
- l'attuazione del ciclo annuale di gestione della performance, declinando le suddette strategie in obiettivi operativi ed individuando il puntuale coinvolgimento dei singoli Centri di Responsabilità aziendali (sistema di budgeting);
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità.

In considerazione delle suddette finalità e di quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, la ASL Roma 5 prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, elementi oggetto di sistematica valutazione secondo opportuni e trasparenti percorsi aziendali.

Fanno quindi riferimento al Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati i seguenti sottosistemi e funzioni, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale.



ORGANISMI E FUNZIONI:

- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).**
- **Struttura Tecnica Permanente (STP).**

SOTTOSISTEMI E DOCUMENTI CHE COMPONGONO IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **PIAO – sezione Performance.**
- **Sistema di gestione della Performance organizzativa (sistema di budgeting).**
- **Sistema di gestione della Performance individuale (correlato sistema di incentivazione del personale).**
- **Relazione annuale sulla prestazione e sui risultati.**

SISTEMI CORRELATI AL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **Sistema di valutazione permanente degli incarichi.**
- **PIAO – sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.**

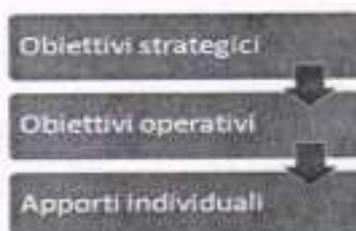
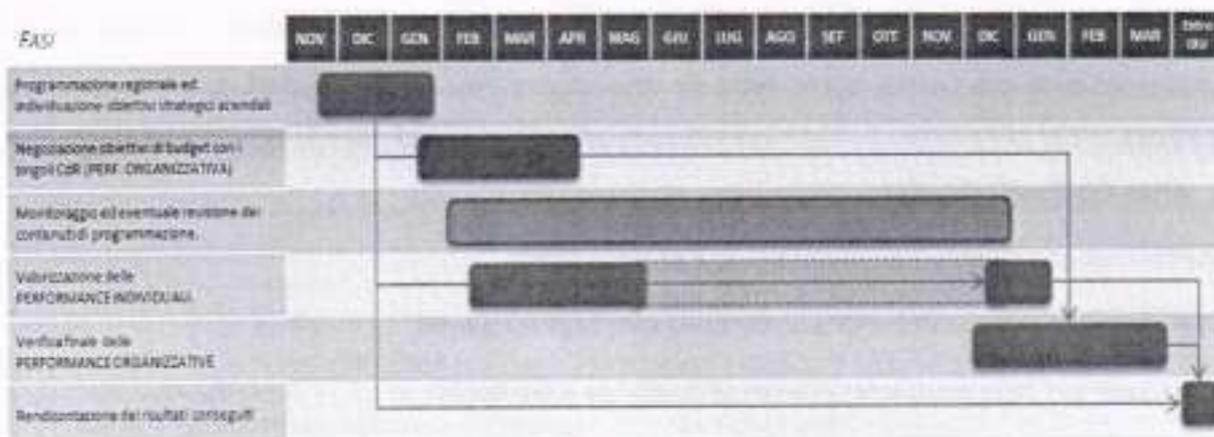
2.2.2. Ciclo di gestione della performance

Se il Sistema di gestione delle performance rappresenta la capacità della ASL Roma 5 di programmarsì e render conto della propria azione, l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misurazione e valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. ciclo di gestione delle performance, che prevede le seguenti fasi:



- **individuazione delle aree e degli obiettivi strategici** da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria *vision*, in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- **attivazione del processo annuale di budgeting**, con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, oltre all'allocazione delle risorse disponibili;
- **monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa**;
- **misurazione e valutazione delle performance conseguite nell'esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali**;
- **rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo**, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organismi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il timing annuale delle diverse fasi del Ciclo di gestione delle performance già attivato dalla ASL Roma 5, pur condizionabile da fattori "esterni" al governo aziendale, una volta messo a regime è rappresentabile nel seguente cronogramma.



Facendo riferimento alle diverse dimensioni della performance (strategica, organizzativa ed individuale), la ASL Roma 5 dà attuazione al proprio Ciclo di gestione delle performance facendo riferimento alla logica del c.d. "albero della performance".

Secondo tale impostazione, vengono chiaramente rappresentati i legami fra **gli obiettivi strategici**, **gli obiettivi a carattere operativo** ed i correlati **apporti individuali**, fornendo in tal modo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata dei risultati aziendali.

Gli ambiti di programmazione a carattere strategico, ovviamente, forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'Azienda, generalmente attraverso un coinvolgimento di tipo trasversale rispetto agli ambiti delineati dall'organigramma, quindi coinvolgendo diverse aree in forma integrata e necessariamente coordinata.

L'attuazione del Ciclo della performance attraverso tale logica, oltre a assicurare la Direzione strategica circa il confluire dei risultati organizzativi ed individuali verso il perseguimento delle proprie strategie, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

2.2.3. Gli obiettivi strategici

Al fine di garantire l'integrazione tra gli strumenti programmatori e, quindi, il collegamento tra *performance*, programmazione economico-finanziaria e di bilancio, processo di *budget*, processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e in generale alla prevenzione della corruzione, gli obiettivi e gli indicatori sono costruiti in modo tale da facilitare l'integrazione tra i diversi piani e la massimizzazione del raggiungimento delle loro finalità meglio declinate nella stesura degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

A) AREA GOVERNO CLINICO

- A1 - Miglioramento dell'accessibilità delle cure e presa in carico**
- A2 - Miglioramento della qualità dell'assistenza ed esiti degli interventi**
- A3 - Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale e territoriale**
- A4 - Miglioramento della qualità dei servizi alla persona**

B) AREA GOVERNO ECONOMICO

- B1 - Contenimento dei costi diretti e indiretti**

C) AREA GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

- C1 - Contributo alla riorganizzazione aziendale**
- C2 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini - anticorruzione e trasparenza**
- C3 - Miglioramento dell'accessibilità ai servizi**
- C4 - Ottimizzazione della produttività specifica e dell'innovazione tecnologica**
- C5 - Miglioramento della puntualità delle prestazioni**
- C6 - Pari opportunità e equilibrio di genere**
- C7 - Semplificazione, reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione, sanità digitale**
- C8 - Crescita e valorizzazione delle risorse umane**
- C9 - Potenziamento e qualificazione attività di prevenzione**

2.2.4. Performance organizzativa

Il sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa deriva logicamente i propri contenuti dalle linee strategiche direzionali e, in linea con quanto disposto dall'ANAC (ex CIVIT) con Delib. n. 89/2010, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, *input*, *output* ed *outcome*, verso i seguenti ambiti di valutazione dei risultati:

- attuazione delle politiche riferite alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli *standard* qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il Sistema, attraverso l'attuazione delle logiche di budgeting riferite ad ogni Centro di Responsabilità (CdR), mira a perseguire i livelli di efficienza ed efficacia sintetizzate nelle strategie aziendali, oltre a responsabilizzare, secondo opportuni livelli, il personale afferente ai diversi ambiti organizzativi.

Per la gestione del proprio sistema di budgeting la ASL Roma 5 ha come modello di riferimento la c.d. *"Balanced ScoreCard"* (BSC) in modalità adattata al contesto no-profit dell'organizzazione e finalizzata ad un miglioramento continuo dei processi. Con la BSC l'Azienda ha adottato una visione programmatoria multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di un'Azienda del servizio sanitario.

Il **processo annuale di budgeting** prende formalmente avvio con la trasmissione delle relative linee di indirizzo a tutti i Direttori di Dipartimento/UOC/UOSD da parte della Direzione strategica aziendale, contenuti verso cui dovrà convergere, in modo integrato, l'impegno operativo di tutta l'organizzazione (strutture e singole professionalità) nell'anno di riferimento.

La Direzione strategica ASL Roma 5 coinvolge tutti i Dirigenti titolari di struttura (CdR) nell'analisi della programmazione da sviluppare in considerazione del contesto e delle risorse effettivamente disponibili. In considerazione di tale passaggio, anche tutto il restante personale dell'Azienda è chiamato a far riferimento ad un'unica matrice organizzativa, all'interno della quale sono individuati gli specifici obiettivi operativi e i relativi indicatori di risultato.

In riferimento a ciascun CdR, sono previsti i seguenti documenti di budgeting:

- analisi di contesto (SWOT);

- report sulla numerosità e tipologia delle risorse umane e strumentali assegnate;
- report riferito ai dati storici di attività e di costo;
- indicazione degli obiettivi strategici di riferimento;
- scheda indicante gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori di risultato;
- piano operativo di budget;
- verbale di negoziazione.

Le schede di budget dei CdR, insieme a quelle riferite ai più complessivi obiettivi strategici, sono annualmente allegate al PIAO, sezione performance (**Allegato 1**).

Oltre alle debite operazioni di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in corso d'anno, a partire dal mese di dicembre l'Azienda attiva i percorsi di **verifica dei definitivi risultati di budget conseguiti nell'esercizio**. Le funzioni integrate della STP acquisiscono ed elaborano le informazioni derivanti dai flussi informativi aziendali, dalle relazioni annuali prodotte dai singoli CdR, oltre che dall'ulteriore documentazione utile ad esaminare le prestazioni conseguite dalle singole strutture nell'anno di riferimento.

L'istruttoria derivante da tale fase, ove opportuno può essere trasmessa ai rispettivi titolari di CdR, i quali hanno la possibilità di integrare i suddetti contenuti con debite osservazioni e puntualizzazioni.

Il percorso si conclude con la trasmissione dell'istruttoria così completata all'OIV, ai fini del perfezionamento delle verifiche di propria competenza.

Tenuto presente il Piano triennale delle prestazioni e dei risultati ed in considerazione delle performance annuali verificate, l'Azienda entro il mese di giugno predispone la **Relazione annuale della performance** riferita all'esercizio precedente, documento in cui vengono evidenziati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati, quindi il grado di conseguimento delle strategie pluriennali, oltre all'analisi delle opportunità e degli elementi di criticità evidenziatesi nell'esercizio.

La Relazione, analizzata e validata dall'OIV, viene quindi portata a conoscenza degli *stakeholders* aziendali nelle forme previste dalla ASL Roma 5 in termini di trasparenza; inoltre, impostata in tale forma, la Relazione annuale rappresenta il logico punto di riferimento per procedere ad eventuali aggiornamenti del Piano triennale della prestazione e dei risultati.

2.2.5. Performance individuale

Sempre in linea con il modello dell'albero della performance, la programmazione e verifica della performance individuale è necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo organizzato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. A tal proposito la ASL Roma 5, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, ha disciplinato in appositi

protocolli applicativi la metodologia di analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali.

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

A partire, quindi, dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri direttori di CdR, nonché alle Posizioni Organizzative ed alle Funzioni di Coordinamento del Comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori. In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, vengono individuati e condivisi i criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile del livello di apporto individuale in una scala a cinque livelli.

Al termine dell'esercizio il relativo responsabile è chiamato a compilare le schede di valorizzazione individuale con il coinvolgimento del personale interessato, per poi trasmettere le stesse agli uffici amministrativi per i successivi adempimenti legati al calcolo degli incentivi.

Alla luce della complessità del modello organizzativo aziendale, nel calcolo degli incentivi sono tenuti in debita considerazione anche i diversi livelli di responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi.

Il sistema di calcolo è inoltre impostato secondo un'analisi di tipo multidimensionale, che tiene in considerazione i diversi elementi d'analisi in chiave moltiplicativa, quindi riuscendo a valorizzare il merito individuale sia in base alla quantità del servizio prestato, che in considerazione della qualità dei suoi contenuti.

2.3 PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il PIAO, sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza, è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente con l'obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, di individuare le aree di attività maggiormente esposte a tale tipo di rischio, a partire dalle attività che la legge n. 190/2012 già considera come tali (quelle previste dall'art.1, comma 16, lettere a),b),c) e d) e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso PIAO, sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell'azienda, sono:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Alla individuazione ed attuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione, concorrono pertanto i Dirigenti e tutto il personale, con il Responsabile della prevenzione della corruzione e i Referenti anticorruzione delle macro-aree.

In dettaglio, il Piano della prevenzione della corruzione risponde alle seguenti esigenze:

- individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16 della legge 190/2012, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- definizione delle procedure per l'effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio;
- definire le modalità di monitoraggio, del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- rilevazione e adozione delle misure di contrasto rispetto a rischi identificati quali:
 - introduzione/sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire e consentire l'emersione della corruzione;
 - meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
 - valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
 - effettiva attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
 - obblighi di informazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

- definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e 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 dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- adozione di misure che garantiscano:
- il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L. 190/2012;
- l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
- la diffusione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, commi 49 e 50 L. 190/2012, e comma 16-ter dell'articolo 53 D. Lgs. 165/2001 come modificato, regole definite ulteriormente con il D. Lgs. 39 dell'8 aprile 2013;
- la diffusione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, come modificate dal comma 42 L.190/2012;
- la verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinata dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", ivi comprese l'adozione del Piano della Trasparenza (come articolazione dello stesso Piano triennale anticorruzione), l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
- la realizzazione, anche in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al Responsabile anticorruzione dell'amministrazione, ai dirigenti amministrativi competenti e ai dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano della Performance;
- la definizione delle modalità delle forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione, sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

Le misure di gestione del rischio previste ai fini della prevenzione e del contrasto della corruzione e dell'illegalità e della promozione dell'integrità, sia quelle obbligatorie per legge, specifiche e trasversali (trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e inconferibilità, ecc), sia quelle ulteriori individuate

in relazione ai rischi specifici, vengono recepite nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale e negli aggiornamenti annuale della sezione Performance.

Le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2023-2025 si pongono in continuità con quelle previste nelle precedenti Programmazioni e rispondono all'esigenza di proseguire nel percorso di miglioramento delle azioni per il raggiungimento delle performance.

Coordinamento con il ciclo della performance

Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance attraverso un ciclo della performance integrato che comprenda gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza, al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione attraverso un coordinamento con:

- La sezione PIAO "Performance" e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009);
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009);
- La Programmazione della trasparenza.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nella sezione Performance. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione della Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza in quanto le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 e che, conseguentemente e coerentemente, l'Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che sulla base delle eventuali criticità emerse all'esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nella sezione Performance nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà

evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Tale Relazione deve essere trasmessa al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, al quale compete:

- effettuare un'analisi per individuare le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare, anche su proposta dei Referenti e dei Responsabili di struttura, eventuali azioni correttive, sia con riferimento alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori;
- inserire eventuali azioni correttive nell'ambito delle misure di implementazione/ miglioramento del Piano.

Soggetti e compiti

Il responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D. Lgs 97/2016 e dagli ultimi PNA ANAC.

La nuova disciplina è volta ad unificare in capo ad un unico soggetto l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonee a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività.

Con deliberazione n. 761 del 12 settembre 2018, continuando ad attuare le nuove disposizioni normative, la ASL Roma 5 ha provveduto a formalizzare con apposito atto l'integrazione dei compiti di responsabile anticorruzione con quelli in materia di trasparenza in un unico soggetto, la Dott.ssa Stefania Salvati, tenuto conto:

- dell'adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione;
- della necessaria autonomia valutativa;
- della posizione che non presenti conflitto di interessi;
- e scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva. Infatti, il RPCT deve essere una persona che abbia sempre mantenuto una condotta integerrima, escludendo coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziari di condanna o provvedimenti disciplinari.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate con l'art. 41 c.1 lett. f) dal D.lgs. 97 /2016 è quello di garantire:

- Posizione di indipendenza e di autonomia dall'organo di indirizzo, attraverso modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuite funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;

- Supporto conoscitivo ed operativo al RPCT. La normativa prevede dunque che sia auspicabile che il RPCT sia dotato di struttura organizzativa di supporto adeguata, di poteri effettivi di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura sia nella fase di predisposizione del piano sia nella fase di controllo.
- Poteri di interlocuzione e controllo.

Il referente per la corruzione ed il raccordo con gli altri organi e figure presenti nell'amministrazione.

La complessità dell'organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza di Referenti individuati nelle diverse strutture nelle quali è articolata l'Azienda nominati con deliberazione del Direttore Generale su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (deliberazione n. 383 del 28 aprile 2017) in fase di modifica ed integrazione.

L'azione dei referenti è subordinata alle indicazioni ed istruzioni del responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

Lo svolgimento del ruolo d'impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione richiede che:

- L'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- Le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo ed obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del responsabile della Prevenzione e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

La complessità dell'organizzazione aziendale fa ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della Prevenzione della corruzione di Referenti individuati nelle diverse aree di rischio.

A detti referenti è stato attribuito il compito di garantire il raccordo necessario alla creazione di un'efficace meccanismo di comunicazione/informazione, per il proficuo esercizio della funzione di prevenzione della corruzione.

L'azione dei referenti è subordinata alle indicazioni ed istruzioni del responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

Ai referenti compete, in particolare:

- Cooperare alla gestione del rischio;

- Assicurare un efficace flusso informativo tra il Responsabile anticorruzione e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- Verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- Formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- Vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- Cooperare con il responsabile ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- Cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- Svolgere un costante monitoraggio sull'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

I Dirigenti

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo ed obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del responsabile della Prevenzione e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

I dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti.

In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità.

I dirigenti esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e funzioni:

- Svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione, dei referenti e dell'autorità giudiziaria;
- Partecipano al processo di prevenzione e gestione del rischio di corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- Propongono misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e di illegalità e ne controllano il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti;
- Osservano e vigilano sull'osservanza, da parte del personale assegnato alla struttura di rispettiva pertinenza, delle norme dei Codici di Comportamento generale ed aziendale e delle misure del presente Piano, rilevano e comunicano tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ed all'UPD eventuali violazioni;
- Provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti e, nell'ipotesi di violazioni integranti fattispecie di natura corruttiva, adottano i conseguenti provvedimenti gestionali di competenza, quali l'esercizio dell'azione disciplinare e l'adozione degli atti preordinati all'applicazione delle misure della sospensione e della rotazione;
- I dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un referente interno con il compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Gli Organismi Indipendenti di Valutazione rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle Pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D.lgs. 150/2009.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel D.lgs. 33/2013.

Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento.

Esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento Aziendale ed assicura il coordinamento tra i contenuti del codice ed il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del codice, riferendone nella relazione annuale.

Gruppo di lavoro multidisciplinare

E' stato ottemperato con deliberazione n. 174 del 3 marzo 2017 alle disposizioni del Piano 2017-2019 che prevedeva "entro tre mesi dall'approvazione del PTACT il RPCT delibera la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da personale interno con differente qualificazione professionale ed esperienza di servizio presso le diverse strutture afferenti alle aree di rischio con il compito di collaborare con il medesimo RPCT nella rilevazione dei processi afferenti alle attività e soprattutto nella diffusione delle tematiche dell'etica e della legalità".

La formazione è risultata prioritaria poiché lo sviluppo e la realizzazione di una politica di contrasto del rischio di corruzione è il risultato di un'azione osmotica e sinergica dei soggetti che operano nell'ambito del processo di prevenzione, a diverso titolo, e l'efficacia dell'apporto e dei contributi forniti dagli stessi presuppone la conoscenza e la condivisione delle tecniche e degli strumenti di prevenzione.

RASA

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e ad indicarne il nome all'interno del PTPC.

Attualmente il soggetto responsabile è Dirigente UOC Appalti e Contratti.

Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo, consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo, sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Comitato di audit

Considerato che il PNA stabilisce che il PTPC "è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi", e tenuto conto che il presente Piano risponde alle seguenti esigenze:

- Individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- Prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- Monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

- Individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge.

Con deliberazione n.924 del 22 novembre 2016 è stata approvata la "Procedura per la gestione delle attività di auditing interno" con l'istituzione del Comitato di audit, in fase di modifica ed integrazione.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001, relativo alle misure per evitare potenziali conflitti di interesse e fenomeni di corruzione, vengono adottate le seguenti misure:

- nei contratti di assunzione del personale dovrà essere 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 cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, dovrà essere inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- i soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16, D. Lgs. 165/2001.

Patti di Integrità negli affidamenti

Questa misura consiste nella redazione di un documento (c.d. patto di integrità o protocolli di legalità) che il soggetto appaltante richiede di rispettare in maniera puntuale ai concorrenti alle gare al fine di assicurare un controllo sul reciproco operato e, eventualmente, il ricorso all'adozione di sanzioni nel caso in cui alcuni dei principi o delle richieste in esso stabilite non vengono rispettate.

Questi atti contengono infatti un complesso di regole comportamentali volte a prevenire il fenomeno corruttivo e, allo stesso tempo, valorizzare i comportamenti adeguati per tutti i concorrenti.

Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio

L'attività di Risk Assessment e quindi di valutazione dei rischi si basa essenzialmente sull'analisi dei fattori, sia interni sia esterni all'Azienda, che possono impedire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, e sulla stima dell'impatto economico del mancato raggiungimento degli stessi.

Tale analisi, improntata sull'auto-valutazione dei rischi da parte del responsabile del processo esaminato, mira ad introdurre accorgimenti utili alla gestione dei rischi, ossia strategie, politiche, operazioni che, pur non eliminando completamente l'incertezza, sono in grado di contenerla.

L'interconnessione esistente tra i rischi ed obiettivi aziendali sposta il focus dell'analisi sul procedimento di determinazione degli obiettivi aziendali sia a livello globale di azienda sia a livello più specifico di singole attività.

Una volta individuati e classificati i diversi elementi di rischio il processo di risk assessment si conclude attribuendo agli stessi un peso che ne misuri la rilevanza per l'impatto sulle strategie e politiche aziendali, ottenendo una classificazione delle minacce incombenti sull'attività e fornendo con immediatezza un quadro di riferimento per la pianificazione degli interventi di audit.

Il Risk Assessment è quindi una metodologia strutturata di autovalutazione del rischio aziendale da parte del management e si articola nelle seguenti fasi operative:

- Mappare i processi principali;
- Rilevare gli obiettivi dei processi attribuiti ai responsabili, e le relative attività necessarie per conseguirli;
- Identificare i possibili rischi, e relative cause, che verificandosi limitano il raggiungimento degli obiettivi;
- Quantificare la rilevanza del rischio e valutare il sistema di controllo post a presidio;
- Individuare ed implementare idonee strategie di controllo, azioni a presidio dei rischi non controllati o parzialmente controllati (Action Plan).

Come già riportato in premessa si precisa che la nuova mappatura verrà progressivamente organizzata con l'attivazione del nuovo Atto Aziendale attraverso l'approccio valutativo, di tipo qualitativo che sarà applicato in modo graduale con l'attivazione delle strutture.

Di seguito le aree a rischio individuate:

- Acquisizione e gestione del personale
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato (es. autorizzazioni e concessioni, etc.)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (es. erogazione contributi, etc.)
- Contratti pubblici
- Programmazione
- Contratti pubblici
- Progettazione della gara
- Contratti pubblici - Selezione del contraente
- Contratti pubblici - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
- Esecuzione

- Rendicontazione
- Incarichi e nomine
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Affari legali e contenzioso
- A queste aree di rischio (obbligatorie per l'ANAC), si ne aggiungono altre, specifiche per le Aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale:
- Attività libero professionale
- Liste di attesa
- Rapporti con soggetti erogatori
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Misure per la riduzione del rischio

Le misure di riduzione del rischio variano a seconda del contesto nelle quali operano:

- Nelle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001, l'Azienda prevede la presenza nei contratti di assunzione del personale della clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Stante quanto detto, le conseguenze sono le seguenti:

- l'esclusione dalle procedure di affidamento dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti di cui sopra;
- la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con

l'Azienda per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti;

- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

La UOC Gestione del Personale espleta un controllo del 100% sulle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti, nonché richiede ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui ai capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.

La funzione di controllo fa parte dell'attività ordinaria dell'Azienda tesa ad assicurare che i servizi siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico. Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge, es. controllo del collegio sindacale, controllo ufficio ispettivo e disciplinare, controllo sugli atti, controllo strategico e controllo di qualità, l'Azienda prevede altre metodologie di controlli, che dovranno cercare di integrarsi e di cogliere l'elemento della sostanzialità degli stessi:

- Controlli interni
- Il coordinamento dell'attuazione dei controlli interni è affidata ad una unica struttura aziendale.
- I principali sono:
 - personale dipendente
 - personale convenzionato
 - libera professione
 - economico-finanziaria
 - ricerca
 - sicurezza dati e privacy
- Controlli sulle strutture convenzionate ospedaliere e specialistiche, sia di tipo clinico che amministrativo;
- Controlli sull'esecuzione dei contratti.
- Attività di vigilanza esterna
- Dipartimento di Prevenzione
- Una delle misure di prevenzione del rischio di corruzione riguarda il monitoraggio dell'attività di controllo posta già in essere dai servizi aziendali.

Ogni dirigente ha la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate. Il dirigente è inoltre sollecitato a segnalare forme di controllo e

verifica che possono essere attuate a livello aziendale, essendo i controlli fra le attività più importanti dell'incarico dirigenziale che acquisiscono maggior rilevanza quanto più alto è il grado ricoperto.

In vista della responsabilità del controllo è la messa in atto di azioni conseguenti per il superamento di situazioni riscontrate non conformi.

Formazione dei dipendenti

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 6 novembre 2012, n. 190 (art. 1, co. 9, lett. b) e c). Ne discende che la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente nell'ambito del PTPCT.

La legge 190 del 2012, all'art. 1, co. 9, lett. b) e c), stabilisce che la formazione in materia di anticorruzione e trasparenza deve essere rivolta innanzitutto ai dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. L'amministrazione è quindi tenuta, per legge, a programmare una formazione specifica e mirata per il RPCT, i dirigenti e tutto il personale operante nelle aree di rischio, sulla base del PTPCT adottato. Ciò non toglie che anche il resto del personale sia progressivamente coinvolto in questo tipo di formazione.

È auspicabile che l'amministrazione preveda anche una formazione di tipo generale, rivolta a tutti i dipendenti, mirata all'aggiornamento delle competenze e dei comportamenti in materia di etica e della legalità. L'ideale sarebbe definire iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono e in relazione alle aree, di rischio o meno, in cui operano.

Gli interventi formativi sono basati su casi concreti e finalizzati a fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare i casi critici e i problemi etici che possono incontrare in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi così come situazioni lavorative problematiche che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione. L'esame di casi concreti, infatti, calati nel contesto dell'Azienda, favorisce la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione.

L'Azienda, inoltre, può stipulare accordi per favorire un unico programma di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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 del Codice di Comportamento e creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici indicati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

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

La formazione prevista dalla normativa anticorruzione è articolata su due livelli essenziali:

- Un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità;
- Un livello specifico rivolto al Responsabile anticorruzione ed ai Dirigenti addetti alle aree a rischio.

Una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- L'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa", ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- La conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- La creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- La creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- La creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- L'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio a ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate. Ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogenizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- La diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- Evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- La diffusione dei valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Formazione programmata 2024-2026

Per il triennio 2024-2026 sono programmati una serie di corsi rivolti ai responsabili delle aree a rischio e ai referenti.

Inoltre sono programmate interviste "training on the job" sull'anticorruzione, anche al fine di approfondire il nuovo metodo qualitativo richiesto da ANAC per la mappatura dei processi, con lo scopo di formare il maggior numero di attori da coinvolgere nella mappatura, così da diffondere il più possibile i valori di etica e legalità all'interno dell'organizzazione.

Rotazione dei dipendenti

Nell'ambito del Piano Nazionale Anticorruzione la rotazione "ordinaria" del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzioni. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

Essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e come tale va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto non sia possibile utilizzare una rotazione come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute ad operare scelte organizzative, nonché adottare misure con effetti analoghi, quale a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori evitando così l'isolamento di talune mansioni.

In attesa di specifiche indicazioni che saranno eventualmente emanate in seguito, l'Azienda, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione prevedendo che nei settori più esposti a rischi di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso. Inoltre, il D.lgs. 165/01 prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio procedimenti penali disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Con deliberazione n. 294 del 16 Aprile 2015 avente ad oggetto: "Rotazione del personale dirigente e funzionario della Asl Roma 5 ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n.190 e s.m.i.", con deliberazione n. 757 del 22.09.2015, parzialmente modificata con la rimodulazione degli incarichi dirigenziali con la deliberazione n. 60 del 31.01.2017 al fine di evitare di consolidarsi di pericolose posizioni "di privilegio" nella gestione diretta di attività a rischio, correlate alla circostanza che lo stesso soggetto si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimenti o si relazioni sempre con gli stessi utenti, si è fatto ricorso al criterio della rotazione del personale responsabile di talune strutture sanitarie ed amministrative, pur assicurando il mantenimento delle necessarie competenze delle strutture aziendali nonché continuità e coerenza degli indirizzi tecnico-amministrativi.

Ai fini dell'applicazione della misura in esame si deve però tenere conto che l'Amministrazione ha, in fase di adozione, il nuovo atto aziendale, la cui attivazione comporterà una nuova riorganizzazione delle competenze che modificheranno l'attuale ripartizione delle attribuzioni relative alla gestione delle attività a rischio, nonché del personale addetto.

In particolare, con deliberazione n. 1112 del 9.9.2020 avente ad oggetto "attuazione atto aziendale pubblicato su DCA 354 del 07/08/2019 e 442 del 08/10/2019- ricollocazione volontaria dei dirigenti PTA con incarico di struttura complessa- conferimento incarichi" sono stati affidati i nuovi incarichi.

La rotazione avviene in base ai criteri definiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che fissa anche le misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi normativi in capo ai dirigenti ed ai funzionari pubblici, tenendo conto altresì degli specifici profili professionali dei dirigenti e dei funzionari, dei curricula e delle esperienze professionali maturate.

La Rotazione del personale deve avvenire secondo i seguenti criteri:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, che la durata degli incarichi deve essere fissata al limite minimo legale;
- per il personale non dirigenziale, che la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;

- per il personale dirigenziale, che alla scadenza dell'incarico, la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente;
- che, nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione applichi la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento.

L'istituto della rotazione straordinaria è misura di prevenzione della corruzione ed assume carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi e solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione ordinaria del personale.

Tutela del dipendente che segnala illeciti

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, 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.

Le segnalazioni saranno valutate dal superiore gerarchico e, qualora questi ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, procederà secondo la normativa vigente.

Nel caso in cui il responsabile per la prevenzione della corruzione, nell'esercizio delle funzioni attribuite con il presente piano, venga a conoscenza di fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare, dovrà darne informazione al superiore gerarchico dell'ufficio/servizio/UO/Dipartimento nel quale presta servizio il o i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non potrà essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione e l'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione.

Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'inculpato.

Con le linee guida contenute in un documento oggetto di consultazione sul sito, l'ANAC intende promuovere l'applicazione di adeguati sistemi di whistleblowing presso tutte le pubbliche amministrazioni, individuando, al contempo, criteri idonei per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti di cui viene a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro.

A tal proposito, si rappresenta che l'Azienda, in ottemperanza al dettato normativo, ha messo a disposizione per le segnalazioni interne una procedura crittografata tramite la piattaforma informatica denominata whistleblowingPA. Il fornitore, attraverso la sottoscrizione di specifico accordo in merito al

trattamento dei dati personali, garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, dei soggetti coinvolti o comunque menzionati nella segnalazione, del contenuto della stessa e della relativa documentazione. La segnalazione attraverso la piattaforma informatica può essere effettuata dall'interno, tramite qualsiasi dispositivo digitale aziendale, oppure con propria strumentazione informatica anche dall'esterno, accedendo al sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente, oppure accedendo al seguente link: <https://aslroma5.whistleblowing.it/#/>.

Tutte le opzioni seguite per accedere alla procedura di segnalazione tramite piattaforma informatica, condurranno al sito di Amministrazione Trasparente dell'ASL RM5, al link <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/>, ove sarà possibile prendere preventivamente visione: della disciplina, delle modalità di segnalazione e dell'informativa sulla gestione e trattamento dati.

La segnalazione tramite piattaforma digitale è possibile cliccando sul link in evidenza, attraverso il quale si accede alla seguente pagina.

Al termine del percorso di segnalazione verrà visualizzato un codice che potrà vedere solamente il segnalante. Il codice fornito permetterà al segnalante di rientrare nella segnalazione e dialogare con il Responsabile per la prevenzione della trasparenza e della corruzione, nonché di allegare ulteriori documenti.

La tutela della riservatezza e anonimato sono garantite dall'Azienda e dal fornitore in base ai rapporti contrattuali in essere e secondo l'art. 28 GDPR quale responsabile del trattamento dei dati personali.

Considerato, poi, che l'istituto in questione è stato introdotto solo recentemente nel panorama normativo italiano, l'A.N.AC. si propone di svolgere un ruolo guida nell'individuazione dei migliori sistemi di gestione delle segnalazioni, anche attraverso la descrizione delle procedure di cui l'Autorità stessa si sta dotando per la valutazione tanto delle segnalazioni provenienti dall'esterno quanto di quelle provenienti dall'interno.

La ricordata disciplina è poi stata integrata dal D.L. 24 giugno 2014, n. 90 (Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari), convertito nella legge 114/2014, che ha modificato con l'art.31 il testo dell'art.54-bis introducendo l'ANAC quale "soggetto destinatario delle segnalazioni".

Per quanto riguarda la definizione della nozione di "dipendente pubblico che segnala illeciti", occorre rifarsi alla ratio della norma, che è quella di evitare che il dipendente, venuto a conoscenza delle condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, ometta di segnalare per timore di subire conseguenze pregiudizievoli.

Per questa ragione, l'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001 impone all'amministrazione che tratta la segnalazione di assicurare la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona. Ciò, tuttavia, non vuol dire che le segnalazioni siano anonime, il dipendente che segnala illeciti è tenuto a dichiarare la propria identità.

L'art 54-bis del D.lgs. 165/2001 prevede inoltre che il dipendente pubblico possa segnalare le "condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro".

Ad avviso dell'ANAC, le condotte illecite oggetto di segnalazioni meritevoli di tutela comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché i fatti in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Le tipologie di condotte che possono essere oggetto di segnalazione sono quindi più ampie delle ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari (art. 318, 319, 319 ter c.p.) ed includono anche situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni in cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza "in ragione del rapporto di lavoro", ossia a causa o in occasione di esso.

In caso di trasferimento, comando o distacco, o situazioni analoghe, del dipendente presso altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione.

Non sono meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci.

Procedura Relativa alla tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che segnala

Il procedimento per la gestione delle segnalazioni ha come scopo precipuo quello di proteggere la riservatezza dell'identità del segnalante, del segnalato e dei cd. "facilitatori" in ogni fase, anche nei rapporti con i terzi cui l'Amministrazione dovesse rivolgersi per le verifiche o per le iniziative conseguenti alla segnalazione.

L'art. 54-bis del D.lgs. 165/2001 prevede, infatti, che nell'ambito del procedimento disciplinare eventualmente avviato nei confronti del soggetto cui si riferiscono i fatti oggetto della segnalazione, l'identità del segnalante non possa essere rilevata "senza il suo consenso", sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata su accertamenti distinti ed ulteriori rispetto alla segnalazione. Solo se la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione l'identità può essere rivelata, ove la sua conoscenza sia "assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato".

Per evitare che il dipendente ometta di segnalare illeciti per il timore di subire misure discriminatorie, occorre che, ai fini di un'efficace gestione delle segnalazioni, l'Amministrazione si doti di un sistema che si compone di una parte organizzativa e di una parte tecnologica, tra loro interconnesse:

- La parte organizzativa riguarda principalmente le politiche di tutela della riservatezza del segnalante.
- La parte tecnologica riguarda il sistema applicativo per la gestione delle segnalazioni: flusso informativo del processo con attori, ruoli e responsabilità necessari al suo funzionamento.

Per tutelare il dipendente che segnala illeciti e garantire quindi l'efficacia del processo di segnalazione il sistema di gestione delle segnalazioni deve essere capace di:

- gestire le segnalazioni in modo trasparente attraverso un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
- tutelare la riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione;
- tutelare il soggetto che gestisce le segnalazioni da pressioni e discriminazioni, dirette ed indirette;
- tutelare la riservatezza del contenuto delle segnalazioni;
- fornire una risposta, su richiesta del segnalante, solo alla scadenza dei termini previsti per la conclusione dell'istruttoria o consentire a quest'ultimo, attraverso appositi strumenti informatici, di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

Schema della procedura proposta per la gestione delle segnalazioni

Con Deliberazione n. 60 del 10.01.2024 (Allegato 2), l'Azienda ha approvato il Regolamento per la protezione delle persone che segnalano condotte illecite in violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea (c.d. WHISTLEBLOWING)", aggiornato ai sensi del D.lgs. n. 241/2023.

Incompatibilità ed inconferibilità

Il Consiglio dell'ANAC, preso atto che dopo l'emanazione della delibera n. 58 del 2013 alcune amministrazioni hanno formulato osservazioni e posto all'Autorità ulteriori quesiti relativi all'applicazione del decreto legislativo 8 aprile 2014, n. 39 nel settore sanitario, considerato che con l'interpretazione formulata dall'Autorità con la citata delibera n. 58/2013, sono diventate destinatarie delle norme in materia di inconferibilità/incompatibilità delle figure professionali diverse da quelle apicali, che seppur oggetto di potenziali ed effettivi conflitti d'interesse, non sono state individuate dal legislatore, né nella legge delega, né nei decreti attuativi e che risulta certamente complesso l'accertamento delle situazioni di incompatibilità/inconferibilità basato sull'analisi di piani aziendali e regolamenti che sono diversi per ogni realtà aziendale sanitaria, vista anche la sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato secondo la quale, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190, deve ritenersi che non sussista incompatibilità tra la qualifica di dirigente medico di una ASL e la carica di consigliere comunale, ha ritenuto necessario adottare una nuova delibera interamente sostitutiva della delibera n. 58 del 2013, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi.

Con la Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, avente come oggetto: "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" l'ANAC ha proceduto all'individuazione delle strutture sanitarie alle quali si applica il d.lgs. 39/2013.

La prima questione, tenuto conto che il decreto fa riferimento soltanto alle aziende sanitarie locali, ha ad oggetto l'applicazione delle norme del d.lgs. 39/2013 anche alle aziende ospedaliere, agli istituti di ricerca e di ricovero e assistenza.

L'Autorità ritiene applicabile il d.lgs. 39/2013 a tutte le strutture del servizio sanitario che erogano attività assistenziali volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

Si ritiene, pertanto, che, nell'espressione "Aziende Sanitarie Locali", si intendono ricomprese tutte le strutture preposte all'organizzazione e all'erogazione di servizi sanitari, incluse anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

È prassi la richiesta della compilazione della dichiarazione a tutti i Dirigenti titolari di incarico.

Conflitto di interessi

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

In materia di conflitto d'interesse devono essere rispettati i principi generali previsti nel "Codice di Comportamento Aziendale" nonché le disposizioni particolari sancite agli articoli 6 e 7 del medesimo codice.

Inoltre con deliberazione n. 1165 del 26 novembre 2013, avente ad oggetto: "Prime misure di pertinenza dell'Area Coordinamento Giuridica e delle Risorse Umane relative alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità ai sensi della legge 190/2012", proposta dal Direttore dell'Area è stato deliberato quanto all'obbligo di astensione in caso di conflitto d'interessi di prendere atto che con invio telematico a tutto il personale dirigenziale e del comparto, dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, a contratto di prestazione d'opera ai sensi dell'art. 7 D.lgs 165/2001 e s.m.i., il codice di comportamento di cui

al DPR 62/2013, il cui art. 7 prescrive, come già detto, l'obbligo di astensione dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività nei casi ivi previsti, è stato ritualmente notificato a tutti i suddetti soggetti.

Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

I Responsabili delle articolazioni aziendali individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno trimestrale.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere inviato dal Responsabile di ogni singola articolazione aziendale alla Direzione Generale e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il quale verifica che i Responsabili delle articolazioni aziendali provvedano periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti acquisendo dai Responsabili delle articolazioni aziendali un report periodico in materia.

Trasparenza e pubblicazione degli atti

La legge 190/2012 individua la trasparenza come una delle principali misure di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, in quanto l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione favorisce forme diffuse di controllo sul corretto esercizio delle funzioni e sull'utilizzo delle risorse.

Con deliberazione n. 761 del 12 settembre 2018 l'esercizio delle funzioni in materia di trasparenza è stata affidato al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella redazione della Programmazione della trasparenza, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, deve assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicità previsti dal d.lgs. 33/2013 e recepire gli eventuali ulteriori obblighi di trasparenza previsti dall'ANAC.

In conformità alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n. 831/2016 di aggiornamento del PNA, la Programmazione della trasparenza, costituisce parte integrante del presente Piano di Prevenzione della Corruzione, nell'ambito del quale viene inserito sotto forma di apposita Sezione, denominata "Programmazione della Trasparenza" alla quale si rinvia per il dettaglio della politica di trasparenza adottata dall'Azienda e delle misure adottate in materia.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sovrintende al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati.

I casi di mancato, ritardato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, dovranno essere segnalati, dal Responsabile, alla Direzione Aziendale, all'OIV., all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, per le più gravi inadempienze, all'ufficio dei procedimenti disciplinari.

Codice di Comportamento

il Nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è allegato, al PIAO 2024 – 2026, quale parte integrante e sostanziale (allegato 4).

Programmazione della Trasparenza

Collegamenti con il Piano della performance

La trasparenza deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione.

Per il buon andamento dei servizi pubblici e la corretta gestione delle relative risorse, la completa pubblicazione on line del Piano della Performance ha l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della ASL, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti della "Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza" costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione Strategica, da perseguire con la temporalità definita nel Piano delle Performance e negli altri strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituirà un importante riferimento per la valutazione della performance degli assetti aziendali e dei responsabili, è dunque, collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

Indicazione degli uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma.

L'incarico di Responsabile per la trasparenza è stato assorbito dall'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza conferito alla Dott.ssa Stefania Salvati.

Al responsabile sono, in particolare affidati i seguenti compiti:

- svolgere un'attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla continuità, completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni;

- predisporre ed aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, in relazione anche al piano triennale di prevenzione della corruzione;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico;
- segnalare all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

I soggetti che risultano coinvolti nell'individuazione dei contenuti del presente Programma sono: il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e i Dirigenti Responsabili delle singole strutture, per quanto di rispettiva competenza.

Individuazione dei Dirigenti Responsabili della Trasmissione dei dati

Tutti i Dirigenti sono coinvolti nell'attuazione del programma e sono responsabili, secondo gli obblighi di legge, della pubblicazione delle informazioni per la Trasparenza e per il Trattamento dei dati:

- adempiono agli obblighi di pubblicazione, di cui alla sezione "Amministrazione Trasparente" del presente Programma;
- garantiscono il rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla Legge;
- assicurano l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- individuano all'interno della propria struttura, il personale referente che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni. La relativa designazione dovrà essere comunicata via email al Responsabile della trasparenza, alla casella di posta elettronica amministrazione.trasparente@aslroma5.it.

La trasmissione dei dati, intesa quale confluenza degli stessi dall'archivio al soggetto responsabile della pubblicazione, avviene sotto la diretta responsabilità del Dirigente della Struttura competente per materia, con il supporto del referente appositamente individuato. Successivamente alla trasmissione, il Dirigente è tenuto a monitorare l'avvenuta corretta pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale da parte del competente servizio.

I dati da pubblicare di competenza delle singole strutture, relativa tempistica di aggiornamento ed i nominativi dei Dirigenti responsabili per ogni struttura sono puntualmente elencati nella tabella allegata al Programma.

Individuazione dei dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in merito al controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, per le funzioni relative agli «Adempimenti in materia di trasparenza amministrativa» verificherà che i dirigenti responsabili abbiano ottemperato agli obblighi di pubblicazione sul portale aziendale. I dati verranno aggiornati e pubblicati a seguito della comunicazione da parte dei dirigenti competenti alla mail pubblicazioneweb@aslroma5.it per la pubblicazione sul sito istituzionale. Segue verifica a campione semestrale sull'avvenuta pubblicazione.

Individuazione dei Referenti della trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza

Ogni Dirigente individua all'interno della propria Struttura un Referente per la trasparenza, con compiti di supporto al dirigente responsabile nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, anche al fine di adempiere tempestivamente ad eventuali ulteriori richieste di dati, informazioni e aggiornamenti. Il nominativo del referente individuato deve essere comunicato via e-mail al Responsabile della Trasparenza.

Inoltre il Dirigente di ogni struttura è tenuto ad individuare all'interno della struttura stessa i soggetti che detengono materialmente i dati, che li elaborano e che li trasmetteranno al Referente della trasparenza, che li sottoporrà alla supervisione del Dirigente e successivamente provvederà alla relativa trasmissione per la pubblicazione attraverso la mail pubblicazioneweb@aslroma5.it. Tale trasmissione dovrà avvenire entro i sei giorni precedenti la scadenza prevista per la pubblicazione del dato (Rif. Allegato1 Tabella ANAC obblighi di pubblicazione in Amministrazione trasparente giusta deliberazione ANAC 1310 del 28/12/2016).

Il Responsabile della Trasparenza, attraverso incontri, posta elettronica, eventuale elaborazione di modelli/documenti, provvede all'aggiornamento dei referenti della trasparenza.

Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi

Per l'inserimento dei documenti e dei dati necessari per adempiere agli obblighi di trasparenza e per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi i Responsabili individuati ed i propri collaboratori si avvarranno della casella di posta elettronica indicata. I flussi delle informazioni da pubblicare nel rispetto dei contenuti del presente programma devono rispettare le temporalità definite nell'allegato al Programma ed ove possibile utilizzare la forma tabellare ed il file in formato aperto.

La necessità di assicurare adeguata qualità delle informazioni diffuse non può costituire motivo per l'omessa o ritardata pubblicazione dei dati.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dei dirigenti responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e cura l'organizzazione di incontri da tenersi con i dirigenti responsabili e/o con i referenti, per la soluzione di eventuali problematiche afferenti l'attuazione del Programma.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza.

Lo stato di attuazione del Programma sarà anzitutto verificato dall'OIV e dal Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Il Responsabile effettuerà un monitoraggio con cadenza annuale delle attività programmate, ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo, attraverso la pubblicazione di una relazione che verrà trasmessa alla Direzione Aziendale, all'OIV e pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente".

Inoltre effettuerà anche monitoraggi semestrali su determinati parametri di trasparenza richiedendo ai Direttori interessati la massima collaborazione nel fornire i dati e le motivazioni di eventuali ritardi o omissioni.

Qualora nell'attività di monitoraggio e verifica, il Responsabile riscontri inadempimenti, incompletezze, ritardi, mancanza di accuratezza nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa e dal Programma, procede alle previste segnalazioni.

Saranno garantiti ulteriori parametri di trasparenza che potranno essere previsti (in aggiunta agli attuali) sia dal legislatore nazionale che dall'ANAC.

In allegato al presente piano, l'elenco degli obblighi di pubblicazione anno 2024 (allegato 3).

Il Diritto di Accesso

Fondamentale concretizzazione della trasparenza è l'istituto del diritto di accesso agli atti e documenti della PA. (artt. 22 e ss. L. 241/90) ossia il diritto per tutti i soggetti privati di prendere visione o estrarre copia dei documenti amministrativi detenuti dalle PA. I cittadini devono avere un "interesse" (diretto, concreto, attuale) ad accedere poiché non si può avere un accesso indiscriminato agli atti della PA. La richiesta di accesso necessita pertanto di motivazione della situazione giuridica tutelata e collegata al documento oggetto di richiesta.

Dall'accesso documentale va tenuto distinto l'accesso civico, introdotto dal D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016. Questo tipo di accesso si distingue in "semplice" e "generalizzato" o universale (FOIA) Freedom of information Act e si connota in quanto per la relativa istanza non è richiesto un interesse specifico, non essendovi alcuna limitazione alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'accesso "semplice" si riferisce ai contenuti che le PA sono obbligate a pubblicare sul sito nella sezione Amministrazione Trasparente. Tali contenuti sono descritti nel D. Lgs. 33/2013 e s. m. i. e meglio definiti nella delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016. L'accesso "generalizzato" favorisce il controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionale e sull'utilizzo delle funzioni pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; chiunque ha il diritto di accedere ai dati e ai documenti della PA,

ulteriori rispetto a quello oggetto di pubblicazione. In Amministrazione Trasparente è consultabile il Registro delle istanze di accesso.

Con delibera n. 1139 del 27 dicembre 2018 è stato adottato il Regolamento sul Responsabile del Procedimento e sugli Accessi.

2.4 PIANO AZIONI POSITIVE

Il Piano triennale delle Azioni Positive (PAP) grazie anche all'ampliamento delle garanzie non solo di Genere (*art. 21 della legge 183/2010*), rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta, dei principi di parità, di non discriminazione diretta ed indiretta, per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

Ai sensi della Direttiva n.2 /19 *"Misure per promuovere le Pari Opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"* emanato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e sottosegretario delegato alle Pari Opportunità, la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti indispensabili per rendere più efficiente e più efficace l'azione amministrativa. Gli obiettivi sono stati rappresentati attraverso tabelle delle quali si riportano di seguito gli ambiti di intervento:

- Analisi dell'organizzazione in ottica di diffusione della cultura di genere;
- Ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa in ottica di conciliazione vita-lavoro;
- Pari Opportunità;
- Qualità dell'ambiente lavorativo;
- Benessere Organizzativo;
- Formazione.

3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è descritta nell'Atto Aziendale pubblicato sul portale aziendale che rappresenta la carta d'identità dell'Azienda.

Per i contenuti di merito si rimanda alla sezione di Amministrazione Trasparente/disposizioni generali/atti generali.

4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Con il Decreto Legge n.18/2020 il lavoro agile è intervenuto, tra le altre, quale misura finalizzata ad arginare e limitare i contagi all'interno delle realtà lavorative. In particolare, con l'articolo 87 del citato decreto, recante "*Misure straordinarie in materia di lavoro agile e di esenzione dal servizio e di procedure concorsuali*", stabilisce che: "*Fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID – 191 , ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che conseguentemente:*

a) *Limitano la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente tale presenza, anche in ragione della gestione dell'emergenza;*

b) *Prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81. La prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente, qualora non siano forniti dall'amministrazione. In tali casi l'articolo 18, comma 2, della legge 22 maggio 2017, n. 81 non trova applicazione".* Il citato decreto ha introdotto, quindi, una disciplina del lavoro agile in forma "semplificata" e derogatoria di quella contenuta nella Legge n. 81/2017; inoltre, ha esonerato le amministrazioni pubbliche dalla sottoscrizione degli accordi con i lavoratori e dall'obbligo dell'informativa di cui all'art. 22 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

La suddetta disciplina è rimasta valida per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, cessato il 31 marzo 2022, e ha previsto che il lavoro agile fosse attivato su iniziativa del datore di lavoro e non sulla base di un accordo con il lavoratore.

L'istituto, tuttavia, trova la sua disciplina ordinaria nella Legge 22 maggio 2017, n. 81, contenente "*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*".

L'articolo 18, comma 1, della Legge definisce il lavoro agile *“quale 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, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*. Il comma 3 del citato articolo precisa poi che le disposizioni in materia di lavoro agile *“si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”*. La legge disciplina specificatamente altri rilevanti aspetti del lavoro agile, quali la forma e il recesso dal contratto stipulato tra le parti, il trattamento e il diritto all'apprendimento continuo e la certificazione delle competenze del lavoratore agile, il potere di controllo e disciplinare del datore di lavoro, la sicurezza del lavoratore sul lavoro, l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali.

Gli aspetti importanti del lavoro agile a regime ordinario sono rappresentati dall'accordo sottoscritto dalle parti e dagli obblighi di informativa. In effetti, per l'accesso alla modalità agile, il datore di lavoro e il lavoratore stipulano un accordo che deve avere necessariamente la forma scritta ai fini della regolarità amministrativa. L'accordo disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro e agli strumenti utilizzati dal lavoratore. L'accordo disciplina il trattamento economico e normativo del lavoro agile, che non può essere inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi.

In attuazione dell'art. 1, comma 1 del citato DPCM del 23 settembre 2021, al fine di realizzare il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento dell'attività lavorativa alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 15 ottobre 2021, nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico adottate dalle competenti autorità, è stato varato il decreto del ministro della pubblica amministrazione in data 8 ottobre 2021, che ha stabilito le misure organizzative che le amministrazioni pubbliche devono adottare per l'accesso alla modalità agile dell'attività lavorativa.

In particolare, il decreto ha previsto che il lavoro agile può essere autorizzato solo in presenza delle seguenti condizioni:

a) Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;

b) L'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare il lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza (cfr. circolare del ministro per la pubblica amministrazione e del ministro del lavoro e delle politiche sociali del 3 gennaio 2022);

c) L'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un *cloud* o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;

d) L'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;

e) L'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione lavorativa richiesta;

f) L'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 deve definire almeno:

- Gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile,
- Le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità,
- Le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa nella modalità agile;

g) Le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;

h) Le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal decreto medesimo.

In data 3 gennaio 2022, è stata diramata congiuntamente da parte del ministro per la pubblica amministrazione e del ministro del lavoro e delle politiche sociali una nuova circolare in materia di lavoro agile. Con tale circolare, in sintesi, viene affermato che una delle principali caratteristiche della disciplina oggi vigente per il lavoro agile nella pubblica amministrazione è la flessibilità.

In data 2 novembre 2022 è stato sottoscritto il CCNL Comparto sanità 2019-2021 che al Titolo IV – Capo IV – dall'art. 76 all'art. 81 disciplina il lavoro a distanza, agile e da remoto.

Si evidenzia che per quanto riguarda in particolare i cosiddetti lavoratori *fragili*, l'ormai superata contingenza pandemica, ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile. L'attenzione per i dipendenti più esposti a situazioni di rischio per la salute viene posta con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 dicembre 2023 che

sottolinea la necessità di garantire ai lavoratori che documentano *“gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari”* la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, *“anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza”*. I lavoratori e le lavoratrici che dimostrano *“gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari”* potranno svolgere l’attività in modalità agile previo accordo con i dirigenti responsabili.

4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Art. 14, Legge 7 agosto 2015, n.124
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017
- Artt. 18, 19, 20, 21, 22 e 23 della Legge 22 maggio 2017, n. 81
- Art. 87, Decreto Legge 17 marzo 2020, n.18, convertito dalla Legge del 24 aprile 2020 n. 27
- Art. 263, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla Legge 17 luglio 2020 n. 77
- Circolare Ministeriale Pubblica Amministrazione n. 3/2020
- Art. 21-bis, D.L. 14 agosto 2020 n. 104, convertito dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08 ottobre 2021
- Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 03 gennaio 2022
- Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni)
- CCNL Comparto Sanità 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri 29 dicembre 2023

4.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Nel periodo dell’emergenza sanitaria nell’ASL Roma 5 si è reso necessario, ove possibile, il ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, attuata in forma semplificata e temporanea, in deroga alla disciplina normativa e quindi in assenza di un accordo individuale e dell’adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole di svolgimento della prestazione in modalità agile. Infatti con deliberazione n. 242 del 5 marzo 2020 l’ASL Roma 5 ha proceduto all’*“attivazione del lavoro agile (smart working) in modalità semplificata per la gestione e l’emergenza epidemiologica da COVID – 19, ai sensi DPCM 1° marzo 2020”*, allegato a corredo del POLA 2021-2022-2023, adottando anche la modulistica per

l'attivazione del lavoro agile.

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità 2019-2021, l'ASL Roma 5 con la deliberazione n. 1059 del 31 maggio 2023, ha inteso disciplinare il lavoro agile e da remoto per il personale del comparto, si riporta di seguito il numero di dipendenti che hanno espletano l'attività lavorativa in modalità agile e da remoto:

| LAVORO AGILE - ANNO 2023 | |
|---------------------------------|-----------|
| PROFILO | N. |
| Collaboratore Amministrativo | 17 |
| Assistente Amministrativo | 19 |
| Coadiutore Amministrativo | 6 |
| Assistente Tecnico | 1 |
| Infermiere | 1 |
| OSS | 3 |
| Totale | 47 |

| LAVORO DA REMOTO - ANNO 2023 | |
|-------------------------------------|-----------|
| PROFILO | N. |
| Collaboratore Amministrativo | 10 |
| Assistente Amministrativo | 9 |
| Totale | 19 |

4.3 MODALITÀ ATTUATIVE

Le azioni che l'Asl Roma 5 intende intraprendere per l'accesso alla modalità lavorativa agile e da remoto sono rappresentate dal potenziamento del sistema di digitalizzazione ed informatico aziendale già avviato (piattaforma di gestione dei concorsi, digitalizzazione delle delibere e determine, protocollo informatico, fascicolo personale digitale), dalla diffusione della cultura della modalità agile del lavoro attraverso interventi formativi, dal maggiore coinvolgimento del personale dirigenziale in modelli organizzativi basati sulla programmazione e sul controllo degli obiettivi stabiliti.

L'ASL Roma 5, attraverso il lavoro a distanza (agile e da remoto), persegue le seguenti finalità:

- a) migliorare la qualità dei servizi erogati all'utenza e potenziando la capacità di risposta nei confronti dei cittadini;
- b) agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- c) favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti tra abitazione e luogo di lavoro;
- d) promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo e personale;
- e) facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti ai quali, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulta particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- f) promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- g) diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- h) rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance.

4.4. SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

I dirigenti sono chiamati ad adottare uno stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati.

Inoltre sono chiamati a individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

Importante è la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e del Responsabile della Transazione al Digitale (RTD).

La direttiva 2/2019 DFP chiarisce il ruolo dei CUG nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Il ruolo dell'OIV è fondamentale sia per la valutazione della performance organizzativa che per il monitoraggio sulla scelta degli indicatori condivisi da tutti i soggetti coinvolti nel processo.

La Circolare n. 3/2018 Dipartimento della Funzione Pubblica contiene le indicazioni relative al ruolo dei Responsabili per la transizione al digitale (RTD) con il compito di definire un maturity model per il lavoro agile.

Altrettanto fondamentale la presenza del Responsabile per la sicurezza informatica e la gestione dei rischi legati all'adozione delle tecnologie digitali e quella del DPO (Data Protection Officer), necessaria per la protezione del patrimonio informativo aziendale.

4.5 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile, superata la contingenza pandemica, è attuato in linea con lo sviluppo delle competenze relative all'utilizzo degli strumenti informatici e l'obiettivo sarà quello di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il successo del lavoro a distanza dipenderà dalla capacità di programmare, misurare e valutare:

- Le condizioni abilitanti del lavoro agile e da remoto (le caratteristiche organizzative, le risorse strumentali e le competenze individuali),
- Le modalità tecniche e organizzative necessarie per attuare il lavoro a distanza,
- I risultati di performance individuale, i risultati organizzativi (a livello di ufficio e di singola PA) e gli impatti del lavoro agile all'esterno.

L'Azienda, per l'organizzazione del lavoro a distanza, è in fase di un progressivo potenziamento degli strumenti tecnologici e informatici, sarà attuato un programma di formazione, prevedendo ed attuando interventi formativi finalizzati all'accrescimento di una cultura aziendale del lavoro a distanza.

1. Salute Organizzativa

- Coordinamento organizzativo del lavoro agile
- Monitoraggio del lavoro agile
- Help desk informatico dedicato al lavoro agile
- Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi e verifica del relativo raggiungimento
- Percentuale dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile

- Percentuale dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale
- Percentuale lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sul lavoro agile
- Percentuale di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi.

2. Impatto Sociale

Vantaggi conseguiti dall'utenza e dal dipendente con la nuova organizzazione del lavoro a distanza.

3. Impatto Economico

Riduzioni costi aziendali (utenze, materiale di cancelleria, spazi aziendali)

4.6 PERCORSI FORMATIVI DEL PERSONALE

Sarà previsto un percorso formativo per i dipendenti che usufruiranno dell'istituto del lavoro a distanza e i per i direttori delle strutture interessate.

4.7 REQUISITI TECNOLOGICI

La ASL Roma 5 adotta sistemi informatici che consentono a soggetti abilitati l'accesso agli applicativi aziendali interni. Le modalità di accesso si basano su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo al personale assegnato alle linee di attività da svolgere in lavoro agile.

È stata completata la fornitura di postazioni di lavoro informatizzate utilizzabili in mobilità al personale che ha svolto e svolge la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi aziendali; tutti gli accessi alla rete intranet aziendale dalle postazioni di lavoro esterne al perimetro di rete aziendale sono state adeguate agli standard di sicurezza correnti che prevedono l'autenticazione utente a più fattori.

Si fornisce di seguito un riepilogo al 31/12/2023 delle dotazioni informatiche e dell'accessibilità ai sistemi informatici aziendali messi a disposizione al personale che ha svolto e svolge la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi aziendali;

| | |
|--|---|
| Presenza di un Help desk informatico dedicato | Si |
| Numero dei lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile | 124 |
| N. PC a disposizione per lavoro agile | 177 |
| Presenza di un sistema VPN | Si, autenticazione MFA |
| Presenza di una intranet | Si |
| Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud) | Si (file server aziendale su rete intranet) |

| | |
|--|----------------|
| Applicativi consultabili in da remoto (n° di applicativi consultabili da remoto sul totale degli applicativi presenti) | 90% |
| Banche dati consultabili da remoto (n° di banche dati consultabili da remoto sul totale delle banche presenti) | 90% |
| Utilizzo firma digitale tra i lavoratori | <5% |
| Processi digitalizzati (n° di processi digitalizzati sul totale dei processi digitalizzabili) | 15% |
| Servizi digitalizzati (n° di servizi digitalizzati sul totale dei servizi digitalizzabili) | 80% |
| Costi per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile | 0 |
| Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile (AL 31/12/2022) | € 79.000,00 |



5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.

Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente. Costituisce allegato al Bilancio di previsione. È stato introdotto dal D. Lgs.75/2017 (Decreto Madia), ha valenza triennale con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che sono state pubblicate nella G.U. serie generale n. 173 del 27 luglio 2018 e vengono aggiornate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano l'andamento della spesa, sia in termini di personale effettivamente presente (FTE), che di dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Viene approvato con Delibera dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

Il documento è pubblicato sul sito internet aziendale, in <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/conto-annuale-del-personale/> e vi si rimanda per i contenuti di merito.

6. PIANO DELLA FORMAZIONE

La formazione, l'aggiornamento continuo del personale, l'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane sono allo stesso tempo un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione e uno strumento strategico volto al miglioramento continuo dei processi interni e quindi dei servizi alla città.

In quest'ottica, la formazione è un processo complesso che risponde a diverse esigenze e funzioni, tra cui la valorizzazione del personale e, conseguentemente, il miglioramento della qualità dei processi organizzativi e di lavoro dell'ente.

Nell'ambito della gestione del personale, le pubbliche amministrazioni sono tenute a programmare annualmente l'attività formativa, al fine di garantire l'accrescimento e l'aggiornamento professionale e disporre delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento dei servizi.

Soprattutto negli ultimi anni, il valore della formazione professionale ha assunto una rilevanza sempre più strategica finalizzata anche a consentire flessibilità nella gestione dei servizi e a fornire gli strumenti per affrontare le nuove sfide a cui è chiamata la pubblica amministrazione.

L'Azienda ha adottato il Piano Formativo Aziendale con deliberazione n. 1846 del 27/10/2022.

Il documento, è pubblicato sul sito internet aziendale https://www.aslroma5.it/unita_operative/uos-formazione-del-personale-e-universitaria/ e vi si rimanda per i contenuti di merito.

7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE

Il monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6, comma 3 del Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, nonché delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) sarà effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni "Valore pubblico" e Performance".

Il monitoraggio si sviluppa nelle Aziende attraverso una serie di strumenti già attivi e normati e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda (Centri di Responsabilità). Tale processo è orientato a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell'anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali.

Il Budget viene definito con un processo "a cascata annuale" rispetto al Piano della Performance, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono essere declinati in obiettivi operativi assegnati alle macro articolazioni aziendali attraverso indicatori e risultati attesi; gli obiettivi di budget fanno inoltre riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Il budget rappresenta dunque il principale strumento di programmazione operativa aziendale annuale, poiché in maniera esplicita e formale vengono definiti i programmi di azione dell'Azienda, se ne verifica la fattibilità tecnica e finanziaria e si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire.

Il processo si sviluppa in un percorso di negoziazione tra le macrostrutture, articolate per i Centri di Responsabilità, e la Direzione aziendale.

La formalizzazione annuale degli obiettivi dei centri di responsabilità sono riportati nella scheda che viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno.

Importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla **Relazione sulla performance**, prevista dal D.Lgs. 150/2009 (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Performance).

La relazione sulla performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai

vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

La **Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** (pubblicata sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione), redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda relativamente alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza". Infine, l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, su base triennale effettua il monitoraggio relativamente alla Sezione "Organizzazione e capitale umano", con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di Performance.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping lines that form a complex, abstract shape.

Scheda degli obiettivi specifici

Allegato 1

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|---|-----------|--|
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Aumento delle dimissioni concordate rispetto all'anno precedente | % | $((\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale}) * 100$ | ≥ 20 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Incremento attività ambulatoriale rispetto all'anno precedente | % | $((\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale}) * 100$ | ≥ 15 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Aumento delle dimissioni concordate rispetto all'anno precedente | % | $((\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale}) * 100$ | ≥ 20 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Incremento attività ambulatoriale rispetto all'anno precedente | % | $((\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale}) * 100$ | ≥ 15 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Migliorare l'accesso dei pazienti ricoverati / ambulatoriali | Tempo di attesa delle richieste di appuntamento prime visite psichiatriche < 10 gg | % | $(\text{appuntamento entro 10 gg dalla richiesta} / \text{totale appuntamenti}) * 100$ | ≥ 70 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Percentuale di Dimissioni Protette attivate / Totale Dimissioni Protette richieste dai PO Aziendali ed extraaziendali | % | $(\text{dimissioni protette attivate} / \text{totale dimissioni protette richieste}) * 100$ | 100 | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Percentuale di Dimissioni Protette attivate / Totale Dimissioni Protette richieste dai PO Aziendali ed extraaziendali | % | $(\text{dimissioni protette attivate} / \text{totale dimissioni protette richieste}) * 100$ | 100 | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Migliorare l'accesso dei pazienti ricoverati / ambulatoriali | Adozione e attivazione PDTA 2024 | % | $(\text{PDTA adottati} / \text{totale PDTA da adottare}) * 100$ | 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera per garantire la continuità terapeutica tra l'ospedale e il territorio, monitorare le terapie e razionalizzare la spesa farmaceutica | % | $\text{distribuzione diretta primo ciclo ai pazienti dimessi} / \text{totale dimessi}$ | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera per garantire la continuità terapeutica tra l'ospedale e il territorio, monitorare le terapie e razionalizzare la spesa farmaceutica | % | $\text{Distribuzione diretta primo ciclo ai pazienti dimessi} / \text{Totale dimessi}$ | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera per garantire la continuità terapeutica tra l'ospedale e il territorio, monitorare le terapie e razionalizzare la spesa farmaceutica | % | $\text{distribuzione diretta primo ciclo ai pazienti dimessi} / \text{totale dimessi}$ | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|---|--------|--|
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Migliorare l'accesso dei pazienti ricoverati / ambulatoriali | Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMDP per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del dipartimento | si/no | elaborazione del percorso | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente | % | PIC valide popolazione > 65 / Popolazione > 65 anni >= 6,92% | >=6,92 | UOC DISTRETTO SANITARIO |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente | % | PIC valide popolazione > 65 / Popolazione > 65 anni >= 6,92% | >=6,92 | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente | % | PIC valide popolazione > 65 / Popolazione > 65 anni >= 6,92% | >=6,92 | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale-territorio | Monitoraggio PDTA aziendali attivati | n. | predisposizione report sullo stato dell'arte | 2 | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Copertura (presi in carico) in assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale 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) 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 | n. | Sono considerate le Prese in Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno x e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. CIA 1 + CIA 2 + CIA 3 >= 3 Punti ≥ 3 = 40% Punti ≥ 4 = 60% Punti ≥ 5 = 80% Punti ≥ 6 = 100% | 6 | UOC DISTRETTO SANITARIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|---|-----------------|---|--------|--|
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Copertura (presi in carico) in assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale 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 D222 del NSG) La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): $\geq 4,00 = 1$ punto Livello II (CIA 2): $\geq 2,50 = 2$ punti Livello III (CIA 3): $\geq 2,00 = 3$ punti | n. | Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno x e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) $> 0,13$. $CIA 1 + CIA 2 + CIA 3 \geq 3$ Punti $\geq 3 = 40\%$ Punti $\geq 4 = 60\%$ Punti $\geq 5 = 80\%$ Punti $6 = 100\%$ | 6 | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Copertura assistenza domiciliare (Flusso SIAT) | Copertura (presi in carico) in assistenza domiciliare per livello di intensità assistenziale 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 D222 del NSG) La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): $\geq 4,00 = 1$ punto Livello II (CIA 2): $\geq 2,50 = 2$ punti Livello III (CIA 3): $\geq 2,00 = 3$ punti | n. | Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno x e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) $> 0,13$. $CIA 1 + CIA 2 + CIA 3 \geq 3$ Punti $\geq 3 = 40\%$ Punti $\geq 4 = 60\%$ Punti $\geq 5 = 80\%$ Punti $6 = 100\%$ | 6 | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale | Monitoraggio sulla presentazione annuale dei piani terapeutici per la ventiloterapia meccanica domiciliare CPAP/AUTOCPAP | % | valutazione del 70% dei pazienti che hanno un noleggio attivo | 0,7 | UOSO ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Adozione e attivazione PDTA 2024 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Adozione e attivazione PDTA 2024 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Adozione e attivazione PDTA 2024 | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Attivazione processi integrazione ospedale territorio | Implementazione percorso nascita - numero incontri | n. | | 3 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|--|-----------------|---|--------|-------------------------------------|
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale | audit clinici su prescrizioni di dispositivi complessi con i medici autorizzatori | n. | | 4 | UOSO ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| A1 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO | Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le autorizzazioni dei presidi | % | | 90 | UOSO ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico "screening mammografico". Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato anno x rispetto all'anno x-1. | % | (1) Indicatore: - (persone che effettuano l'approfondimento, nell'anno x, entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening/ persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nell'anno x) * 100 (2) Ulteriore incremento anno x Vs anno x-1: - ((Valore indicatore anno x / Valore indicatore anno x-1)*100) - 100 | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Miglioramento delle prestazioni | Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico "screening mammografico". Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato anno x rispetto all'anno x-1. | % | (1) Indicatore: - (persone che effettuano l'approfondimento, nell'anno x, entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening/ persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nell'anno x) * 100 (2) Ulteriore incremento anno x Vs anno x-1: - ((Valore indicatore anno x / Valore indicatore anno x-1)*100) - 100 | 100 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|---|-----------------|--|--------|-----------------------------|
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente. | Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto". Tempo di attesa tra la data di refertazione "test sangue occulto fecale" e la data di esecuzione della prima colonscopia. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato x rispetto all'anno x-1. | % | (1) Indicatore: (persone che effettuano l'approfondimento, nell'anno x, entro 30gg dalla data del referto positivo / persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nell'anno x-1) * 100 (2) Incremento percentuale anno x Vs anno x-1: ((Valore indicatore anno x / Valore indicatore anno x-1)*100) - 100 | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto". Tempo di attesa tra la data di refertazione "test sangue occulto fecale" e la data di esecuzione della prima colonscopia. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato x rispetto all'anno x-1. | % | (1) Indicatore: (persone che effettuano l'approfondimento, nell'anno x, entro 30gg dalla data del referto positivo / persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nell'anno x-1) * 100 (2) Incremento percentuale anno x Vs anno x-1: ((Valore indicatore anno x / Valore indicatore anno x-1)*100) - 100 | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|---|-----------------|--|--------|--------------------------------|
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Screening HCV: Offerta del test di screening HCV 100% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore o uguale a 75%; 50% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 50% e 75%; 0% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore del 50%. | % | (n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2024 all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP)) * 100 | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Adozione e applicazione di raccomandazioni e linee guida | Monitoraggio applicazione linee guida (contenzione e suicidio, alcool, doppia diagnosi, esordi, bipolare, schizofrenia, adhd, neurosviluppo, autismo) - Audit e azioni di miglioramento | n. | almeno 1 audit per ogni linea guida tra quelle presenti in descrizione | 9 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Istruttoria casi Legge 210/92 | % | casi istruiti e inviati entro 90 gg | 100 | UOSD MEDICINA LEGALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Rispetto delle tempistiche di rilascio delle certificazioni: esportazione degli alimenti verso Paesi Terzi; qualifiche sanitarie (5 gg); riconoscimento stabilimenti CE (180 gg). | % | certificazioni rilasciate entro le tempistiche / totale certificazioni da rilasciare | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Miglioramento tempo di attesa dell'esecuzione approfondimento diagnostico screening colon retto | % | esecuzione approfondimento entro 30 gg / totale approfondimento da effettuare entro 30 gg | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Garantire la messa in atto del sistema rapido di allerta (provenienti da enti esterni) sulla sicurezza degli alimenti - Tempi di risposta ai sistemi rapidi di allerta dall'acquisizione della comunicazione | % | N. verifiche sugli OSA / Totale sistemi rapidi di allerta attivati e/o ricevuti | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Adozione e applicazione di raccomandazioni e linee guida | Monitoraggio e riduzione del numero di pazienti riammessi in SPDC dai 30 gg dalla dimissione | % | pazienti anno x / pazienti anno x-1 | 10 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Rispetto dei tempi prestabiliti (30 giorni) per l'inizio delle pratiche relative ad esposti inerenti la sicurezza sul lavoro e ricorsi ex art. 41 del D. lgs. 81/08 | % | pratiche iniziate in 30 gg / totale pratiche da iniziare in 30 gg. | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|--|--------|--------------------------------|
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Rispetto dei tempi prestabiliti (30 e 90 giorni) per il disbrigo di pratiche relative ad esposti e verifiche delle strutture sanitarie | % | pratiche lavorate entro le tempistiche / totale pratiche da lavorare | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Rispetto delle tempistiche di rilascio dei fascicoli della commissione medico-legale | % | Rilascio fascicoli entro 30 gg | 100 | UOSD MEDICINA LEGALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Compilazione schede prevenzione rischio tromboembolico e/o cardioembolico | % | schede prevenzione compilate / totale schede da compilare | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Compilazione schede prevenzione rischio tromboembolico | % | schede prevenzione compilate / totale schede da compilare | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Adozione e applicazione di raccomandazioni e linee guida | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Miglioramento delle prestazioni | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Miglioramento delle prestazioni | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|---------------------|--------|---|
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Sicurezza, Equità e Appropriatelyzza nelle Cure - Presentazione di un progetto dipartimentale entro il 31/12 | si/no | | si | UOSD SIMT |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Audit e azioni di miglioramento | n. | | 2 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | N. cartelle chirurgiche contenenti check-list correttamente compilata | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Accoglienza, accompagnamento e orientamento dei pazienti e caregiver (istituzione di protocolli e percorsi in PS e rianimazione) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Assistenza ai pazienti fragili e non autosufficienti (istituzione di protocolli e percorsi fast in PS e rianimazione) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Esecuzione di tutti gli esami clinico chimici e strumentali per la preparazione degli anziani > 65 aa all'accesso in sala operatoria affetti da frattura collo/femore, tibia e perone PREVALE | ore | | 8 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Audit in Medicina e azioni di miglioramento | n. | | 2 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Proporzione di parti con Taglio Cesareo Primario come da protocollo operativo PREVALE. Riduzione del ricorso inappropriato nelle donne senza pregresso cesareo. (Valore soglia <= 15% su totale dei parti) | % | | >=20 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Standardizzazione e consolidamento del CQI laboratori - procedura | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Miglioramento delle prestazioni | Progetto dipartimentale per identificazione mutazione e fattori prognostici su tessuto liquido. Implementazione entro il 30/09. | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Presentazione progetto di implementazione dei percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche nei modelli organizzativi aziendali | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|--|-----------------|--|--------|---|
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Programmazione attività UOSD anno 2025 | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Gestire le attività nelle tempistiche programmate | Migliorare l'accessibilità alle prestazioni della Commissione Medico Legale incrementando il numero delle prenotazioni | % | | 15 | UOSD MEDICINA LEGALE |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Adozione delle azioni necessarie al mantenimento dei requisiti minimi strutturali tecnici organizzativi ai fini dell'accreditamento dei centri trasfusionali | si/no | | si | UOSD SIMT |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Aggiornamento COBUS entro il 30/09 | si/no | | si | UOSD SIMT |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Consulenze pazienti ricoverati (protocollo Patient Blood Management) | ore | | 1 | UOSD SIMT |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Formazione per il miglioramento della sicurezza trasfusionale (Secure Blood) ai reparti. Predisposizione report su criticità rilevate | n. | | 2 | UOSD SIMT |
| A2 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI | Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente | Programmazione 2025 degli incontri di formazione Secure Blood per i Presidi entro il 31/12 | si/no | | si | UOSD SIMT |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Piano nazionale delle liste di attesa: proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A, n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A | | entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90% | 0,9 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Piano nazionale delle liste di attesa: proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A, n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A | | entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90% | 0,9 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|--|--------|--------------------------------|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Incremento del n. di dimissioni da UO entro le ore 14.00 rispetto anno precedente | % | $(\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale} * 100$ | >=20 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Incremento del n. di dimissioni da UO entro le ore 14.00 rispetto anno precedente | % | $(\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale} * 100$ | >=20 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Definizione percorsi di cura | N° Paz. con interventi domiciliare / utenti ad alto carico assistenziale (CSM) | % | $(\text{pazienti con interventi domiciliare} / \text{totale utenti ad alto carico (CSM)}) * 100$ | >=70* | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Definizione percorsi di cura | Presenza in carico dei pazienti richiedenti nei percorsi "cannabis" e "cocaina" | % | $(\text{pazienti presi in carico} / \text{totale pazienti richiedenti}) * 100$ | >=30 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Tempi che interconferiscono tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza", rapportato al numero degli accessi in PS che hanno esito "ricovero". | % | $\geq 480' = 100\%$ $\geq 540' = 80\%$ $\geq 600' = 60\%$ $\geq 720' = 40\%$ $> 24h = 0$ | 0,8 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Incremento del n. di dimissioni da UO entro le ore 14.00 rispetto al totale dei pazienti dimessi anno precedente | % | $\text{dimissioni entro le 14:00 anno } x / \text{dimissioni anno } x-1 ((\text{Valore finale} - \text{Valore iniziale}) / \text{V iniziale}) * 100$ | >=20 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Numero interventi chirurgici eseguiti il giorno del ricovero per pazienti programmati | % | $\text{interventi chirurgici effettuati nel giorno del ricovero} / \text{totale interventi programmati nel giorno di ricovero}$ | >=85 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Numero interventi chirurgici eseguiti il giorno del ricovero per pazienti programmati | % | $\text{interventi chirurgici effettuati nel giorno del ricovero} / \text{totale interventi programmati nel giorno di ricovero}$ | >=85 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Monitoraggio dell'invio delle Schede di Segnalazione di Microrganismi alert da parte delle U.O. del presidio alla DS secondo quanto previsto dalla Procedura Aziendale di cui alla Deliberazione n. 960 del 23/12/2014 | % | $\text{invii monitorati} / \text{totale delle schede da inviare}$ | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---|--------|---------------------------|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Notifica al Dipartimento di prevenzione delle batteriemie da Klebsiella Pneumonie e da Escherichia Coli non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi per come definiti dalla Circolare del Ministero della Salute del 26/02/2013 recante "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi CPE" | % | notifiche inviate / totale delle notifiche | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Monitoraggio della notifica alle UU.OO. d'interesse da parte del laboratorio analisi dell'isolamento di germi alert per come definiti nella Procedura Aziendale di cui alla Deliberazione n. 960 del 23/12/2014 | % | notifiche monitorate / totale delle notifiche | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Monitoraggio della notifica da parte del Laboratorio Analisi delle batteriemie da Klebsiella Pneumonie e da Escherichia Coli non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi per come definiti dalla Circolare del Ministero della Salute del 26/02/2013 recante "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi CPE" | % | notifiche monitorate / totale delle notifiche | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza o di incidenza su una ICA e produzione di un report | n. | numero indagine effettuate | 3 | DIREZIONE PRESIDIO |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza | Controllo e monitoraggio delle notifiche delle malattie infettive sulla base dei contenuti del nuovo sistema ministeriale PREMAL | % | segnalazioni monitorate / totale segnalazioni la verifica viene effettuata dal SISP tramite la piattaforma EDIWEB | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Protocolli, percorsi e interrelazione terapie sub-intensive di PS e terapie intensive | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Erogazione consulenze per pazienti ricoverati entro le 24 ore dalla richiesta | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Erogazione consulenze specialistiche in PS entro 60 minuti (dalla richiesta) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Fast track | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--------------------------------------|--|-----------------|---------------------|--------|---------------------------|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Incremento percentuale DRG Chirurgico | % | | >=20 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | N. di interventi di colecistectomia laparoscopica | n. | | >=100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | N. pazienti preospedalizzati per ricoveri programmati / totale ricoveri programmati >= 95% | % | | >=95 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni. L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è >= 60. | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Abbattimento lista di attesa per i ricoveri su letti di elezione - Classe B | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Abbattimento lista di attesa per i ricoveri su letti di elezione - Classe C | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Abbattimento lista di attesa per i ricoveri su letti di elezione - Classe D | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | N. dimissioni sabato e domenica anno x / Totale pazienti dimessi anno x >= 25% | % | | >=25 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Riduzione della degenza media delle urgenze rispetto all'anno precedente | GG | | * | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Riduzione della degenza media in elezione rispetto all'anno precedente | GG | | * | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--------------------------------------|--|-----------------|---------------------|--------|---------------------------|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Consulenze tempestive nei reparti di degenza | ore | | 1 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Erogazione consulenze specialistiche entro 60 minuti (dalla richiesta) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Invio ai fast track della totalità dei pazienti eleggibili | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Prenotazione diretta di visite prestazione o procedure per i codici 2 e 3 | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Programmazione di una migliore gestione dell'attività di sala operatoria - programma da trasmettere entro il 31/03 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Attivazione dei percorsi fast track | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Erogazione consulenze per pazienti ricoverati entro le 24 ore dalla richiesta | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Erogazione consulenze specialistiche in PS entro 60 minuti (dalla richiesta) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | N. dimissioni sabato e domenica anno x / Totale pazienti dimessi anno x >= 25% | % | | >=25 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraffollamento in PS | Valore atteso della degenza media | gg | | 8 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--------------------------------------|--|-----------------|---------------------|-----------|---|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Consulenze per pazienti ricoverati entro le 24 ore dalla richiesta | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Consulenze specialistiche in PS entro 60 minuti (dalla richiesta) per la pediatria | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | N. pazienti preospedalizzati per ricoveri programmati / totale ricoveri programmati \geq 95% | % | | \geq 95 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraccollamento in PS | Mantenimento della degenza media rispetto all'anno precedente | % | | * | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Riduzione del sovraccollamento in PS | N. dimissioni sabato e domenica anno x / Totale pazienti dimessi anno x \geq 25% | % | | \geq 25 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Alimentazione del fascicolo elettronico del personale con i dati della formazione | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | PNRR: implementazione piano equità. | si/no | | 80 | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Utilizzo delle funzioni assistenziali del paziente attraverso la piattaforma ADT - SIS4CARE | % | | 100 | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Ottimizzazione delle prestazioni | Applicazione procedura per il contenimento delle infezioni ospedaliere (produzione report) | n. | | 10 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Miglioramento delle prestazioni | Alimentazione del fascicolo elettronico del personale con i dati della formazione | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|---|-----------------|---|--------|--|
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Ottimizzazione delle prestazioni | Audit per il mantenimento dei requisiti di accreditamento e qualità | n. | | 8 | UOSD SIMT |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Ottimizzazione delle prestazioni | Riorganizzazione dei comitati del buon uso del sangue come previsto dalla normativa vigente (Numero incontri) | n. | | 4 | UOSD SIMT |
| A3 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE | Definizione percorsi di cura | N. dimissioni sabato e domenica anno x / Totale pazienti dimessi anno x >= 25% | % | | >=25 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| A4 | MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI ALLA PERSONA | Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza | PNRR: Umanizzazione Percorso Nascita Progetto 2 | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Indicatore di ritardo annuale dei pagamenti: media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture Tale indicatore tiene conto dei debiti di tipo commerciale escludendo i periodo di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso", e "adempimenti normativi". | gg | $(\sum A \times \sum B) / \sum C \leq 0$ - Giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento (A); - Importo dovuto per singola fattura (B); - Importo pagato nel periodo di riferimento (C). | <= 0 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Indicatore di ritardo annuale dei pagamenti: media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture Tale indicatore tiene conto dei debiti di tipo commerciale escludendo i periodo di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso", e "adempimenti normativi". | gg | $(\sum A \times \sum B) / \sum C \leq 0$ - Giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento (A); - Importo dovuto per singola fattura (B); - Importo pagato nel periodo di riferimento (C). | <= 0 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Contenimento della spesa | Indicatore di ritardo annuale dei pagamenti: media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture (somma dei giorni intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento) | gg | $(\sum A \times \sum B) / \sum C \leq 0$ - Giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento (A); - Importo dovuto per singola fattura (B); - Importo pagato nel periodo di riferimento (C). | <= 0 | DIREZIONE PRESIDIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|---|-----------------|--|--------|----------------------------------|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Indicatore di ritardo annuale dei pagamenti: media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture | GG | (somma dei giorni intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento) <= 0 | <= 0 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Corretta gestione dell'inventario e dei beni fuori uso (smaltimento) | % | Beni fuori uso smaltiti / Totale beni fuori uso registrati nell'inventario * 100 | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Rispetto del budget operativo 2024 | % | budget utilizzato / totale budget assegnato | <= 100 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (umane/strum/beni sanitari) | Rispetto del budget operativo 2024 | % | budget utilizzato / totale budget assegnato | <= 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Rispetto del budget operativo 2024 | % | budget utilizzato / totale budget assegnato | <= 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Rispetto del budget operativo 2024 | % | budget utilizzato / totale budget assegnato | <= 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Rispetto del budget operativo 2024 | % | budget utilizzato / totale budget assegnato | <= 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Contenimento della spesa | Riduzione del debito scaduto | % | debito liquidato / totale debito scaduto * periodo di competenza precedente al 31/12/2023 | 20 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Contenimento della spesa | Riduzione del debito scaduto | % | debito liquidato / totale debito scaduto * periodo di competenza precedente al 31/12/2023 | 50 | DIREZIONE PRESIDIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|---|-----------------|--|--------|--|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Contenimento della spesa | Riduzione del debito scaduto | % | debito liquidato / totale debito scaduto *periodo di competenza precedente al 31/12/2023 | 20 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Rispetto tempistiche nella registrazione/emissione fatture (15 gg) | % | fatture registrate o rifiutate entro 15 gg / totale fatture | 100 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Generazione ordini informatizzati | % | n. ordini informatizzati / tot. ordini | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Monitoraggio trimestrale dei farmaci e presidi sanitari di reparto e servizi con focus sulla differenza tra richieste e consumato | % | n. report predisposti / totale report da predisporre | 100 | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione dell'obiettivo nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario | Monitoraggio del rispetto del budget approvato dalla Regione a seguito del concordamento (Costi consuntivi - Costi concordati) / Costi concordati | n. | Sarà valutata la "frequenza del monitoraggio"; misurabile attraverso predisposizione di report trimestrali contenenti: - percentuale spese rispetto al budget approvato; - variazione del budget. | 4 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Contenimento della spesa farmaceutica | Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata (spesa <= tetto fissato AIFA) | % | spesa / tetto fissato AIFA | <=100 | UOC DISTRETTO SANITARIO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Corretto utilizzo degli antibiotici e compilazione relative schede regionali | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRECTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Benei sanitari) | Prescrizione di farmaci inseriti nel prontuario aziendale ed esatta compilazione delle richieste fuori prontuario | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|---------------------|--------|---------------------------|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione dei percorsi clinico assistenziali suddivisi per codice colore | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Corretto utilizzo degli antibiotici e compilazione relative schede regionali | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Prescrizione di farmaci inseriti nel prontuario aziendale ed esatta compilazione delle richieste fuori prontuario | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Corretto utilizzo degli antibiotici e compilazione relative schede regionali | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Prescrizione di farmaci inseriti nel prontuario aziendale ed esatta compilazione delle richieste fuori prontuario | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|---|-----------------|---------------------|--------|--|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (umane/strum./beni sanitari) | Redazione entro il 30 aprile del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Corretto utilizzo degli antibiotici e compilazione relative schede regionali | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Prescrizione di farmaci inseriti nel prontuario aziendale ed esatta compilazione delle richieste fuori prontuario | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 aprile del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Implementazione Armadio di Reparto | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Creazione cicli di liquidazione nella procedura informatica | % | | 100 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Generazione ordini informatizzati | % | | 100 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|--|-----------------|---------------------|--------|---|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Contenimento spesa materiale di consumo attraverso il monitoraggio per consumabili dedicati agli iniettori del mezzo di contrasto (predisposizione report) | n. | | 6 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature su format aziendale | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Creazione cicli di liquidazione nella procedura informatica | % | | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature di concerto con le UOC del dipartimento su format aziendale | si/no | | si | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Contenimento spesa materiale di consumo attraverso il monitoraggio (predisposizione report) | n. | | 6 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 aprile del piano degli acquisti mobili e attrezzature su format aziendale | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Gestione richieste 150 ore | % | | 1 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Richiesta annuale dei fabbisogni formativi | % | | 1 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Rispetto del budget assegnato | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Abbattimento premio INAIL | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|--|--------|--|
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | DEC DP - controllo e verifiche | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione prontuario DP | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature su format aziendale. | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Revisione e aggiornamento procedure di tracciabilità e rintracciabilità del campione di Anatomia Patologica (sec Linee guida Ministero della Salute) entro il 30 giugno | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Mantenimento attività di type screen per il Presidio di Tivoli | si/no | | si | UOSD SIMT |
| B1 | CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI | Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari) | Redazione entro il 30 marzo del piano degli acquisti mobili e attrezzature su format aziendale | si/no | | si | UOSD SIMT |
| C1 | CONTRIBUTO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE | Programmazione socio sanitaria | Supporto amministrativo ai Piani di Zona dei Distretti | n. | Relazione semestrale | 2 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Effettuazione periodica di Audit e monitoraggio sul Rischio Clinico | Partecipazione a Audit periodici sul Rischio Clinico per ogni UO e trasmissione delle evidenze emerse alla Direzione Aziendale | % | almeno un audit per ogni struttura (n. audit / totale strutture) | 100 | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuazione procedure aziendali e monitoraggio periodico | Rispetto tempistiche consegna dati NSIS alla UOC Pianificazione, Organizzazione e Controllo di Gestione (4 invii entro il 15esimo giorno del mese successivo alla chiusura del trimestre) | % | dati consegnati entro le tempistiche stabilite / totale dati da consegnare (4) | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuazione procedure aziendali e monitoraggio periodico | Attuazione del Piano Locale sull'igiene delle mani come da contenuti del PARS | si/no | la corretta attuazione sarà valutata dalla struttura di risk management | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuare i piani secondo programmazione | Raggiungimento obiettivi previsti dai PAP PP1, PP2, PP5, PP9 e PL12 | % | n. obiettivi realizzati / totale obiettivi | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuare i piani secondo programmazione | Attuazione piani di eradicazione da BRUCELLÒSI, LEUCOSI E TBC negli allevamenti bovini e bufalini, e da BRUCELLÒSI negli allevamenti ovini e caprini | % | n. obiettivi realizzati / totale obiettivi previsti dal piano | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |

| AREA | OBBIETTIVO STRATEGICO | OBBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|--|--------|--|
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuare i piani secondo programmazione | Attuazione piano integrato dei controlli PRIC (Piano regionale integrato dei controlli) | % | n. obiettivi realizzati / totale obiettivi previsti dal piano | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuare i piani secondo programmazione | Attuazione piano Regionale Campionamento Alimenti di origine non animali (Residui Fitosanitari, R.I., OGM e M.O.C.A.) | % | n. obiettivi realizzati / totale obiettivi previsti dal piano | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuare i piani secondo programmazione | Aggiornamento procedure: esportazione degli alimenti verso Paesi Terzi; qualifiche sanitarie; riconoscimento stabilimenti CE. | % | n. procedure aggiornate / totale procedure da aggiornare | 100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Effettuazione periodica di Audit e monitoraggio sul Rischio Clinico | Monitoraggio obiettivi PARS - predisposizione resoconto | n. | n. report | 3 | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Effettuazione periodica di Audit e monitoraggio sul Rischio Clinico | Monitoraggio obiettivi Piano Aziendale lavaggio delle mani - predisposizione resoconto | n. | n. report | 2 | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuazione procedure aziendali e monitoraggio periodico | Valutazione e monitoraggio dei flussi sanitari: dimissioni ricoveri a ciclo continuo nei giorni festivi e prefestivi | n. | Predisposizione reportistica ogni lunedì dell'anno: numerosità campione, reparti monitorati ed esiti | 24 | DIREZIONE PRESIDIO |
| C10 | POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | Attuazione procedure aziendali e monitoraggio periodico | Verifica mensile delle cartelle cliniche emesse (per reparto) | % | SDO compilate / totale ricoveri di reparto | 100 | DIREZIONE PRESIDIO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x. | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|---------------------------|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|--------------------------------|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|--|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|------------------------------|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UDC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Monitoraggio rischi prevenzione della corruzione richiesto dal RPCT | % | | 100 | UDC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UDC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuoverela trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UDC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UDC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|---|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|---|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|--|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|---|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOSD ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconfiribilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---------------------|--------|--|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconferibilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura | si/no | | si | UOSD MEDICINA LEGALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconferibilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD MEDICINA LEGALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD MEDICINA LEGALE |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura. | si/no | | si | UOSD SIMT |
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Pubblicazione incompatibilità ed inconferibilità (Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013) e CV (Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013) anno x | si/no | | si | UOSD SIMT |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---|--------|------------------------------|
| C2 | PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni | Tempestivo aggiornamento dei debiti informativi relativi alla struttura e ai servizi da pubblicare sul sito web e Amministrazione Trasparente (Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016) | si/no | | si | UOSD SIMT |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Partecipazione PDTA nodulo tiroideo come da piano aziendale (% di PDTA a cui si partecipa sul totale dei PDTA proposti) | % | (numero esami diagnostici eseguiti / numero di esami diagnostici richiesti) * 100 | 100 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Partecipazione PDTA come da piano aziendale (% di PDTA a cui si partecipa sul totale dei PDTA proposti) | % | (numero esami diagnostici eseguiti / numero di esami diagnostici richiesti) * 100 | 100 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Incremento PAC trombosi | % | (PAC trombosi effettuate anno x / PAC trombosi effettuate anno x-1) * 100 | >=10 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Rilascio della refertazione ai pazienti che accedono tramite portale "il tuo referto con un click". Se 75<Verificato<90 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50% Se 91<Verificato<100 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% | % | (refertazioni rilasciate / numero di pazienti che richiedono il referto tramite il portale) * 100 | 100 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Rilascio della refertazione ai pazienti che accedono tramite portale "il tuo referto con un click". Se 75<Verificato<90 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50% Se 91<Verificato<100 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% | % | (refertazioni rilasciate / numero di pazienti che richiedono il referto tramite il portale) * 100 | 90 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Rilascio della refertazione ai pazienti che accedono tramite portale "il tuo referto con un click". Se 75<Verificato<90 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50% Se 91<Verificato<100 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% | % | (referti rilasciati / numero di pazienti che richiedono il referto tramite il portale) * 100 | 100 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Rilascio della refertazione ai pazienti che accedono tramite portale "il tuo referto con un click". Se 75<Verificato<90 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 50% Se 91<Verificato<100 = l'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% | % | (referti rilasciati / numero di pazienti che richiedono il referto tramite il portale) * 100 | 90 | UOC LABORATORIO ANALISI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|--|-----------------|--|--------|----------------------------------|
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Incremento numero prestazioni pazienti interni e esterni rispetto all'anno precedente | % | (totale prestazioni anno x / totale prestazioni anno precedente) * 100 | ≥10 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Aggiornamento Amministrazione Trasparente/Bandi di gara e Contratti per assicurare la piena conformità alle disposizioni dell'ANAC | % | bandi gara pubblicati / totale bandi di gara | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Garantire una corretta assistenza alle strutture richiedenti e agli utenti dei sistemi | % | chiamate (richieste) evase / totale richieste | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Assicurare il recepimento delle gare regionali entro le scadenze previste (7 gg) | % | gare regionali recepite entro 7 giorni / totale gare regionali | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Centralizzazione delle procedure di acquisto al fine di garantire una maggiore efficienza e trasparenza | % | n. procedure centralizzate / tot. procedure | 50 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare la produzione verso gli utenti interni e esterni | Affiancamento e comunicazione utenti per ricoveri RSA e Liste di attesa | % | n. richieste espletate /tot. richieste ricevute | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Attività di censimento delle esigenze IT (per struttura) entro il 30/06 | % | n. strutture censite / totale strutture | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Annullamento gare in proroga | % | numero di gare in proroga / totale delle gare | 0 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Incremento attività diagnostica citologica utenza esterna e interna rispetto all'anno precedente | % | totale n. attività anno x / totale n. attività anno precedente | ≥25 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|---|--|-----------------|---------------------|--------|--|
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Riduzione Sovraffollamento in PS | Effettuazione protocolli per interventi aggiuntivi in presenza di sovraffollamento in PS e/o massiccio afflusso feriti | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Riduzione Sovraffollamento in PS | Monitoraggio accessi 118 nelle 24 ore, blocco delle ambulanze e tempi medi di blocco | n. | | 52 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Riduzione Sovraffollamento in PS | Monitoraggio degli accessi medi nelle 24 ore dei pazienti ricoverati entro 12 ore, del tempo medio di permanenza in PS | n. | | 12 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Riduzione Sovraffollamento in PS | Monitoraggio dei tempi di esecuzione di prestazioni tecnico strumentali e visite specialistiche | n. | | 52 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Riduzione Sovraffollamento in PS | Monitoraggio e comunicazione alla Direzione Sanitaria Aziendale del numero di accessi, tempi di permanenza e percentuale di ricovero inferiore alle 2 ore, tra le 12 e le 24 ore e superiore alle 24 ore (realizzazione cruscotto) | n. | | 12 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Presenza in carico e valore dell'accompagnamento | Attivazione Infermieristica - Ostetrica Tecnica e Sociale Cot 0 E Cot Distrettuali (Guidonia, Monterotondo) | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Presenza in carico e valore dell'accompagnamento | Attivazione Infermieristica - Ostetrica Tecnica e Sociale Cot 0 E Cot Distrettuali (Palestrina) | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Presenza in carico e valore dell'accompagnamento | Implementazione PUA: organizzazione a rete dei Front Office | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Presenza in carico e valore dell'accompagnamento | PNRR: Attivazione Infermieristica - Ostetrica Tecnica e Sociale Cot 0 E Cot Distrettuali (Tivoli, Subiaco, Colferro) | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Presenza in carico e valore dell'accompagnamento | PNRR: Implementazione Ostetrica e Infermieristica di Comunità | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Semplificazione dei processi amministrativi e aumento dell'offerta per gli stakeholder interni ed esterni | Predisporre stima fattibilità dei fabbisogni manutentivi | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Potenziamento attività ambulatoriale e corretta gestione delle agende per la piena disponibilità RECUP | Agende: riduzione delle agende riservate o di solo pagamento a favore di quelle in prenotazione pubblica | % | | * | DIREZIONE PRESIDIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--|---|-----------------|---------------------|--------|---|
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Potenziamento attività ambulatoriale e corretta gestione delle agende per la piena disponibilità RECUP | Predisposizione di un piano di azioni per la corretta gestione e organizzazione delle liste di attesa e preospedalizzazione centralizzata | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Potenziamento attività ambulatoriale e corretta gestione delle agende per la piena disponibilità RECUP | Realizzazione di un progetto organizzativo per la gestione degli spazi dedicati all'attività ambulatoriale e PDTA | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare la qualità delle informazioni verso gli utenti interni e esterni | Aggiornamento Albo avvocati fiduciari mediante avviso pubblico | n. | | 2 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare la qualità delle informazioni verso gli utenti interni e esterni | Monitoraggio trimestrale e pubblicazione in Amministrazione Trasparente del file "accessi civici" e raccordo con il RPCT | n. | | 4 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Tempistica di refertazione utenti esterni | gg | | 5 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Sviluppare e realizzare percorsi formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi | Progettazione percorso formativo da implementare negli ospedali | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Sviluppare e realizzare percorsi formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi | Progettazione percorso formativo da implementare nei territori | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Sviluppare e realizzare percorsi formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi | Ricognizione profili destinatari dei corsi specifici - report | n. | | 1 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare la produzione verso gli utenti interni e esterni | Elaborazione Piano Formativo ex art. 37 D.Lgs 81/2008 | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---|--------|----------------------------------|
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare la produzione verso gli utenti interni e esterni | Revisione completa DVR | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Adozione e attivazione PDTA 2024 | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Apertura del centro prelievi PO Tivoli nella giornata di domenica | si/no | | si | UOSD SIMT |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Attività di comunicazione con le associazioni e scuole per la raccolta di sangue | n. | | 10 | UOSD SIMT |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Incremento aperture settimanali centro prelievi PO Colleferro | gg | | 5 | UOSD SIMT |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Incremento dell'attività di raccolta nell'anno x rispetto all'anno precedente | % | | ≥10 | UOSD SIMT |
| C3 | MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI | Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso | Mantenimento delle tempistiche di refertazione (urgenze: 1 ora; programmato: 24 ore) | % | | 100 | UOSD SIMT |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Utilizzo del sistema informatizzato per il fascicolo elettronico | % | fascicoli aggiornati / totale fascicoli da aggiornare | 100 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Miglioramento delle prestazioni | Istruttoria su esposti | % | n. esposti espletati / totale esposti ricevuti | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|--|-----------------|---|--------|----------------------------------|
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Digitalizzazione POTA | % | n. PDTA digitalizzati / totale PDTA | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Miglioramento delle prestazioni | Gestione della Mobilità Sanitaria Internazionale e Coordinamento Distretti | % | n. richieste espletate / tot. richieste ricevute | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Garantire l'utilizzo della piattaforma informatica per l'espletamento di tutte le gare | % | numero di gare espletate tramite la piattaforma / totale delle gare espletate >= 90% | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Approvazione dei progetti preliminari ed esecutivi degli interventi previsti nella terza fase dell'art. 20 L.67/88 | % | Numero di progetti preliminari ed esecutivi approvati / Totale dei progetti previsti nella terza fase dell'art.20 L.67/88 | 70 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 | % | Obiettivi raggiunti / totale obiettivi da raggiungere | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|--|-----------------|---|--------|----------------------------------|
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Adempimenti in ambito di rendicontazione su Piattaforma Regis e su sistemi di monitoraggio predisposti da RL e da Invitalia | % | Obiettivi raggiunti / totale obiettivi da raggiungere | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica e monitorare lo stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC | Adempimento target PNRR Missione 6 C1 e C2 (odc, cdc, cot, PCNantisismico, apparecchiature, ICT digitalizzazione DEA) | % | Obiettivi raggiunti / totale obiettivi da raggiungere | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Miglioramento delle prestazioni | Controllo delle Strutture Private Accreditate per funzione assistenziale | % | percentuale di strutture controllate per funzione assistenziale rispetto al totale | 20 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Monitoraggio della spesa per il ricorso alle prestazioni aggiuntive e straordinario e comunicazione alle strutture interessate | n. | predisposizione report mensili | 12 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Monitoraggio riduzione del debito scaduto ante 2024 attraverso rilevazioni mensili e comunicazione alle strutture interessate | n. | Sarà valutata la "frequenza del monitoraggio"; misurabile attraverso predisposizione di report mensili contenenti: - Importo del debito scaduto; - Percentuale di debito scaduto recuperato; - Tempo medio di recupero del debito. | 12 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Gestire i flussi e le attività attraverso sistemi informatizzati | RASSF - Utilizzo e implementazione della piattaforma entro il 30/09 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|--|-----------------|---------------------|--------|---|
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Gestire i flussi e le attività attraverso sistemi informatizzati | VETINFO – Utilizzo e implementazione del sistema entro il 30/09 (Controlli - Classyfarm - Farmacosorveglianza) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Alimentazione sistema informatizzato per l'alimentazione del fascicolo elettronico con i dati della formazione (D.Lgs 81/08) | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Produzione reportistica relativa a: Budget Operativo e Bilancio di previsione | n. | | 4 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Supporto e produzione reportistica relativa a: SID, SIAS | n. | | 4 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività riducendo gli arretrati con il ricorso alla modernizzazione informatica | Avvio digitalizzazione processi deliberativi entro il 30/09 | si/no | | si | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività riducendo gli arretrati con il ricorso alla modernizzazione informatica | Implementazione attivazione protocollo informatizzato Relazione stato dell'arte | n. | | 3 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Sviluppare e realizzare percorsi formativi a supporto della produttività con il ricorso alla modernizzazione informatica | Aggiornamento software specifico per la gestione degli eventi formativi | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|--|-----------------|--|-----------|---|
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Sviluppare e realizzare percorsi formativi a supporto della produttività con il ricorso alla modernizzazione informatica | Monitoraggio dei livelli di gradimento degli eventi formativi - report | n. | | 2 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Sviluppare e realizzare percorsi formativi a supporto della produttività con il ricorso alla modernizzazione informatica | Progettazione corso efficienza utilizzo risorse informatiche | n. | | 2 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Implementazione sistema di gestione salute e sicurezza sul lavoro SL-AS (DCA 347/2015) | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Indizione gara impianti di rivelazione allarme incendio subiacco e tivoli | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C4 | OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ SPECIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA | Incrementare l'attività attraverso monitoraggi periodici e attraverso il ricorso alla modernizzazione informatica | Redazione piani di emergenza | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Ottimizzazione delle prestazioni | Incremento accettazione citologica urinaria utenza | % | $(\text{tot. attività anno } x / \text{tot. attività anno } x-1) * 100$ | ≥ 30 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Ottimizzazione delle prestazioni | Rispetto tempistiche di refertazione istologica utenti esterni e interni (15 gg) | % | $(\text{tot. referti eseguiti entro 15 gg} / \text{totale referti da eseguire}) * 100$ | 100 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Ottimizzazione delle prestazioni | Rispetto tempistiche di refertazione citologica utenti esterni e interni (15 gg) | % | $(\text{tot. referti eseguiti entro 15 gg} / \text{totale referti da eseguire}) * 100$ | 100 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|--|--------|---|
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Ottimizzazione delle prestazioni | Rispetto tempistiche di refertazione: screening di secondo livello (mammario, cervice uterina, colon) (10 gg) | % | (tot. referti eseguiti entro 15 gg / totale referti da eseguire) * 100 | 100 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Ottimizzazione delle prestazioni | Incremento valutazione fattori prognostici/predittivi tramite immunohistochimica e biologia molecolare su tessuti con neoplasia maligna per utenza interna e esterna | % | (tot. valutazioni anno x / tot. valutazioni anno x-1) * 100 | >=30 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Riduzione del sovraccollamento del PS | Erogazione consulenze e diagnostica per pazienti ricoverati entro le 24 ore dalla richiesta | % | (totale prestazioni erogate / totale richieste) * 100 | 100 | UDC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Riduzione del sovraccollamento del PS | Erogazione prestazione diagnostica strumentale per pazienti in pronto soccorso entro 60 minuti dalla richiesta | % | (totale prestazioni erogate / totale richieste) * 100 | >=100 | UDC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Riduzione del sovraccollamento del PS | Refertazione esami urgenti codici rosso, arancio e giallo da PS entro 60 minuti dall'esecuzione dell'esame | % | (totale refertazioni effettuate / totale esami eseguiti)*100 | >=100 | UDC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi tecnici di alto standard qualitativo | Valutare la qualità del servizio di assistenza e supporto IT attraverso l'analisi delle metriche di assistenza (tempi di risposta, sondaggi/feedback) | * | analisi dei ticket di assistenza e registrazione dei tempi di risposta | * | DIPARTIMENTO TECNICO |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Miglioramento nella tempistica e qualità | Saldi della produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture private accreditate | % | n. adempimenti (integrazioni, recuperi) / totale adempimenti da effettuare (inviati dalla Regione) | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Miglioramento nella tempistica e qualità | Controlli esterni ospedalieri DCA 509/2018 (ex DCA 40/2012) nei tempi stabiliti dalla Regione Lazio | % | n. cartelle esaminate / totale cartelle da esaminare nelle tempistiche richieste (6 mesi) | 100 | UDC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Invio flussi SIAS mensili alla UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione ai fini dell'alimentazione del data warehouse entro il giorno successivo alla validazione | % | n. di invii nelle tempistiche / totale invii | 100 | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Invio flussi SID mensili alla UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione ai fini dell'alimentazione del data warehouse entro il giorno successivo alla validazione | % | n. di invii nelle tempistiche / totale invii | 100 | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Revisione, aggiornamento e proposta di adozione dei regolamenti adottati prima del 31/12/2023 e proposta di nuovi entro il 31/12 | % | n. regolamenti adottati prima del 31/12 aggiornati / totale regolamenti da aggiornare | 100 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|--|--------|---|
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Monitoraggio flusso SIAS XL | n. | n. report | 4 | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | SIO XL: monitoraggio mensile degli abbattimenti tariffari dovuti a ritardo nell'invio delle SDO e relativo report per ogni presidio ospedaliero | n. | n. report | 12 | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Miglioramento nella tempistica e qualità | Verifica rispondenza al DCA 469/2017 (7/7) | % | n. verifiche effettuate / totale note regionali ricevute (istanza di accreditamento/verifica) | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Aggiornamento trimestrale delle anagrafiche sulle piattaforme Eusis, NOIPA, Alpha per corretta gestione anagrafica e giuridica del personale | n. | Sarà valutata la "frequenza dell'aggiornamento"; misurabile attraverso la definizione di un registro degli aggiornamenti nel quale annotare: - la data di ogni aggiornamento; - numero totale di aggiornamenti effettuati nel trimestre. | 4 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Miglioramento nella tempistica e qualità | Determinazione Budget e sottoscrizione accordo/contratto ex art. 8 quinquies D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. | % | vd. Allegato 1 | 100 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi tecnici di alto standard qualitativo | Aggiornamento del Piano dei fabbisogni 2024 entro il 30 giugno | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi tecnici di alto standard qualitativo | Aggiornare il Piano Aziendale per la mappatura dei rischi informatici e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce entro il 30 giugno | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi tecnici di alto standard qualitativo | Flusso informativo contratti di dispositivi medici. Coperture >= 75%=100%; Coperture <75%=0 | % | | 100 | DIPARTIMENTO TECNICO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|--|---|-----------------|---------------------|--------|---|
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Aggiornamento costante dell'allegato del conto economico ai fini della rilevazione puntuale degli accantonamenti e dei relativi fondi rischi in bilancio | N. di contenziosi chiusi nel corso dell'esercizio | n. | | 1 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Aggiornamento costante dell'allegato del conto economico ai fini della rilevazione puntuale degli accantonamenti e dei relativi fondi rischi in bilancio | N. di nuovi contenziosi rilevati nell'esercizio | n. | | 1 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Aggiornamento costante dell'allegato del conto economico ai fini della rilevazione puntuale degli accantonamenti e dei relativi fondi rischi in bilancio | N. utilizzi fondo rischi esistenti | n. | | 1 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Monitoraggio contenzioso | Monitoraggio cause legali attive (promosse dall'azienda) | n. | | 4 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Monitoraggio contenzioso | Ricognizione del contenzioso in atto, suddivisa per tipologia | n. | | 2 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Monitoraggio contenzioso | Verifica adeguatezza del fondo rischi e oneri iscritti nello stato patrimoniale secondo linee guida regionali | n. | | 2 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| CS | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | implementazione e messa in opera flusso dati NSG (HOSPICE) | si/no | | si | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|--|
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Applicazione regolamento procedimento eventi formativi - relazione | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Elaborazione tempestiva dei certificati ECM con conseguente diminuzione dei tempi di consegna | gg | | 10 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna) | Puntuale adozione e gestione del PFA annuale | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (scadenze e tempi consegna) | Audit radioprotezione | n. | | 5 | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (scadenze e tempi consegna) | Valutazione rischio stress lavoro correlato - costituzione gruppo di lavoro | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Adozione e attuazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario | Pubblicazione del PARS sul sito internet | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C5 | MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITÀ DELLE PRESTAZIONI | Adozione e attuazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario | Redazione, approvazione, trasmissione del PARS | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C7 | PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE | Sensibilizzazione e azioni di contrasto alla violenza di genere | Evento di sensibilizzazione sulle azioni di contrasto alla violenza di genere | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C7 | PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE | Sensibilizzazione e azioni di contrasto alla violenza di genere | PNRR: Formazione Progetto Parent Per Cure Genitoriali E Prevenzione Violenza Di Genere rivolto agli operatori del Dip. Materno Infantile | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---|--------|--|
| C7 | PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE | Sensibilizzazione e azioni di contrasto alla violenza di genere | PNRR: Implementazione Progetto Parent Per Cure Genitoriali E Prevenzione Violenza Di Genere (Progr Libero 13: 1000 Giorni Di Vita). Attività di censimento dei padri partecipanti ai corsi di accompagnamento alla nascita e reportistica con dati annuali | si/no | | si | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 7 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico) | % | cartelle consegnate entro 7 gg / totale cartelle | 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Certificati di malattia su sistema TS post dimissione >= 90% | % | certificati su sistema TS / totale dimissioni che prevedono convalescenza | >=90 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Certificati di malattia su sistema TS post dimissione >= 90% | % | certificati su sistema TS / totale dimissioni che prevedono convalescenza | >=90 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Certificati di malattia su sistema TS post dimissione >= 90% | % | certificati su sistema TS / totale dimissioni che prevedono convalescenza | >=90 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Certificati di malattia su sistema TS post dimissione >= 90% | % | certificati su sistema TS / totale dimissioni che prevedono convalescenza | >=90 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Gestione del paziente chirurgico attraverso percorso informatico dal momento dell'implementazione | % | Pazienti gestiti attraverso percorso informatico / totale pazienti da gestire | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|---|--------|---|
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Gestione del paziente chirurgico attraverso percorso informatico dal momento dell'implementazione | % | Pazienti gestiti attraverso percorso informatico / totale pazienti da gestire | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Digitalizzazione PDTA | % | PDTA digitalizzati / Totale PDTA da digitalizzare | 100 | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 5 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Digitalizzazione dei PDTA | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo cartella elettronica ambulatoriale dal momento dell'implementazione | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo delle funzioni di gestione clinica del paziente attraverso la piattaforma SIS4CARE | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|---------------------------|
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo prescrizione dematerializzata | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Consegna/Trasmissione della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 7 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo delle funzioni di gestione clinica del paziente attraverso la piattaforma SIS4CARE | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo prescrizione dematerializzata | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Consegna/Trasmissione della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 7 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico) | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Digitalizzazione dei PDTA | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|--------------------------------|
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo cartella elettronica ambulatoriale dal momento dell'implementazione | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo delle funzioni di gestione clinica del paziente attraverso la piattaforma SIS4CARE | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo prescrizione dematerializzata | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Digitalizzazione dei POTA | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Pieno utilizzo della piattaforma DISAHWEB territoriale | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo cartella elettronica ambulatoriale dal momento dell'implementazione | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo delle funzioni di gestione clinica del paziente attraverso la piattaforma SIS4CARE nei reparti SPDC | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|--|-----------------|---------------------|--------|--------------------------------|
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo prescrizione dematerializzata al netto delle esenzioni di cui all'allegato A | % | | 100 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Consegna/Trasmissione della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 7 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico) | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Digitalizzazione del PDTA | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo cartella elettronica ambulatoriale dal momento dell'implementazione | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo delle funzioni di gestione clinica del paziente attraverso la piattaforma SISACARE | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| CB | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Utilizzo prescrizione dematerializzata | % | | 100 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |

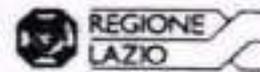
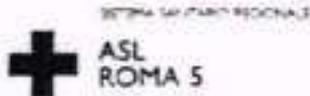
| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|--|---|---|-----------------|--|--------|------------------------------|
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Partecipazione all'obiettivo aziendale di digitalizzazione del PDTA | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C8 | SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE | Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario | Partecipazione all'obiettivo aziendale di digitalizzazione del PDTA | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Istituzione e formalizzazione di staff meeting mensili di allineamento tra le UOC del dipartimento | % | Numero di staff meeting mensili effettivamente tenuti / Numero di staff meeting mensili previsti * 100 | 100 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale attivati dall'azienda | n. | | 2 | DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione aziendale ECM procurement (donazione organi) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione aziendale ECM procurement (donazione organi) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione aziendale ECM procurement (donazione organi) | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | si/no | | 2 | DIPARTIMENTO DI MEDICINA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione del personale alla gestione della piattaforma RASSF | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--------------------------|---|-----------------|---------------------|--------|--|
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione del personale alla gestione della piattaforma VETINFO | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria del personale prevista da D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione aziendale ECM procurement (donazione organi) | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | | DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIPARTIMENTO TECNICO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | DIREZIONE PRESIDIO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | DIREZIONE PRESIDIO |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOC AFFARI GENERALI E LEGALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOC DISTRETTO SANITARIO |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--------------------------|---|-----------------|---------------------|--------|---|
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOC LABORATORIO ANALISI |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOS ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale attivati dall'azienda | n. | | 2 | UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale attivati dall'azienda | n. | | 2 | UOS PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOS RISK MANAGEMENT QUALITÀ DEI PROCESSI ED AUDITING |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e corso sicurezza agenti chimici | si/no | | si | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOSD ANATOMIA PATOLOGICA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOSD ASSISTENZA PROTETICA INTEGRATA |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOSD ASSISTENZA PROTETICA INTEGRATA |

| AREA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE | UNITÀ DI MISURA | MODALITÀ DI CALCOLO | TARGET | STRUTTURA |
|------|---|--------------------------|---|-----------------|---------------------|--------|--|
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOSD COORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E CRONICITA' |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOSD COORDINAMENTO OPERATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE INTEGRATA E CURE PALLIATIVE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 | si/no | | si | UOSD MEDICINA LEGALE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOSD MEDICINA LEGALE |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e D.Lgs 101/20 | si/no | | si | UOSD SIMT |
| C9 | CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE | Formazione del personale | Qualificazione del personale attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento professionale | n. | | 2 | UOSD SIMT |

allegato 2



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N° 000060 DEL 10 GEN. 2024

STRUTTURA PROPONENTE: RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

OGGETTO: "Approvazione del Regolamento per la protezione delle persone che segnalano condotte illecite in violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea (c.d. WHISTLE-BLOWING)", aggiornato ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023 e sottoscrizione del contratto di servizio con la società Whistleblowing Solutions I.S. S.r.l."

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

Filippo Coiro

data 10 GEN. 2024

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO F.F.

Dott. Franco Cortellesa

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

Franco Cortellesa

data 10 GEN. 2024

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

Senza osservazioni

Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. _____

del 10-01-2024

Il Dir. ad interim UOC Bilancio e Contabilità
(Dott. Fabio Filippi)

Fabio Filippi

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa Stefania Salvati)

Stefania Salvati

La presente Deliberazione è costituita da n. 6 pagine
Da n. 1 allegati composti da un totale di 19 pagine

1
FR

Il Responsabile del procedimento relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

PREMESSO che con deliberazione n. 933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con deliberazione n. 1125 del 10.09.2019, è stato adottato l'Atto aziendale di diritto privato, che delibera e formalizza l'autonomia imprenditoriale e le funzioni organizzative e di governo dell'Azienda nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione Lazio, così come pubblicato sul B.U.R.L. n. 84 del 17/09/2019, al quale, con deliberazione n. 933 del 07/06/2022, sono state apportate modifiche approvate con determina Regionale G07864 del 16/06/2022, pubblicate sul B.U.R.L. n. 56, suppl. I, del 05/07/2022;

VISTO il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche."

VISTA la Legge 6 novembre 2012, n.190 riguardante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i;

VISTA la Legge 30 novembre 2017, n. 179, recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";

VISTO il Piano Nazionale Anticorruzione 2013 che riconduce espressamente la tutela del dipendente che segnala condotte illecite ex art. 54 bis tra le misure obbligatorie di prevenzione della corruzione che le amministrazioni pubbliche devono porre in essere;

VISTA la determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 che ha adottato apposite linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower);

VISTA la delibera ANAC del 9 giugno 2021, n. 469 recante "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)";

VISTO il Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati (UE) 2016/679 (GDPR) del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati;

VISTA la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione;

VISTO il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal Dlgs 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e successive modifiche;

VISTO il D.Lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (Decreto whistleblowing);

VISTA la Delibera ANAC n. 311 del 12 luglio 2023 recante "Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne" che espressamente prevede l'adozione di un apposito atto organizzativo, nonché le modalità informatiche, per la ricezione e gestione delle segnalazioni, definendo tempi e soggetti responsabili di cui darne notizia nel sito web aziendale per garantire la tutela del segnalante, individuando gli strumenti informatici quale ulteriore accorgimento per incoraggiare la segnalazione di illeciti, sostenendola tra le buone prassi dell'Azienda;

DATO ATTO che, a questo proposito, l'Azienda si avvarrà di apposita piattaforma informatica "Whistleblowing PA", che utilizza il software GlobaLeaks, e che la suddetta piattaforma informatica è stata resa disponibile gratuitamente da Transparency International Italia – Transparency Solutions I.S. srl, quale procedura informatizzata di segnalazione interna già rispondente alle prescrizioni della L. n. 179/2017;

RITENUTO che la tutela dei soggetti che segnalano un illecito debba essere garantita, come previsto dal D.Lgs. n.24/2023, nonché come indicato dall'ANAC nelle Linee Guida approvate con delibera n. 311/2023, mediante la procedura informatizzata e l'utilizzo della sopra citata piattaforma WHISTLEBLOWING PA che verrà resa disponibile gratuitamente da Transparency International Italia, gestita dalla società Whistleblowing Solutions I.S. srl;

RITENUTO di dovere procedere all'adozione "Regolamento per la protezione delle persone che segnalano condotte illecite in violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea (c.d. WHISTLEBLOWING)", aggiornato ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023;

RITENUTO altresì, procedere alla sottoscrizione del contratto di servizio con la società Whistleblowing Solutions I.S. S.r.l., con sede in Viale Abruzzi, 13/A, 20131, Milano e dell'accordo in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679;

DATO ATTO che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che propone 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 e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639 e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e a repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione –

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

di procedere all'adozione del "del Regolamento per la protezione delle persone che segnalano condotte illecite in violazione di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea (c.d. WHISTLEBLOWING)", aggiornato ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023 e sottoscrizione del contratto di servizio con la società Whistleblowing Solutions I.S. S.r.l.;

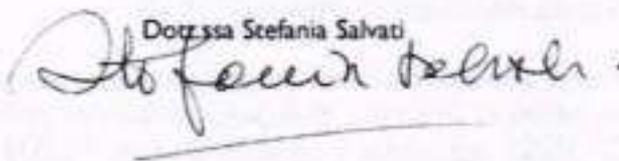
di trasmettere il presente atto alla UOC Affari Generali e Legali per la pubblicazione e diffusione;

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009, n. 69, e nella relativa sezione Amministrazione Trasparente.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Dot.ssa Stefania Salvati



SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

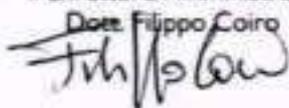
Parere

Favorevole

Data

10 GEN. 2024

Il Direttore Amministrativo:

Dot. Filippo Coiro


Parere

Favorevole

Data

10 GEN. 2024

Il Direttore Sanitario f.f.
Dot. Franco Cortellessa



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00262 del 22 ottobre 2019.

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

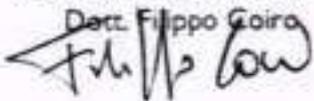
DELIBERA

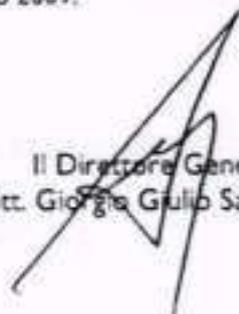
di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

DAI IL COMITATO ALL'AVV. TRANI, N. 10, SI PROCEDERÀ ALLA DIFFUSIONE DEL PRELENTE ATTO E PUBBLICAZIONE SUL SITO

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Goiro


Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito


Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Franco Cortellessa




PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: _____

~~10~~ ~~07~~ 2024

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

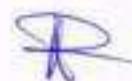
L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

Tivoli, _____



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI VIOLAZIONE DI
NORMATIVE NAZIONALI E DELL'UNIONE EUROPEA**

INDICE

Premessa e obiettivi

1. Riferimenti normativi
2. Soggetti tutelati, ambito di applicazione e scopo della tutela
3. Definizione della segnalazione
4. Destinatario della segnalazione
5. Canali per le segnalazioni interne
 - 5.1. Segnalazione tramite piattaforma digitale - whistleblowing
 - 5.2. Segnalazione scritta - modello di segnalazione
 - 5.3. Segnalazione in forma orale
6. Fasi del procedimento
 - 6.1. Presa in carico della segnalazione ed eventuali accorgimenti
 - 6.2. Attività di verifica e fondatezza della segnalazione
 - 6.3. Individuazione dell'oggetto della segnalazione
 - 6.4. Gestione di segnalazioni anonime
 - 6.5. Esito della procedura
7. Segnalazioni "esterne"
8. Divulgazioni pubbliche
9. Obbligo di riservatezza - forme di tutela del whistleblower
 - 9.1. Tutela della riservatezza del segnalante nei procedimenti giudiziari e disciplinari
 - 9.2. Accesso agli atti
10. Trattamento dati personali - informativa privacy
 - 10.1. Responsabile trattamento dati
 - 10.2. Registro segnalazioni whistleblowing - conservazione della documentazione
11. Tutela del segnalante e divieto di ritorsione
 - 11.1. Ritorsioni e risarcimenti
 - 11.2. Misure di assistenza e sostegno al segnalante
 - 11.3 Tutela del Segnalato, della segnalazione e dei "facilitatori"

PREMESSA E OBIETTIVI

La disciplina normativa del whistleblowing trova la sua origine nella Legge n. 190/2012 (Legge anticorruzione) che introduce nell'ordinamento italiano la prima forma di tutela espressa della figura del whistleblower, seppur circoscritta al settore del pubblico impiego, aggiungendo l'art. 54-bis al D.Lgs. n. 165/2001 (T.U. Pubblico Impiego).

L'art. 54-bis del D.Lgs. n.165/2001 delineava le forme di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, prevedendo sostanzialmente la tutela del posto di lavoro e dell'identità del segnalante. Con la Legge 30 novembre 2017 n. 179 il legislatore attua una prima riforma della disciplina del whistleblower, operando secondo lo schema della Legge n. 190/2012.

A partire dal 26 novembre 2019, con l'emanazione della Direttiva europea n. 1937/2019, si assiste a un cambiamento di prospettiva che introduce un vero e proprio diritto alla segnalazione per tutti gli stati membri, si legge infatti "il diritto della segnalazione è l'espressione di un diritto umano equiparato alla libertà di espressione". L'obiettivo principale della Direttiva è quello di creare un minimo comune denominatore di norme adottate e applicate da ciascuno stato membro, da questo momento non trova più applicazione la distinzione tra settore pubblico e settore privato, con conseguente estensione della platea dei soggetti tutelati.

Con l'approvazione del D.Lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 "Attuazione della Direttiva UE 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", sono state introdotte le seguenti novità:

- specificazione e ampliamento dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico;
- ampliamento del novero degli enti di diritto privato;
- ampliamento del novero dei soggetti, persone fisiche, meritevoli di protezione per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- espansione dell'ambito oggettivo, con riferimento alla definizione di ciò che costituisce una violazione rilevante ai fini della protezione, oltre alla distinzione tra quanto è oggetto di protezione e quanto non lo è;
- disciplina di tre canali di segnalazioni e delle condizioni per accedervi: interno (presso il R.P.C.T.), esterno (gestito da ANAC), divulgazione pubblica (tramite stampa o social media), oltre all'ipotesi di denuncia all'autorità giudiziaria competente;
- indicazione delle diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;



disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;

chiarimenti su cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;

specifiche sulla protezione delle persone segnalanti e inserimento di specifiche misure di sostegno per le stesse;

revisione della disciplina delle sanzioni applicabili da ANAC – Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Il presente Regolamento formalizza le avvertenze, le modalità, i destinatari, i procedimenti e gli obiettivi dell'ASL Roma 5 per la protezione delle "persone" che segnalano violazioni del diritto dell'Unione Europea e delle disposizioni normative nazionali (Whistleblower Protection Directive).

Il Regolamento, adottato dall'ASL Roma 5 a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 242 è coerente con lo Schema "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 – procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne" emanate da ANAC – Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Il Regolamento è stato redatto in coerenza con il Modello P.C.T. dell'ASL Roma 5 - Modello di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al fine di:

responsabilizzare il personale e le altre parti interessate a segnalare condotte illecite;

consentire l'individuazione tempestiva e la risposta efficace a illeciti commessi all'interno, da/o per l'organizzazione;

prevenire e ridurre al minimo i danni all'organizzazione, comprese le responsabilità legali, le perdite finanziarie gravi e i danni permanenti alla reputazione (con conseguente diminuzione della fiducia pubblica), consentendo la tempestiva individuazione dei reati e la loro correzione;

prevenire e ridurre al minimo i danni all'interesse e alla salute pubblica, ai diritti umani e all'ambiente;

proteggere il whistleblower, di seguito descritto, e soggetti terzi a rischio di ritorsioni;

promuovere una cultura organizzativa di fiducia, trasparenza e responsabilità, quale utile strumento di prevenzione degli illeciti.

Questo Regolamento intende consolidare un importante istituto di prevenzione della corruzione, di correzione delle degenerazioni e dei malfunzionamenti del sistema interno all'amministrazione, rafforzando l'atteggiamento e l'azione positiva degli osservatori interni (dipendenti in primis), per il miglioramento continuo della prevenzione dei rischi corruttivi e di valorizzazione della cultura organizzativa della trasparenza.

Il Regolamento è altresì volto a definire le modalità operative, i canali di comunicazione delle segnalazioni, la determinazione e la suddivisione delle responsabilità, secondo l'articolazione aziendale oltre alla gestione, trattamento e conservazione dei dati.

Sarà integrato, modificato o sostituito ogni qualvolta evoluzioni normative o anche solo ragioni di opportunità lo rendano necessario.

Al Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASL Roma 5 (R.P.C.T.) è affidata la gestione della procedura descritta nel presente Regolamento inerente alle segnalazioni cd "interne" (si veda par. 7 Fasi del Procedimento).

I. RIFERIMENTI NORMATIVI

Con il D.Lgs 10 marzo 2023, n. 24 il legislatore nazionale ha recepito la Direttiva dell'Unione Europea n. 2019/1937 riguardante la protezione delle "persone" che segnalano "violazioni" del diritto dell'Unione (Whistleblower Protection Directive). La Direttiva è finalizzata a rendere uniforme la tutela garantita in tutti gli Stati dell'Unione e ad armonizzare le indicazioni per i diversi settori, introducendo regole comuni che impongano l'adozione di canali di segnalazione efficaci, riservati, sicuri e, al tempo stesso, garantiscano una protezione efficace agli informatori contro possibili ritorsioni.

L'ambito di tutela si estende altresì alle segnalazioni relative a violazioni del diritto nazionale riconducibili:

- alla Legge n. 179/2017 sul whistleblowing;
- alla Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)";
- a condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 2318 (a titolo esemplificativo reati di: indebita percezione di erogazioni; truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione Europea per il conseguimento di erogazioni pubbliche; frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture), o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti.

Nel documento sono state recepite e opportunamente rielaborate:

- le indicazioni ANAC dal titolo "La disciplina del Whistleblowing: le novità introdotte dal D.Lgs. n. 24/2023 attuativo della Direttiva europea n. 1937/2019" e quanto esposto nello Schema di "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 – procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne" (di seguito descritte nel par. 8 Segnalazioni "esterne");



- la normativa europea relativa alla protezione dei dati personali GDPR 679/2016;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "decreto trasparenza" di riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

2. SOGGETTI TUTELATI, AMBITO DI APPLICAZIONE E SCOPO DELLA TUTELA

Con il termine "violazioni" si intendono sinteticamente i comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica che potrebbero configurare reati, costituire violazioni dei Codici di Comportamento e/o dei codici disciplinari e/o che configurerebbero illegittimità e/o illeciti con danni patrimoniali all'Ente o altra pubblica amministrazione. La segnalazione può avere ad oggetto anche:

- informazioni relative alle condotte volte ad occultare le violazioni sopra indicate;
- attività illecite non ancora compiute, ma che il whistleblower (segnalante) ritenga ragionevolmente possano verificarsi in presenza di elementi concreti, precisi e concordanti;
- fondati sospetti, la cui nozione potrà essere oggetto di interpretazione al tavolo delle Linee Guida ANAC.

Non sono più ricomprese tra le violazioni segnalabili le irregolarità nella gestione o organizzazione dell'attività.

Come esplicitato in premessa, obiettivo primario della norma è favorire le segnalazioni dei dipendenti pubblici nella loro veste di "sentinelle" a tutela della buona amministrazione e si estende, indipendentemente dal fatto che il rapporto di lavoro con l'organizzazione sia in essere oppure sia terminato (es. pensionati) ai seguenti soggetti:

- lavoratori (a tempo pieno o parziale, a tempo indeterminato o temporaneo), compresi funzionari pubblici;
- lavoratori autonomi, liberi professionisti e consulenti;
- persone appartenenti all'organo di amministrazione, direzione o vigilanza;
- volontari, stagisti retribuiti e non retribuiti, tirocinanti;
- persone che lavorano sotto la supervisione e la direzione di appaltatori, subappaltatori e fornitori;
- persone che hanno acquisito informazioni durante il processo di assunzione o altre trattative precontrattuali, come candidati o offerenti, oppure durante il periodo di prova oppure nel periodo



successivo al termine del rapporto di lavoro; purché le informazioni sulle violazioni oggetto della segnalazione siano state acquisite durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, anche qualora queste funzioni siano esercitate in via di mero fatto.

Le persone tutelate nei cui confronti valgono il divieto di ritorsione e le misure di protezione, sono: il segnalante (whistleblower) ed eventuali parti terze, che siano venute a conoscenza del contenuto della segnalazione nell'ambito del contesto lavorativo, tra cui:

- il "facilitatore", persona che assiste un segnalante nel processo di segnalazione e che opera all'interno del medesimo contesto lavorativo;
- i colleghi di lavoro del segnalante, che con questi hanno un rapporto abituale e corrente;
- le persone del medesimo contesto lavorativo, legate al segnalante da uno stabile rapporto affettivo o di parentela entro il quarto grado.

La tutela del segnalante non può essere assicurata nei casi in cui questi incorra, con la denuncia, in responsabilità a titolo di calunnia e/o diffamazione, o in responsabilità civile ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile.

Inoltre, l'anonimato del segnalante non può essere garantito in tutte le ipotesi in cui l'anonimato stesso non è opponibile per legge come nel caso di indagini giudiziarie (si veda par. 12 - Tutela del segnalante e divieto di ritorsione).

3. DEFINIZIONE DELLA SEGNALAZIONE

Con il termine "segnalazione" si intende la comunicazione di informazioni sulle presunte violazioni riconducibili a fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che potrebbero essere commesse nell'organizzazione, o riguardanti condotte dirette a occultare queste violazioni, presentate sulla base di elementi concreti. Favorisce la presa in carico della segnalazione ogni elemento che possa essere utile alla ricostruzione del fatto e dell'accertamento della veridicità e fondatezza di quanto segnalato. Sono a tal fine utili, ma non necessari:

- le generalità, qualifica, sede, servizio e recapiti del segnalante;
- circostanze di tempo e di luogo in cui si sarebbe verificato il fatto oggetto della segnalazione;
- descrizione del fatto;
- generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto o i soggetti che avrebbero posto in essere i fatti oggetto della segnalazione;
- eventuali altri soggetti che possano riferire sui fatti oggetto di segnalazione ed eventuali documenti che possano confermare la fondatezza dei fatti;



ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Quanto sopra deve essere noto direttamente al segnalante e non riportato o riferito da terze parti se non coinvolgibili nelle verifiche che potrebbero seguire.

I motivi che hanno indotto il whistleblower a effettuare la segnalazione sono da considerarsi irrilevanti al fine di decidere sul riconoscimento delle tutele previste dal Decreto n. 24/2023.

Il legislatore specifica che non possono essere oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia:

le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale del segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile, che attengono esclusivamente ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate;

le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione Europea o nazionali, indicati nella parte II dell'allegato al Decreto, ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell'Unione Europea indicati nella parte II dell'allegato alla Direttiva (UE), 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell'allegato al Decreto;

le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale.

4. DESTINATARIO DELLA SEGNALAZIONE

La segnalazione viene ricevuta dal R.P.C.T., unico soggetto aziendale deputato a gestirla secondo i criteri di confidenzialità e riservatezza e ad averne accesso.

Qualora la segnalazione interna sia presentata ad un soggetto diverso (ad esempio al superiore gerarchico, dirigente o funzionario in luogo del R.P.C.T.) da quello individuato e autorizzato dall'amministrazione o Ente la segnalazione deve essere trasmessa entro sette giorni dal suo ricevimento, al soggetto competente (R.P.C.T.), dando contestuale notizia della trasmissione alla persona segnalante.

Ai fini della gestione coloro che sono deputati al trattamento dei dati e che accedono al sistema di whistleblowing, sono soggetti ad attività formative periodiche circa le tematiche di sicurezza e protezione dei dati personali.

Nell'ipotesi di avvicendamento nella funzione di R.P.C.T. per termine incarico o cessazione dal servizio, salvo impedimento di forza maggiore, il R.P.C.T. uscente provvederà al passaggio di consegne con il nuovo incaricato, evidenziando le attività svolte e le azioni da intraprendere, rendendolo edotto sulla gestione delle pratiche in corso e le modalità operative di verifica e controllo del sistema di segnalazione attraverso la piattaforma informatica e, il conferimento delle password e/o credenziali di abilitazione necessarie alla gestione del sistema. Qualora il passaggio di consegne non sia possibile per cause di forza

maggiore, il recupero delle credenziali di gestione della piattaforma di segnalazione potrà essere operato tramite il coinvolgimento dei sistemi informativi aziendali e del fornitore del servizio in qualità di Responsabile del trattamento dati.

5. CANALI PER LE SEGNALAZIONI INTERNE

Il D.Lgs. n.24/2023 ha previsto quattro canali per la segnalazione di condotte illecite:

1. canale interno,
2. canale esterno,
3. divulgazione pubblica,
4. denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

Affinché una segnalazione sia considerata come rientrante nel novero delle segnalazioni di whistleblowing, pertanto, meritevole delle tutele e delle protezioni previste dalla normativa in materia, la finalità deve essere la tutela dell'interesse e dell'integrità della pubblica amministrazione e la ragione della segnalazione deve rientrare nell'ambito di informazioni acquisite all'interno del rapporto di lavoro e non può contenere rivendicazioni personali.

5.1. SEGNALAZIONE TRAMITE PIATTAFORMA DIGITALE WHISTLEBLOWING

L'Azienda, in ottemperanza al dettato normativo, ha messo a disposizione per le segnalazioni interne una procedura crittografata tramite la piattaforma informatica denominata **whistleblowingPA**. Il fornitore, attraverso la sottoscrizione di specifico accordo in merito al trattamento dei dati personali, garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, dei soggetti coinvolti o comunque menzionati nella segnalazione, del contenuto della stessa e della relativa documentazione. La segnalazione attraverso la piattaforma informatica può essere effettuata dall'interno, tramite qualsiasi dispositivo digitale aziendale, oppure con propria strumentazione informatica anche dall'esterno, accedendo al sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente, oppure accedendo al seguente link:

<https://aslroma5.whistleblowing.it/#/>,

Tutte le opzioni seguite per accedere alla procedura di segnalazione tramite piattaforma informatica, condurranno al sito di Amministrazione Trasparente dell'ASL ROMA 5, al link **<https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/>**, ove sarà possibile prendere preventivamente visione: della disciplina, delle modalità di segnalazione e dell'informativa sulla gestione e trattamento dati.

La segnalazione tramite piattaforma digitale è possibile cliccando sul link in evidenza, attraverso il quale si accede alla seguente pagina.



Al termine del percorso di segnalazione verrà visualizzato un codice che potrà vedere solamente il segnalante. Il codice fornito permetterà al segnalante di rientrare nella segnalazione e dialogare con il Responsabile per la prevenzione della trasparenza e della corruzione, nonché di allegare ulteriori documenti. Si raccomanda al segnalante di salvare il codice in un posto sicuro.

La tutela della riservatezza e anonimato sono garantite dall'Azienda e dal fornitore in base ai rapporti contrattuali in essere e secondo l'art. 28 GDPR quale responsabile del trattamento dei dati personali.

5.2. SEGNALAZIONE SCRITTA – MODELLO DI SEGNALAZIONE

L'Azienda esorta e incoraggia i segnalanti ad impiegare per le segnalazioni la piattaforma informatica di whistleblowing messa a disposizione, per i vantaggi derivanti dalla gestione digitalizzata e opportunamente anonimizzata descritta nel precedente paragrafo.

La normativa prevede, tuttavia, la possibilità dell'inoltro di segnalazioni in forma scritta tramite il servizio di posta interna – protocollo generale (ufficio protocollo). Per queste tipologie occorrerà aver cura di inserire la segnalazione in busta chiusa con la dicitura "RISERVATA PERSONALE", indirizzata a Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria Locale RM5, Dott.ssa Stefania Salati, Via dei Pioppi, 00012 Albuccione, Guidonia (RM).

5.3. SEGNALAZIONE IN FORMA ORALE

Le segnalazioni interne al R.P.C.T. possono essere effettuate anche in forma orale.

Il R.P.C.T. potrà essere contattato al seguente recapito, raggiungibile dall'esterno al n. 0774 779 714 e dall'interno dell'ASL RM5 al n. 5787, al fine di fissare un incontro entro quindici (15) giorni dalla richiesta.

Il contatto telefonico con il R.P.C.T. è finalizzato esclusivamente a fissare la data dell'incontro.

Alla data dell'incontro il R.P.C.T., nel rispetto del massimo livello di sicurezza e di tutela della riservatezza del segnalante, provvederà a fornire al segnalante l'informativa privacy del trattamento dati personali ex art. 13 GDPR.

Della segnalazione fornita in forma orale verrà redatto verbale scritto che dovrà essere letto, confermato e sottoscritto dal segnalante a cui verrà rilasciata copia.



6. FASI DEL PROCEDIMENTO

6.1. PRESA IN CARICO DELLA SEGNALAZIONE ED EVENTUALI

ACCORGIMENTI

La segnalazione viene ricevuta dal R.P.C.T., unico soggetto aziendale deputato a gestirla secondo i criteri di confidenzialità e riservatezza e ad averne accesso.

La linea di comunicazione impiegata determinerà le azioni che il R.P.C.T. adotterà per garantire la massima riservatezza:

1. segnalazione tramite piattaforma digitale: si rimanda alle modalità descritte al par. 6.1;
2. segnalazione scritta: in aggiunta a quanto già indicato al par. 6.2, la documentazione cartacea sarà conservata e custodita in armadio chiuso a chiave e collocato in locali accessibili esclusivamente dal R.P.C.T.;
3. segnalazione orale: il verbale della segnalazione orale acquisita sarà conservato secondo le modalità indicate al punto precedente.

Tutta la documentazione cartacea inerente a una segnalazione viene conservata come descritto ai punti 2 e 3. La documentazione costituita da file digitali è conservata su supporti informatici riservati al R.P.C.T.

6.2. ATTIVITÀ DI VERIFICA E FONDATEZZA DELLA SEGNALAZIONE

All'atto del ricevimento della segnalazione, il R.P.C.T. provvederà all'avvio di una prima verifica e analisi della segnalazione in coerenza con il dato normativo, riservando ad una fase successiva l'avvio dell'accertamento effettivo sull'accadimento dei fatti, attraverso ogni procedura e attività interna che riterrà utile e opportuna. Il R.P.C.T. potrà avviare un dialogo con il segnalante (whistleblower), per richiedere di integrare e trasmettere ulteriore documentazione utile al fine di permettere la verifica e il riscontro dei fatti rappresentati nella segnalazione.

Potrà essere richiesta dal R.P.C.T. la collaborazione delle strutture competenti al fine di acquisire atti e documenti da altri uffici dell'amministrazione, avvalersi del loro supporto, coinvolgere terze persone tramite audizioni e altre richieste, avendo cura di non comunicare alcun dettaglio sulla segnalazione e nel rispetto della tutela della riservatezza del segnalante, dei soggetti facilitatori e del segnalato.

Le strutture investite dalle richieste del R.P.C.T., che vengono a condividere informazioni inerenti alle segnalazioni, oltre ad essere preventivamente informate delle rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi in materia di protezione dei dati personali, dovranno dare riscontro alla richiesta del R.P.C.T. entro quindici (15) giorni salvo proroga di ulteriori quindici (15) giorni per giustificato motivo.



Il R.P.C.T. fornisce riscontro alla segnalazione entro tre mesi (90 giorni) dalla data dell'avviso di ricevimento o diversamente entro tre mesi dalla scadenza del termine di sette (7) giorni dalla presentazione della segnalazione.

Le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci, necessitano di ulteriori e adeguati approfondimenti da parte del R.P.C.T., nonché della massima collaborazione del segnalante alle richieste di integrazioni e chiarimenti.

Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili o denunciabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili.

In tali ipotesi, qualora il segnalante non dia seguito ad ulteriori riscontri di integrazioni entro quindici (15) giorni e il R.P.C.T. non rilevi alcun elemento di illecito amministrativo, penale, contabile o disciplinare da dover segnalare ai competenti organi, la segnalazione rimane sospesa e viene archiviata senza seguito solo al decorrere dei novanta (90) giorni dalla trasmissione al R.P.C.T. Se nel termine dei novanta (90) giorni dovessero sopraggiungere elementi nuovi che palesino un illecito o condotta meritevole di segnalazione, il R.P.C.T. prosegue nell'attività istruttoria coinvolgendo gli organi deputati.

6.3. INDIVIDUAZIONE DELL'OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Le segnalazioni di violazioni (conosciute nell'ambito di un contesto lavorativo) di disposizioni del diritto nazionale o europeo, lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica, attivano la specifica protezione di tutela del segnalante (whistleblower).

Le segnalazioni che riguardino doglianze e relazioni di carattere personale del segnalante o rivendicazioni attinenti alla disciplina del rapporto di lavoro, o con il superiore gerarchico, o con i colleghi, non trovano tutela attraverso la disciplina del presente documento inerente il whistleblowing, ma tramite le procedure dei competenti Servizi del Personale, del Comitato Unico di Garanzia o dell'Ufficio Provvedimenti Disciplinari.

Accertata la fondatezza della segnalazione il R.P.C.T. individua, se non indicato nella segnalazione, un possibile "oggetto" e un identificativo per il prosieguo del procedimento.

6.4. GESTIONE DI SEGNALAZIONI ANONIME

Le segnalazioni anonime e quelle che pervengono da soggetti estranei alla PA (cittadini, organizzazioni, associazioni, comitati etc.) attraverso i canali dedicati al whistleblowing sono registrate nel registro aziendale dedicato al trattamento dati. Il R.P.C.T. valuterà l'utilizzabilità delle informazioni pervenute qualora esse siano ben circostanziate, dettagliate, complete, verificabili e supportate da elementi probatori tali da far emergere situazioni riconducibili a fatti determinati. Accertata la possibile fondatezza della

segnalazione il R.P.C.T. individua, se non indicato nella segnalazione, un possibile "oggetto" e un identificativo (si veda par. 7.3) per avviare le verifiche preliminari (si veda par. 7.2) atte a valutare il prosieguo del procedimento.

6.5. ESITO DELLA PROCEDURA

Qualora all'esito delle verifiche la segnalazione risulti fondata in tutto o in parte, il R.P.C.T. in relazione alla natura della violazione, provvede:

- a comunicare l'esito dell'accertamento al Dirigente Responsabile della struttura aziendale di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'adozione dei provvedimenti di competenza, incluso, sussistendone i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare ovvero, in ragione della gravità dei fatti, alla trasmissione all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- a presentare denuncia all'Autorità Giudiziaria competente;
- a comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione Generale dell'Azienda per il pieno ripristino della legalità, della correttezza dell'attività amministrativa e dell'osservanza dei principi sanciti dalla legge.

7. SEGNALAZIONI "ESTERNE"

Sono segnalazioni esterne quelle effettuate dal segnalante direttamente all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) secondo quanto atteso dalla Linee Guida a tal fine emanate e attraverso i canali da questa predisposti, qualora:

- il canale interno pur essendo obbligatorio, non è attivo o, anche se attivato, non è conforme a quanto previsto dal decreto con riferimento ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni interne, che devono essere in grado di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati (cfr. par. 4 dello Schema Linee Guida ANAC);
- il segnalante ha effettuato una segnalazione e vi sia stata inerzia da parte degli organismi interni deputati alla gestione della segnalazione e/o non sia stato dato riscontro alcuno alla richiesta del segnalante;
- il segnalante abbia fondati motivi per ritenere che, laddove venga ad effettuare una segnalazione interna, non vi sarebbe dato efficace seguito o che dalla stessa segnalazione possa derivare un rischio di ritorsione;
- il segnalante abbia fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Le suddette condizioni per l'effettuazione di segnalazioni esterne possono comportare, a carico dell'Azienda, l'irrogazione di sanzioni amministrative pecuniarie sino ad € 50.000,00, oltre a costituire responsabilità disciplinare, nonché eventuali altre forme di responsabilità. L'Azienda, al fine di non incorrere nelle ipotesi richiamate e prevenire situazioni di ostacolo all'attività di segnalazione, violazione



dell'obbligo di riservatezza, di anomalia nella gestione delle segnalazioni, ha predisposto canali sicuri di segnalazione "interna", descritti nei paragrafi precedenti, a tutela del segnalante (whistleblower) e, per il tramite del R.P.C.T., monitora la corretta gestione e rispetto delle tempistiche previste da parte di tutti i servizi e soggetti coinvolti, predisponendo e concordando con i referenti aziendali apposita formazione continua per i soggetti autorizzati al trattamento.

8. DIVULGAZIONI PUBBLICHE

L'Azienda è tenuta ad assicurare la massima tutela e riservatezza al segnalante, anche laddove il whistleblower effettui una divulgazione pubblica da intendersi come l'atto di rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni a mezzo stampa, mezzi elettronici, mezzi di diffusione di massa, social media in grado di raggiungere un numero elevato di persone, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- il segnalante ha effettuato una segnalazione interna e/o una segnalazione esterna senza seguito;
- fondati motivi/timori di ritorsione o che la segnalazione non possa avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto;
- fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Al di fuori dei casi specifici suindicati, l'Azienda si riserva di intraprendere nei confronti del soggetto e/o dei soggetti terzi che hanno coadiuvato la diffusione pubblica di informazioni non rientranti nella tutela, fermo restando il rispetto delle norme sul segreto professionale dei giornalisti, ogni eventuale ed ulteriore azione a salvaguardia della propria immagine o tutela di differenti diritti lesi.

9. OBBLIGO DI RISERVATEZZA - FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

L'identità del segnalante (whistleblower), viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione, escluse le segnalazioni che abbiano un carattere puramente ritorsivo o ove sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione secondo le disposizioni del codice penale o responsabilità ai sensi dell'art. 2043 codice civile, le quali potranno essere trasmesse ai competenti organi per eventuali rilievi di carattere amministrativo, penale, contabile o disciplinare e nelle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge.

subiscono ritorsioni per aver fornito consulenza e sostegno alla persona segnalante, denunciante o che ha effettuato una divulgazione pubblica. La protezione dalle ritorsioni è descritta nel par. 4.2.2 e .3 dello Schema di Linee Guida ANAC.



Fatte salve le eccezioni suindicate, l'identità del segnalante e qualsiasi altra informazione da cui si possa risalire a questa, non può essere rivelata a persone diverse da quelle autorizzate a ricevere o a dare seguito alla segnalazione, senza il consenso espresso del segnalante (whistleblower).

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

9.1. TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEL SEGNALANTE NEI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI E DISCIPLINARI

Al segnalante che abbia effettuato una segnalazione da cui sia scaturito un procedimento giudiziario e/o disciplinare, l'Azienda è tenuta a garantire la riservatezza dell'identità:

- nell'ambito del procedimento penale l'identità del segnalante è coperta da segreto sugli atti compiuti nelle indagini preliminari fino a quando l'imputato non ne possa avere conoscenza e, comunque, non oltre la chiusura delle indagini preliminari (art. 329 c.p.p.) (si veda par. 10.2 per accesso giudiziale);
- nel procedimento erariale di fronte alla Corte dei Conti, l'obbligo del segreto istruttorio è garantito sino alla chiusura della fase istruttoria e, successivamente, potrà essere disvelata dall'autorità contabile al fine di essere utilizzata nel procedimento stesso;
- nel procedimento disciplinare attivato dall'amministrazione nei confronti del presunto autore della condotta segnalata, l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti ad essa.

Laddove la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso del segnalante.

Nelle ipotesi sopra descritte, l'Azienda darà avviso al segnalante mediante comunicazione scritta delle ragioni della rilevazione di dati e, specificatamente per l'ipotesi contemplata nel procedimento disciplinare, anche solo quando la rilevazione dell'identità del segnalante sia necessaria ai fini della difesa del segnalato.

9.2. ACCESSO AGLI ATTI

Ai fini della tutela della riservatezza del segnalante (whistleblower), la segnalazione e la documentazione ad essa allegata è sottratta al diritto di accesso agli atti amministrativi previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge del 7 agosto 1990 n. 241 "Norme sul procedimento amministrativo", nonché all'accesso civico generalizzato previsto agli articoli 5 e seguenti del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.



Nel caso in cui la segnalazione sia stata trasmessa a soggetti "diversi" dal R.P.C.T., unico referente per le segnalazioni di whistleblowing (si veda par. 5), autorizzato al trattamento dati o nelle ipotesi di disvelamento dell'identità, l'identità non può più essere considerata sottratta all'accesso previsto al precedente paragrafo (accesso documentale L. 241/1990, accesso civico generalizzato D.Lgs. 33/2013). In tale specifica ipotesi l'Azienda e i servizi interessati saranno tenuti a valutare l'istanza di ostensione della segnalazione, applicando le discipline previste dalle singole tipologie di accesso (documentale, semplice e generalizzato). L'Azienda dovrà applicare il criterio del congruo bilanciamento dei contrapposti interessi e valutare, previa interlocuzione con i controinteressati, se concedere o meno l'accesso alla segnalazione.

Qualora nell'ambito del procedimento penale in fase di indagini preliminari, il difensore dell'imputato, ai sensi dell'art. 391-quater c.p.p. (cd Accesso Giudiziale), chieda l'ostensione ai fini delle indagini difensive di documenti in possesso della P.A. da cui potrebbe disvelarsi l'identità o l'identificazione del soggetto segnalante, a fronte del diniego opposto da parte dell'Azienda, la stessa potrà essere obbligata a estendere le informazioni richieste solo a seguito di un provvedimento espresso dall'organo giudiziario.

10. TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA PRIVACY

L'Azienda, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati – GDPR 2016/679, gestisce il trattamento dei dati personali relativi al ricevimento e alla gestione delle segnalazioni in qualità di titolare del trattamento dati. Fornisce le informazioni necessarie sulla tutela della privacy e gestione dati al segnalante e alle persone coinvolte ai sensi degli artt. 13-14 GDPR, pubblicando la relativa informativa privacy sul sito aziendale al seguente link: <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/>.

L'Azienda gestisce solo i dati che risultano utili e finalizzati al trattamento della segnalazione evitando di raccogliere quelli superflui e nel caso di provvedere alla loro cancellazione immediata.

I diritti di cui agli articoli da 15 a 22 GDPR (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento) possono essere esercitati nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente (art. 2 undecies D.Lgs. 196/2003), attraverso i canali indicati nelle informative ex art. 13 GDPR rese disponibili tramite i canali di segnalazione e specifica sezione del sito web.

L'ASL RM 5 provvede a conferire al RCPT formale incarico per il trattamento dei dati personali attraverso consegna di una lettera di designazione ex artt. 29 GDPR.



La lettera prevede specifiche istruzioni per il corretto trattamento dei dati personali di cui alla segnalazione e la puntuale indicazione delle misure di sicurezza da applicare.

10.1. RESPONSABILE TRATTAMENTO DATI

L'Azienda si avvale, per le segnalazioni giunte per il tramite della piattaforma informatica, di un servizio di whistleblowing digitale offerto da fornitore esterno in outsourcing. In qualità di titolare del trattamento dati, ASL RM5 nomina il fornitore quale Responsabile del trattamento dati ai sensi della normativa GDPR, il quale dichiara e garantisce:

- di possedere le competenze e conoscenze tecniche e tecnologiche relative alle finalità e modalità di trattamento dati;
- misure di sicurezza da adottare a garanzia della riservatezza;
- di non effettuare copie dei dati personali diverse da quelle strettamente necessarie alla gestione della procedura di segnalazione;
- non divulgare dati in possesso.

La gestione e il trattamento dei dati personali viene effettuata dal fornitore Responsabile del trattamento in conformità con la normativa vigente. Ogni operazione di trattamento dati personali è garantita dal fornitore e svolta con la misura di sicurezza idonea a prevenire i rischi di distruzione e perdita anche accidentale dei dati personali, nonché di accesso non autorizzato o trattamento illecito dei medesimi in conformità alle misure di sicurezza previste dal Regolamento Privacy.

10.2. REGISTRO SEGNALAZIONI WHISTLEBLOWING – CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Ai fini del trattamento dati di cui ai par. 10 e 11, l'Azienda conserva e censisce le segnalazioni ricevute all'interno della Piattaforma; pertanto, laddove dovessero essere ricevute segnalazioni orali o tramite busta chiusa in protocollo, le stesse saranno caricate in Piattaforma dal RCPT.

Tutta la documentazione relativa all'istruttoria deve essere archiviata a cura del RCPT.

Tutte le segnalazioni e la relativa documentazione sono conservate esclusivamente per il tempo necessario al trattamento e gestione della segnalazione e comunque non oltre cinque (5) anni dalla data di comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione o per tutta la durata dell'eventuale procedimento disciplinare, penale o dinanzi la Corte dei Conti.



11. TUTELA DEL SEGNALANTE E DIVIETO DI RITORSIONE

11.1. RITORSIONI E RISARCIMENTI

Il segnalante (whistleblower) che a fronte della segnalazione presentata, della divulgazione pubblica effettuata o di una denuncia all'autorità giudiziaria o contabile abbia subito un danno in ambito lavorativo, può agire in giudizio per il risarcimento e salvo prova contraria si presume che il danno sia conseguenza di tale segnalazione, divulgazione o denuncia all'autorità.

Vengono qualificate ritorsioni a carico del segnalante: licenziamento, sospensione o misure equivalenti, retrocessioni o mancate promozioni, mutamento di funzioni, cambiamento del luogo di lavoro, riduzione dello stipendio, modifica dell'orario di lavoro, sospensione della formazione o restrizioni all'accesso, note di demerito, adozioni di misure disciplinari o altre sanzioni, coercizioni, intimidazioni, molestie, discriminazioni, danni alla reputazione anche via social media, annullamento anticipato di contratti di servizi, fornitura lavori, annullamento di licenza o permesso, richieste di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici etc..

In queste ipotesi l'onere di provare che queste condotte o atti sono stati motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla divulgazione o alla denuncia all'autorità giudiziaria o contabile grava esclusivamente in capo ai soggetti che li hanno posti in essere (Azienda, superiore gerarchico, colleghi etc.).

11.2. MISURE DI ASSISTENZA E SOSTEGNO AL SEGNALANTE

Fatte salve le tutele ed assistenze previste direttamente da ANAC tramite enti del Terzo settore nel fornire misure di sostegno alle persone dei segnalanti, il soggetto che intenda effettuare una segnalazione può, in via preventiva, dialogare direttamente con il R.P.C.T. aziendale al fine di ricevere tutte le informazioni e indicazioni opportune sulle modalità di segnalazioni, gestione e soluzioni possibili.

Laddove il soggetto intenda successivamente dare corso alla segnalazione viene incoraggiato ad utilizzare il sistema informatico della piattaforma digitale a disposizione per garantire le tutele di riservatezza e troverà seguito la procedura di gestione descritta nel presente documento.

11.3 TUTELA DEL SEGNALATO, DELLA SEGNALEZIONE E DEI FACILITATORI

Deve essere tutelata e garantita la riservatezza della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione, ovvero alla persona alla quale la violazione è attribuita nella divulgazione pubblica (c.d. persona coinvolta). Pertanto, l'Azienda (anche quale titolare del trattamento) e il fornitore (anche quale responsabile del trattamento) adotta e garantisce particolari cautele al fine di evitare la indebita circolazione di informazioni personali, non solo verso l'esterno, ma anche all'interno degli uffici dell'amministrazione o a soggetti non autorizzati al trattamento di tali dati e informazioni.



Il soggetto segnalato ha diritto di essere sentito o che venga sentito, dietro sua richiesta, anche mediante procedimento cartolare attraverso l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti.

Medesima tutela della riservatezza è garantita al facilitatore per come definito nel D. Lgs. 24/2023 per quel che attiene l'identità oltre che l'attività in cui l'assistenza si è concretizzata e a persone diverse dal segnalato, comunque implicate in quanto menzionate nella segnalazione o nella divulgazione pubblica.

La riservatezza del facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione viene garantita fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione e nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante.

Fa eccezione a questo dovere di riservatezza delle persone coinvolte o menzionate nella segnalazione il caso in cui le segnalazioni siano oggetto di denuncia alle Autorità giudiziarie.

In via generale la riservatezza dell'identità dei soggetti sopra menzionati avviene tramite il ricorso a strumenti di crittografia, ove si utilizzino strumenti informatici.

In ogni caso, la stessa riservatezza va garantita anche quando la segnalazione viene effettuata attraverso modalità diverse da quelle istituite in conformità al d. lgs. 24/2023 nonché nei casi in cui la stessa perviene a personale diverso da quello addetto al trattamento, al quale la stessa viene comunque trasmessa senza ritardo.

Per tutto quanto quivi non espressamente menzionato si fa riferimento al d. lgs. 24/2023 e alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 dell'ANAC sulle *"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. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne."* ai quali integralmente si rimanda.

ALLEGATO 3) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Descrizione sotto-testo livello 1 (Macro-obbligo) | Descrizione sotto-testo livello 2 livello 1 (Tipologie di dati) | Riferimenti normative | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente l'Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. al punto dell'art. 5 ANAC n. 1510/2016 e relativo allegato 1) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del dirigente responsabile |
|---|---|--|---|--|--|---|--|--|
| Disposizioni generali | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Art. 30, c. 5, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4, 41, n. 88/2021 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (P3PCT) Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 2 bis della legge n. 190 del 2012. (NRG) 231) (rifer. alla sottosezione Altri contenuti Anticorruzione) | Annuale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 15 giorni dall'approvazione | Monitoraggio al 20 giugno Responsabile P3PCT |
| | Atti generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Riferimenti normativi con i relativi dati alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari generali e legali |
| | | | Atti amministrativi generali | Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni altro che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determini l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione | Entro 30 gg. dall'aggiornamento - adozione nuovi atti | Monitoraggio semestrale 31 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari generali e legali |
| | | | Documenti di programmazione strategico-globale | Direttive ministeriali, documenti di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione | Entro 30 gg. dall'approvazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari generali e legali |
| | | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Statuti e leggi regionali | Statuti e testi ufficiali aggiornati degli Stati e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg. dall'approvazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari generali e legali |
| | | Art. 55, c. 1, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Codici disciplinari e codice di condotta | Codici disciplinari, recante l'individuazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1976) Codice di comportamento | Temporaneo | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg. dall'approvazione | Monitoraggio Semestrale 31 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Gestione del Personale |
| | Opere informative per cittadini e imprese | Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Scadenze obblighi amministrativi | Scadenze con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 | Temporaneo | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | Art. 24, d.lgs. n. 33/2013 | Opere informative per cittadini e imprese | Regolamenti ministeriali o commissariati, provvedimenti amministrativi e circoscrizioni generali adottate dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri amministrativi, consentiti e certificati; nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con obbligo elenco di tutti gli atti amministrativi praticati nei cittadini e sulle imprese individuali e divisi in servizi e prodotti etc | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 99/2016 | | | |
| | Bancarella zero | Art. 31, c. 1, 41, n. 88/2021 | Bancarella zero | Casi in cui è rilevante la garanzia di competenza e sussidiato da una comunicazione all'interessato | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 99/2016 | | | |
| | | Art. 31, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013 | Atti da soggetti a controllo | Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali la pubblica amministrazione, competenti strutture incaricate l'individuazione, la segnalazione sufficienti di legge art. 41 e la loro comunicazione) | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 99/2016 | | | |
| | Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg. dall'approvazione | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | |
| | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | Atti di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | | |

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Designazione dell'incarico (Art. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 33/2013) | Designazione della sezione 2 (Art. 1, lett. b) del D.Lgs. n. 33/2013) | Riferimento normativo | Designazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Responsabile della dichiarazione, trascrizione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (in: sul punto dell'art. 17, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 33/2013 e in caso di obbligo 1) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile |
|---|---|---|---|---|---|--|--|---|
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d) lgs. n. 33/2013 | Titolari di incarichi pubblici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabella) | Curriculum vitae | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d) lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d) lgs. n. 33/2013 | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d) lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, a relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d) lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d) lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, incarichi di amministrazione o di sindaco di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministrazione 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 (N.B. 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 non pubblicata fino alla situazione dell'incarico o del mandato) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d) lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (N.B. dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (N.B. è necessario fornire, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 7 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d) lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essere o non essere iscritti, autore di materiali o di servizi propagandistici partitici e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 600 €) | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d) lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute 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 (N.B. dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | Annuale | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), d) lgs. n. 33/2013 | | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettorale | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d) lgs. n. 33/2013 | Curriculum vitae | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d) lgs. n. 33/2013 | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d) lgs. n. 33/2013 | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | | |

ALLEGATO D) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione sotto sezione livello (Macrostruttura) | Denominazione sotto sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (rifer. nel parte dall'area ANAC n. 131/2013 e relativo allegato 1) | Modalit  e individuazione del dirigente responsabile |
|--|---|---|--|---|---|---|--|--|
| Organizzazioni | Tutela di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Tutela di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 1, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 2, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazioni concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, inclusi di imprese, azioni di societ , quote di partecipazioni e societ , esercizio di funzioni di amministrazione o di sindaco di societ , con l'aggiunzione della formula "sul mio onere affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si costituiscono CNR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso] e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Neppure riva presentata una volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e una volta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato] | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si costituiscono CNR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso] (INR), e necessario listare, con appositi avvertimenti a cura dell'incaricato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essere avuti esclusivamente di materiali e di mezzi, propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o della formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'aggiunzione della formula "sul mio onere affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera 5.000 €) | Temporaneo (ex art. 1, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente a copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si costituiscono CNR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso] | Annuale | non applicabile | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 | Atto di nomina, con indicazione della durata dell'incarico | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 | Curriculum vitae | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. j), d.lgs. n. 33/2013 | Importi di viaggi di servizio e rimborsi pagati con fondi pubblici | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Descrizione della sezione (Materie/uffici) | Strumenti di pubblicazione (Tipologie di dati) | Riferimenti normative | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, manutenzione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. al punto dell'art. ANAC n. 118/2013 e relativi allegati 1) | Monitoraggio - Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile |
|--|--|--|---|--|---|---|---|--|
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | Costo del servizio di pubblicazione da pubblicare sul sito web | 1) copia delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si consentano (NR, dando eventuale esenzia del servizio consensuale) (NR) e necessario fornire, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato e della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili). | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | 1) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero annotazioni diassenso o di esclusione di materiali e di mezzi propagandistici prodigiosi e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegati copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera 5.000 €) | | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | 4) dichiarazioni concernenti le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima ammissione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si consentano (NR, dando eventuale esenzia del servizio consensuale) | | Neppure | Dirigente UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza | | | |
| Sanzioni per mancato o incompleta comunicazione dei dati | | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Sanzioni per mancato o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Procedimenti 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'ammissione della carica, la tenuta di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i componenti ex de iure l'assemblea della carica | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | ANAC | | |
| Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | | Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 55/2013 | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con esenzia delle norme tendenti a assegnare a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'importo delle risorse utilizzate | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Atti degli organi di controllo | Atti e relazioni degli organi di controllo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| Articolazione degli uffici | | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Articolazione degli uffici | Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dall'approvazione | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile URP e Comunicazione |
| | | Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Organigrammi | Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organizzazione o analoghe rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dall'approvazione | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile URP e Comunicazione |
| | | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Organigrammi | Organigrammi (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 dalla norma) | Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale | Entro 30 gg dalla nomina |
| Telefono e posta elettronica | | Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 55/2013 | Telefono e posta elettronica | Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificate dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile URP e Comunicazione |
| | | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 55/2013 | | Estensi 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 del soggetto proponente, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | Per ciascun titolare di incarico: | | | | |
| | | Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 55/2013 | | Il curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | | |

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Denominazione istituzione livello 1 (Macrofamiglia) | Denominazione istituzione 2 livello (Tipologia di dato) | Riferimenti normativi | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, manutenzione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (cd. nel punto dell'area ANAC n. 1316/2014 e relativi allegati) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile | |
|---|--|--|---|--|---|---|--|---|--|
| Consulenti e collaboratori | Titoli di incarichi di collaborazione o consulenza | Art. 15, c. 1, lett. c), d) lgs. n. 33/2013 | Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle) | 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla mobilità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | Entro 3 mesi dal conferimento incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: UOC Gestione del Personale | |
| | | Art. 15, c. 1, lett. d) lgs. n. 33/2013 | | 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza e di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specificazione delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | | Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di rispetto, decisa a competenza dell'incarico (comunicate alla funzione pubblica) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del personale | Entro il 30/06 di ogni anno | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: UOC Bilancio e Controllo | |
| | | Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | | Attestazione dell'esatta verità dell'esistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse | Temporaneo | Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza | Entro 3 mesi dal conferimento incarico | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: UOC Gestione del Personale | |
| | Titoli di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice | Art. 14, c. 1, lett. a) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Per ciascun titolare di incarico | Anno di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Correzione vizio, relativo ai confronti al rigo del modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 3 mesi dal conferimento incarico | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari Generali e Legali | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Impendi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 3 mesi dal conferimento incarico | Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari Generali e Legali | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | Incari amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) | 1) dichiarazione concernente dati reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, società di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministrazione o di sindaco di società, con l'apposizione della formula usuali ma senza affetto 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: darlo eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una volta sola entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c), l-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | Incari amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: darlo eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario fornire, con appositi avvisi, a cura dell'intermento o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)] | Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |

ALLEGATO I) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione dell'entità (1) (Materie speciali) | Denominazione istituzione (2) (Dati) (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente UO/ris responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. sul piano dell'Ente ANAC n. 110/2019 e relativi allegati 1) | Monitoraggio - Tipologie e istituzioni del soggetto responsabile | |
|--|---|---|---|--|---|--|--|--|--|
| | | Art. 14, c. 1, lett. B) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il conteggio non separato e i pareri entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Annuale | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla inesistenza di una delle cause di inconfidenzialità dell'incarico | Temporaneo (art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 giorni dalla dichiarazione | Monitoraggio Semestrale: 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Affari Generali e Legali | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla inesistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | | Annuncio complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | Annuale (ove oltre € 30 euro) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | | Art. 14, c. 1, lett. A) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titoli di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali. Icd pubblicata in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionali, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali) | Per ciascun titolare di incarico | | | entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Gestione del Personale |
| | | | Art. 15, c. 1, lett. M) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | Temporaneo (art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 15, c. 1, lett. M) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Correttive ritrattate in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (art. 15, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura corrisposti all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) | Temporaneo (art. 14, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Importi di viaggi di servizio o missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (art. 14, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (art. 14, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica o indicazioni dei compensi spettanti | Temporaneo (art. 14, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| | | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | Il dichiarante concernente titoli reali su beni inalienabili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, inerenti di imprese, azioni di società, quote di partecipazioni e società, incarichi di funzione di amministrazione o di sindaco di società, con l'esplicitazione della finalità sul cui onere affiora che la dichiarazione corrisponde al vero [Per il soggetto, il conteggio non separato e i pareri entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Non sono tra presentati una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico o nota pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | | La copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (soggetta all'imposta sui redditi delle persone fisiche) [Per il soggetto, il conteggio non separato e i pareri entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NR, e momento finalista, con appositi accorgimenti a cura dell'assunzione o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | | Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | |
| Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il conteggio non separato e i pareri entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | | Annuale | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | Dichiarazione sulla inesistenza di una delle cause di inconfidenzialità dell'incarico | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro 30 giorni dalla dichiarazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre | | | | |

ALLEGATO D) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Descrizione attività (livello 1 (Macrofamiglia)) | Descrizione attività (livello 2 (Tipo di dati)) | Riferimenti normativi | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficiale responsabile della elaborazione, trattamento, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. al punto dell'art. 53 del D.Lgs. n. 33/2013 e relativi allegati) | Monitoraggio - Tempestività e individuazione del soggetto responsabile | | |
|--|---|--|--|---|--|--|---|---|--|--|
| Personale | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla inesistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | Responsabile: Gestione del Personale | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | | Assuntore complessivo degli emblemi preposti a carico della finanza pubblica | Annuale (non oltre il 30 marzo) | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 15, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Elenco personale dirigente (anzianità) | Elenco delle posizioni dirigenziali, insieme dei relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche estere, alle pubbliche amministrazioni, individuate decodificatamente dall'organo di indirizzo pubblico senza procedure pubbliche di selezione | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013 | | | | | |
| | | Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001 | Posti di funzione disponibili | Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi costi di scelta | Temporaneo | non applicabile | | | | |
| | | Art. 1, c. 7, d.lgs. n. 108/2004 | Ruolo dirigenti | Ruolo dei dirigenti | Annuale | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| Dirigenti assai. | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Dirigenti assai dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web) | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico e del mandato elettivo | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | entro 3 mesi dalla nomina | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: Gestione del Personale | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Curriculum Vitae | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | Importi di viaggio di servizio e rimborsi pagati con fondi pubblici | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi o qualsiasi altro corrispettivo | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con inserita carriera della finanza pubblica o indicazione dei compensi spettanti | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | entro 3 mesi dalla cessazione Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: Gestione del Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013; Art. 2, c. 1, punto 2, L.n. 441/1982 | | 1) Copie delle dichiarazioni dei redditi riferite al periodo dell'incarico; 2) copie della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro sei mesi dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si consentano (INR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (INR, è necessario firmare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | NESSUNO | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013; Art. 4, L.n. 441/1982 | | Ti dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima annotazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi si consentano (INR, dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | NESSUNO (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico) | Dirigente UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | | | |

ALLEGATO I) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Descrizione sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Descrizione sotto sezione 2 (Dalle Tipologie di dati) | Riferimenti normativi | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (in base all'art. 10, n. 110/2016 e relative allegato I) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile |
|---|---|---|---|--|--|--|---|---|
| | Servizi per mancata comunicazione dei dati | Art. 47, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Servizi per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi delegati | Precedenti sanzionati a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 16, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la stabilità di impiego, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i componenti cui è devoto l'esercizio della carica | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro 30 gg dal ricorrenza | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: RPCT |
| | Partizioni organizzative | Art. 14, c. 1-quater, d.lgs. n. 33/2013 | Partizioni organizzative | Caricature dei titolari di posizioni organizzative relativi in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro 30 gg dal conferimento dell'incarico | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| Divisione organica | | Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Costo annuale del personale | Costo 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) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro 15 gg dalla certificazione del conto annuale | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| | | Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Costo personale tempo indeterminato | Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) | | Art. 47, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Personale non a tempo indeterminato | Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, (ex compresi il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico) | Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro il 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| | | Art. 47, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Costo del personale non a tempo indeterminato | 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) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre | |
| Tassi di assenza | | Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Tassi di assenza mensili | Tassi di assenza del personale divisi per uffici di livello dirigenziale | Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del Personale Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza | | |
| Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | | Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 161/2001 | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Elenco degli incarichi conferiti e autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del personale | Entro 30 gg dal conferimento o autorizzazione dell'incarico | |
| Contrattazione collettiva | | Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001 | Contrattazione collettiva | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni scritte | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del personale | Entro 30 gg dalla sottoscrizione e pubblicazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| Contrattazione integrativa | | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Contratti integrativi | Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dal rispettivo ordinamento) | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Gestione del personale | Entro 30 gg dalla deliberazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| | | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2001 | 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 produrrà, 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. 150/2001) | Dirigente UOC Gestione del personale | Entro 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| ODV | | Art. 10, c. 8, art. 4, d.lgs. n. 33/2013 | ODV (da pubblicare in tabelle) | Nominativi | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg dalla nomina | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale |
| | | Art. 10, c. 8, art. 4, d.lgs. n. 33/2013 | | Comodi | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | | Par. 14.2, delib. CNVCF n. 1/2013 | | Composti | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |

ALLEGATO I) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione istituzione di riferimento (Ministero/Ente) | Destinazione informazione (Tipologia di dati) | Riferimenti normativi | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul piano dell'Ente ANAC n. 1316/2016 e relativi allegati I) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|---|--|---|--|---|--|--|--|--|
| Enti controllati | | Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla consistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (link al sito dell'Ente) | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | non applicabile | | | | | | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla consistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'Ente) | Annuale (art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013) | non applicabile | | | | | | |
| | | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati | Annuale (art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | | | | | |
| | Società partecipate | Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) | Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene (distanzando quote di partecipazione anche minoritarie, con l'indicazione dell'ente, delle funzioni applicative e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, o loro controllate) (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | entro il 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: Direttore e contabili | | | |
| | | | | | Per ciascuna delle società: | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 1) ragione sociale | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 2) natura dell'attuale partecipazione dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 3) durata dell'impegno | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 4) risorse complessive a qualsiasi titolo garantite per l'ente sul bilancio dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | 7) incaschi di amministrazione della società a relativo trattamento economico complessivo | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | |
| | | | | | Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013 | | Dichiarazione sulla consistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (link al sito dell'Ente) | | | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | |
| | | | | | | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013 | | | Dichiarazione sulla consistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'Ente) | Annuale (art. 20, c. 3, d.lgs. n. 30/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali |
| | | | | | | | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | | Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate | Annuale (art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali |
| Art. 22, c. 1, lett. d) bis, d.lgs. n. 33/2013 | Art. 19, c. 3, d.lgs. n. 178/2016 | Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Provvedimenti | Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni sociali, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e quotazione/cessione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 39, d.lgs. 175/2016) | Temporaneo (art. 19, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | | |
| | | | | Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche verificano obiettivi specifici, annuali o pluriennali, nel complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate | Temporaneo (art. 19, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | | |
| | | | | Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il corretto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali o pluriennali, nel complesso delle spese di funzionamento | Temporaneo (art. 19, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | | |
| Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | | | Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione e delle attività di servizio pubblico affidate | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | | | | |

ALLEGATO II SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Descrizione sotto-categoria livello 1 (Macrofamiglia) | Descrizione sotto-categoria 2 livello (Tipologia di dati) | Riferimento normativo | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (rel. al piano dell'era ANAC n. 131/2014 e relativa allegato 1) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile | |
|---|---|---|---|--|---|---|--|---|---|
| Fatti di diritto privato contabili | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Enti di diritto privato contabili (da pubblicare in tabelle) | Per ciascuno degli enti | | | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 1) ragione sociale | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 2) natura dell'eventuale partecipazione dell'amministratore | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 3) durata dell'impegno | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 4) valore complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'ente sul bilancio dell'amministrazione | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | | | 6) risultati di bilancio degli enti in corso di esercizio | Periodico | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | | |
| | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | 7) incarichi di amministrazione dell'ente e relativo trattamento economico complessivo | Periodico | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'amministratore (rel. al sito dell'ente) | Temporaneo | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (rel. al sito dell'ente) | Periodico | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | Rappresentazione grafica | Art. 22, c. 3, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Rappresentazione grafica | Collegamenti con i siti istituzionali degli enti di diritto privato contabili | Periodico | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | | |
| | | | | Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato contabili | Periodico | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Ente 30 gg. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Bilancio e contabilità |
| | | | | | | | | | |
| Dati aggregati attività amministrativa | Art. 34, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Dati aggregati attività amministrativa | Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza, dagli organi e dagli uffici, per tipologia di procedimenti | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 47/2018 | | | | | |
| Tipologie di procedimenti | Art. 35, c. 1, lett. aa), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. bb), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. cc), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. cd), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. ee), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. ff), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. gg), d.lgs. n. 33/2013 | Tipologie di procedimenti | Per ciascuna tipologia di procedimento | | | | | | |
| | | | 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi validi | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. aa), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 2) unità organizzativa responsabile dell'istruttoria | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. bb), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 3) ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. cc), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 4) via diversa, l'ufficio competente all'adempimento del procedimento finale, con indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. cd), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. ee), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adempimento di un preciso adempimento esecutivo e ogni altro termine procedimentale rilevante | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. ff), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | 7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione | Temporaneo | Art. 35, c. 1, lett. gg), d.lgs. n. 33/2013 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | | |
| | | | | | | Ente 30 gg. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: UOC Affari generali e legali | | |

ALLEGATO I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Denominazione dell'attività (livello 1, Macroattività) | Descrizione sommaria (livello 2, livello (Tipologie di dati)) | Riferimenti normativi | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Disposito (firma responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati) | Termini di scadenza per la pubblicazione (cf. sul piano dell'iva ANAC n. 1110/2014 e relativa allegata II) | Monitoraggio - Tipologie e sedi/istanza del soggetto responsabile |
|---|---|--|---|---|--|---|--|--|
| Attività procedurali | Tipologie di procedimenti | Art. 35, c. 1, lett. b), d) lgs. n. 33/2013 | Ida pubblicati in bilancio | 1) aumenti 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 prefissato per la sua conclusione e i modi per attivarli. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | 2) titoli di accesso al servizio online, con pagina disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti ai versamenti necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, insieme i quali i soggetti venanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti venanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | 11) nome del soggetto a cui è indirizzato, in caso di incasso, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei mezzi telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | Per i procedimenti ad istanza di parte: | | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i Decreti per le autorizzazioni. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| | | | | 2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, mezzi telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| Monitoraggio tempi procedurali | Art. 28, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012 | Monitoraggio tempi procedurali | Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: UOC Affari generali e legali |
| Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Requisiti dell'Ufficio responsabile | Recupero telefonico e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a 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. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: UOC Affari generali e legali |
| Procedimenti | Procedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 35 della l. n. 190/2012 | Procedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei procedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contratto per l'affidamento di lavori, forniture o servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prevista (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati e con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dalla fine del semestre | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: UOC Affari generali e legali |
| | | | | Elenco dei procedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione o concessione concernenti a prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | |
| | | | | Elenco dei procedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contratto per l'affidamento di lavori, forniture o servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prevista (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati e con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg dalla fine del semestre | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: UOC Affari generali e legali |
| | | | | Elenco dei procedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione o concessione concernenti a prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | |
| Controlli sulle imprese | Tipologie di controllo | Art. 25, c. 1, lett. b), d) lgs. n. 33/2013 | Obblighi e adempimenti | Elenco delle tipologie di controllo e nel loro svolgimento le imprese le ragioni della determinazione e del corso di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse del motivo della relativa modalità di svolgimento. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | |
| | | | | Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | |
| Bandi di gara e contratti | | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 17 - 1. lett. a) d.lgs. n. 33/2013 | Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure | Codice Identificativo Gara (CIG)/Servizio, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contratto, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo della somma liquidata. | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: UOC Affari generali e legali |

ALLEGATO 11 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (MacroSezioni) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Responsabile Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (rifer. sul piano dell'area ANAC n. 120/2016 e relativa allegata 1) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile |
|---|---|--|---|---|---|--|--|---|
| Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | | Art. 33, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 36/2016 | File pubblica secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 3, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nelle delib. Anac 36/2016" | Tabelle riassuntive e non liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (inchi specifiche Codice Identificativo Giuris (CIG) e varianti, struttura, preposizione, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori in lista a presentare offerte, numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempo di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo della somma liquidata) | Annuale (art. 3, c. 32, l. n. 190/2012) | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 23, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10 | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi o forniture | Programma triennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Cantierizzazione della rinviata riduzione del programma triennale dei lavori pubblici per aumento di lavori e comunicazione della rinviata riduzione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi per aumento di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 3 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma triennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10) | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessione, compresi quelli in cui nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016 i dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018 | Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi a dibattito pubblico | Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali o di architettura di rilevante sociale, a cui è prevista l'affidazione, nelle città e sull'ambito del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari e bilancia, unitamente ai documenti prodotti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 30 gg | |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avvisi di preferenziazione | Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e regole procedurali delle opere sottoposte a dibattito pubblico" | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| | | | Delibera a contratto | DETTORI ORDINARI Avvisi di preferenziazione per i settori ordinari di cui all'art. 76, co. 1, d.lgs. 50/2016 DETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016 | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 30 gg | |
| | | | Avvisi e bandi | DETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGETTA Avvisi di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n. 4) Bandi di avvisi (art. 36, c. 9) Avvisi di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Distinzioni a contratto ex art. 32, c. 1, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) DETTORI ORDINARI-SOPRASOGGETTA Avvisi di preferenziazione per l'individuazione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (convenzionazioni individuali) (art. 30, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 71, c. 1 e 4) Bandi di gara e avvisi di preferenziazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 155) Bandi per il concorso di idee (art. 156) DETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate: Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici: Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'eventuale ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando preliminarmente il contenuto del contratto proposto (art. 15, c. 1) | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Fino 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC ingegneria clinica; Direttore UOC IT |

ALLEGATO II SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione della sezione livello 1 (Macrosettori) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. sul piano dell'area ANAC n. 1114/2016 e relativi allegati I) | Monitoraggio - Tempestività e individuazione del soggetto responsabile |
|--|--|--|---|---|--|---|---|---|
| | | Art. 48, c. 1, d.l. 77/2021 | Procedure negoziate affidenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea | Validità dell'avviso della procedura negoziata (art. 63 e art. 125) ove la S.A. vi ricorra; quando, per ragioni di natura soggettiva derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione del termine, anche abbreviato, previsto dalla procedura ordinaria può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR, nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea. | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC Ingegneria clinica, Direttore UOC IT |
| | | | Commissione giudicatrice | Composizione della commissione giudicatrice, nomina dei suoi componenti. | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC Ingegneria clinica, Direttore UOC IT |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 55/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avviso relativo all'atto della procedura | SETTORI ORDINARI - SOTTOSOGGETTA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), e bii). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) rimane nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite dattiloscrittura a cominciare ex articolo 52, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'elenco di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) nonché nei casi in cui si procede al sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI - SUPRASOGGETTA Avviso di appalto aggiudicato (art. 38) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'art. 65, comma 1, paragrafo 1) raggruppati su base triennale (art. 342, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 133, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base triennale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 145, c. 2) | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC Ingegneria clinica, Direttore UOC IT |
| | | dl. 76, art. 1, co. 2, lett. 4) (applicabile temporaneamente) | Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto | Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e fattibilità di progettazione, di importo inferiore a 130.000 euro; pubblicazione dell'elenco sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000) | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC Ingegneria clinica, Direttore UOC IT |
| | | dl. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente) | Avviso di avviso della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando | Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e fattibilità di progettazione, di importo pari o superiore a 150.000 euro e finale sugli contraenti e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro; pubblicazione di un avviso che avvisava l'avviso della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC Ingegneria clinica, Direttore UOC IT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 55/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Verbali delle commissioni di gara | Verbali delle commissioni di gara (dove solite le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 55, ovvero dei documenti necessari ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e successi in materia di dati personali) | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli atti delle procedure | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. dalla pubblicazione degli avvisi relativi agli atti delle procedure | |
| | | Art. 47, c.2, 3, 9, 41, 77/2021 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Fasi opportunita e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC | Copia dell'elenco rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile presente al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici (ovvero ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 196/2003 alla sua redazione) (operatori che occupano oltre 50 dipendenti) art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli atti delle procedure | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. dalla pubblicazione degli avvisi relativi agli atti delle procedure | |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 55/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Controlli | Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti o dei successivi accordi modificativi o interpretativi degli stessi (dove solite le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 55, ovvero dei documenti necessari ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e successi in materia di dati personali) | Tempestivo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg. | |

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE, anno 2024

| Descrizione informazione livello 1 (Macrofamiglia) | Descrizione informazione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente Ufficio responsabile della dichiarazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (cfr. nel piano dell'area ANAC n. 110/2018 e relative allegati 1) | Monitoraggio - Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile |
|--|--|--|---|--|---|--|--|---|
| | | D.L. 76/2010, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | Collegi consultivi tecnici | Composizione del CCT, attribuzione e competenza dei componenti | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC Ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| | | Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNIC | Relazione di genere nella situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021) | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | | |
| | | Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | | Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 49 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel momento antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti) | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | | |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Fatti esecutivi | Fatti salve le esigenze di riservatezza di cui all'art. 55, (ovvero dei documenti archiviati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione di autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - ritardi - spuntati d'obbligo - sottappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del sottappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di sottappalto) Certificato di collaudo o regolare esecuzione; Certificato di verifica conformità; Accordi bonari e transazioni; Atti di rinuncia del direttore del lavoro/direttore dell'esecuzione componenti della commissione di collaudo | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | | |
| | | | Riscuoti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione | Riscuoti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il riscuoto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo delle sostanziazioni, ma se sia verificato l'incassamento positivo e negativo | Annuale (entro il 31 gennaio con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente) | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro il 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC Ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 50/2016 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Concessioni e partenariati pubblico-privato | Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico-privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 24, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte II-B del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetti (art. 183, v. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, v. 3) | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti; direttore UOC tecnica; Direttore UOC Ingegneria clinica; Direttore UOC IT |
| | | | Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di natura ordinaria e di gestione civile | Gli affidamenti (agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di natura ordinaria e di gestione civile, con specificità dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non fanno comunque ricorso alle procedure ordinarie (art. 193, c. 1)) | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | |
| | | | Affidamenti in house | Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 195, c. 1 e 3) | Temporaneo | Dirigente UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | |

ALLEGATO I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Denominazione della sezione livello I (Macrofamiglia) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Famiglia di dati) | Riferimenti normativi | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Direzione I, Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (invece del punto dell'art. ANAC n. 110/2014 e relativi allegati 1) | Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile |
|---|--|---|--|---|---|--|--|--|
| | | Art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016 | Elenco ufficiali di operatori economici (societari) a certificazione | Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016) | Temporaneo | Direzione UOC Appalti e Contratti | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Appalti e Contratti, direttore UOC tecnica, Direttore UOC ingegneria civile, Direttore UOC II |
| | | Art. 31, co. 2, comma 1, n. 3/2013, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2013 | Progetti di investimento pubblico | Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di situazione finanziario e probabilita' | Annuale | Direzione UOC Appalti e Contratti | Entro il 31/01 di ogni anno | |
| Servizi, contributi, meriti, vantaggi economici | Criteri e modalità | Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 55/2013 | Criteri e modalità | Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità per le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e distribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Governo della rete degli impieghi UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg dall'approvazione dell'atto | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | Atti di concessione | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 55/2013 | Atti di concessione | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e vantaggi di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Temporaneo (art. 26, c. 2, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg dall'approvazione dell'atto | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | | Per ciascun atto | | | | | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 55/2013 | | 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg dall'approvazione dell'atto | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio contabilità |
| | | Art. 27, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 55/2013 | | 2) importo del vantaggio economico corrisposto | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 55/2013 | | 3) natura o titolo a base dell'attribuzione | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 55/2013 | | 4) ufficio o funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 55/2013 | | 5) modalità segrete per l'uso dell'azione del beneficiario | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 55/2013 | | 6) dati di progetto relativi | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 27, c. 1, lett. g) d.lgs. n. 55/2013 | | 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 55/2013 | 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. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | Entro 31/01 di ogni anno | | | | |
| Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 55/2013 | Bilancio preventivo | Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di stanca: uno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 55/2013 e d.lgs. n. 29 aprile 2010 | | Dati relativi alle entrate e alle spese del bilancio preventivo in formato tabellare aperto in modo da consentire l'importazione, il trattamento e il risultato. | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | |
| | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 55/2013 | Bilancio consuntivo | Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di cui sono uno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | | |
| | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 55/2013 e d.lgs. n. 29 aprile 2010 | | Dati relativi alle entrate e alle spese del bilancio consuntivo in formato tabellare aperto in modo da consentire l'importazione, il trattamento e il risultato. | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 55/2013) | Direttore UOC Bilancio e Contabilità | | | |

ALLEGATO II SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione della sezione Niche I (Macro-obblighi) | Denominazione corrente 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamenti | Dirigente Ufficio responsabile della redazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (rifer. nel caso dell'art. ANAC n. 1316/2016 a relative allegati) | Monitoraggio - Template e individuazione del soggetto responsabile |
|--|--|--|---|--|--|--|---|---|
| | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 15/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18 bis del d.lgs. n. 118/2011 | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, ma trattando la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, ma attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivi e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità |
| Bene immovibile e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Patrimonio immobiliare | Informazioni identificative degli immobili posseduti e demaniali. | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Patrimonio | Entro 30 gg da nuove acquisizioni | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | Caroni di locazione o affitti | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Caroni di locazione e affitti | Caroni di locazione o di affitti versati o percepiti | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Tecnica Dirigente UOC Patrimonio | Entro 30 gg dalla variazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità |
| Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Attestazione dell'OV o di altra struttura analoga nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione | Annuale e in soluzione e delibera ANAC | Dirigente UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione | Termine previsto da ANAC | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: RPNCT |
| | | | | Decreto dell'OV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009) | Temporaneo | Dirigente UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione | Entro 30 gg dalla validazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione |
| | | | | Relazione dell'OV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) | Temporaneo | Dirigente UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione | Entro 30 gg dalla relazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione |
| | | | | 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 | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione | Entro 30 gg dall'emanazione dell'atto | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione |
| | 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 e bilancio di esercizio | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg dalla relazione | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direzione strategica | |
| | Corte dei conti | Rilievi Corte dei conti | Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Affari Generali e Legali | Entro 30 gg dal rilievo | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direzione strategica | |
| Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 15/2013 | Carta dei servizi e standard di qualità | Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici | Temporaneo (ex art. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: IRP e Comunicazione |
| | Classi actions | Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 5, d.lgs. n. 198/2009 | Classi actions | Notifica del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed collegati nei confronti delle amministrazioni o dei concorrenti di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio | Temporaneo | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dalla notifica | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore Affari Generali e Legali |
| | | | | Sentenza di definizione del giudizio | Temporaneo | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg del ricevimento della sentenza | |
| | | | | Misure adottate in ottemperanza alla sentenza | Temporaneo | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dall'adozione | |
| Costi contabilizzati | Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 15/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 | Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle) | Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo | Annuale (art. 30, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 31.01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione | |

ALLEGATO D) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE, anno 2024

| Denominazione sezione livello 1 (Macroattività) | Denominazione sezione 2 livello (Tipologia di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (in base al punto dell'iva ANAC n. 124/2014 e relativo allegato 1) | Monitoraggio e responsabilità e individuazione del soggetto responsabile |
|---|---|--|--|---|--|---|---|--|
| Liste di attesa | Liste di attesa | Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013 | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle) | Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente Responsabile, Liste di Attesa | Entro 30 gg dall'approvazione dei criteri | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Gestione flussi informativi sanitari e analisi dei processi amministrativi |
| | Servizi in rete | Art. 7 co. 3 d.lgs. 32/2013 modificato dall'art. 9 co. 1 del d.lgs. 174/16 | 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 "Sicurezza, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Temporaneo | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | monitoraggio annuale Responsabile URP e Comunicazione |
| Dati sui pagamenti | Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle) | Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | 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 base di prima attuazione semestrale) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | Art. 41, c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013 | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle) | Dati relativi a tutte le spese c.a. tutti i pagamenti effettuati, divisi per tipologia di lavoro, bene e servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari | Trimestrale (in base di prima attuazione semestrale) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Art. 33, d.lgs. n. 33/2013 | 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) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Bilancio e contabilità |
| | | | | Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti | Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg dalla fine del trimestre | |
| | | | | Ammontare complessivo dei debiti | Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 31/01 di ogni anno | |
| BIAN e pagamenti informativi | Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 32/2013 | BIAN e pagamenti informativi | Nelle richieste di pagamento i codici BIAN 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 postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento. | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Bilancio e Contabilità | Entro 30 gg dalle modifiche | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Bilancio e contabilità | |
| Opere pubbliche | Notizi di valutazione e verifica degli investimenti pubblici | Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999) | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali) | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 31 co.7 d.lgs. n. 30/2016 Art. 29 d.lgs. n. 30/2016 | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programmazione dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 30/2016; - Documento pluriennale di programmazione ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 226/2011, (ex l. Mancino) | Temporaneo (art.5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Tecnica | Entro 30gg dall'adozione degli atti | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Tecnica |
| | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso e completate (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza, di cui a) | Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate | Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Dirigente UOC Tecnica Dirigente UOC Tecnica | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Tecnica |
| Pianificazione e governo del territorio | | Art. 38, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Pianificazione e governo del territorio | Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti | Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle) | Documentazione relativa a ciascuna procedura di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque determinata, vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale rispetto che comportino pressioni edificatorie a fronte dell'impiego dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione (tra cui) o della concessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse | Temporaneo (ex art. 5, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |

ALLEGATO II SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2024

| Denominazione istituzione livello 1 (Macroistituzione) | Denominazione istituzione 2 livello (Tipologia di dati) | Referente normativo | Descrizione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Designa l'Ufficio responsabile della elaborazione, traduzione, pubblicazione dei dati | Termini di scadenza per la pubblicazione (rifer. ad eventuale delibera ANAC n. 110/2014 e relative allegati) | Monitoraggio e Trasparenza e individuazione del soggetto responsabile |
|--|---|--|---|--|--|---|--|--|
| Informazioni ambientali | | Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali che le amministrazioni derogano ai fini delle proprie attività istituzionali | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Stato dell'ambiente | D) Stato degli elementi dell'ambiente, quali flora, fauna, foresta, fauna, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli laghi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interferenze tra questi elementi | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Fattori inquinanti | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le vibrazioni ed i rifiuti, anche quelli calcolativi, le emissioni, gli scarichi ed altri (flussi) nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Misure adottate nell'ambiente e relative analisi di impatto | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ad questi economiche usate nell'ambito delle stesse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi di ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Relazioni sull'attuazione della legislazione | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Stato della salute e della sicurezza umana | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzati dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| | | | Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile | | |
| Strutture sanitarie private accreditate | | Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013 | Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabella) | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Direttore UOC Governo della rete degli erogatori | | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Governo della rete degli erogatori |
| | | | | Accordi inaspriti con le strutture private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Direttore UOC Governo della rete degli erogatori | | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile direttore UOC Governo della rete degli erogatori |
| Interventi straordinari e di emergenza | | Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabella) | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con indicazione esplicita delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali emanati | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile Direttore Dipartimento Tecnico |
| | | Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di abbinazione dei provvedimenti straordinari | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | Entro 30 gg dal provvedimento | |
| | | Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Conto previsto degli interventi e conto effettivi sostenuto dall'amministrazione | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza | | |
| Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | 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 indicate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012 (190/12) | Annuale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 31-01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile RCPT |
| | | Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Temporaneo | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg dalla nomina | |
| | | | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (adottati) | Temporaneo | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg dall'adozione | |
| | | Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012 | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (entro il 15 dicembre di ogni anno) | Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012) | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Tuttavia previsto da ANAC | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile RCPT |
| | | Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 | Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ad atti di addebiamento a tali provvedimenti | Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ad atti di addebiamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo sull'amministrazione | Temporaneo | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg dal ricevimento del provvedimento | |

ALLEGATO 1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE anno 2014

| Denominazione categoria livello 1 (Macroattività) | Denominazione sottocategoria 2 livello (Tipologia di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati | Termine di scadenza per la pubblicazione (in base alla delibera ANAC n. 119/2014 e relativa allegata 1) | Monitoraggio - Tipologia e individuazione del soggetto responsabile |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | | Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 50/2013 | Atti di accertamento delle violazioni | Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 30/2013 | Trimestrale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg dall'accertamento | |
| Altri contenuti | Accesso civico | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 3, c. 9 bis, l. 241/90 | 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, nonché 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 mancato risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Trimestrale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg dalla nascita | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: BCPT |
| | | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori | Nome l'Ufficio competente cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Trimestrale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg | |
| | | Linee guida Anac DDA (dat. 1/09/2016) | Registro degli accessi | Vince delle richieste di accesso (civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del rifiuto o rinvio con la data della decisione | Semestrale | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | | |
| Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadata e banche dati | Art. 55, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 178/16 | Catalogo dei dati, metadata e delle banche dati | Catalogo dei dati, dei metadata definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.codi.gov.it), al catalogo dei dati della P.A. e delle banche dati (www.dat.gov.it e http://bandi.agid.gov.it/catalogo/gestiti-da-AGID) | Trimestrale | Direttore UOC II | Entro 31/01 di ogni anno | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC II |
| | | Art. 55, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005 | Regolamenti | Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, dati talo i dati presenti in Anagrafe tributaria | Annuale | Direttore UOC II | Entro 31/01 di ogni anno | |
| | | Art. 9, c. 7, del n. 179/2012 convertito con modificazioni della l. 17 dicembre 2012, n. 221 | Obiettivi di accessibilità | Obiettivi di accessibilità dei soggetti (inabili agli strumenti informatici) per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'accesso del software" nella propria organizzazione | Annuale (art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) | Direttore UOC II | Entro 31/01 di ogni anno | |
| Altri contenuti | Dati ulteriori | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. b), l. n. 190/2012 | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa a regime e che non sono riconducibili alle sottocategorie indicate | | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Entro 30 gg | Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: BCPT | |

allegato 4



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

CODICE DI COMPORTAMENTO

DEI DIPENDENTI DELLA ASL ROMA 5

INDICE

PREMESSE.....2

ARTICOLO 1 - Riferimenti normativi2

ARTICOLO 2 - Finalità.....3

ARTICOLO 3 - Ambito di applicazione.....3

ARTICOLO 4 - Principi generali.....4

ARTICOLO 5 - Regali, compensi ed altre utilità.....4

ARTICOLO 6 - Partecipazione ad associazioni e organizzazioni5

ARTICOLO 7 - Conflitto di interessi.....5

ARTICOLO 8 - Obbligo di astensione6

ARTICOLO 9 - Prevenzione della corruzione7

ARTICOLO 10 - Trasparenza e tracciabilità.....8

ARTICOLO 11 - Comportamento in servizio.....9

ARTICOLO 11 BIS - Utilizzo di tecnologie informatiche10

ARTICOLO 11 TER - Utilizzo di mezzi di informazione e dei social media.....10

ARTICOLO 11 QUATER - Rispetto dell'ambiente.....11

ARTICOLO 11 QUINQUES - Rispetto della persona e divieto di discriminazione.....12

ARTICOLO 12 - Comportamento nei rapporti privati.....13

ARTICOLO 13 - Utilizzo delle risorse materiali e strumentali.....13

ARTICOLO 14 - Utilizzo della posta elettronica14

ARTICOLO 15 - Rapporto con il pubblico e con i mezzi di informazione14

ARTICOLO 16 - Attività extra istituzionale16

ARTICOLO 17 - Disposizioni per i dirigenti.....16

ARTICOLO 18 - Contratti e altri atti negoziali18

ARTICOLO 19 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice19

ARTICOLO 20 - Monitoraggio e vigilanza.....19

ARTICOLO 21 - Strumenti di attuazione e programma di formazione.....21

ARTICOLO 22 - Disposizioni finali.....21



PREMESSE

Le risorse umane sono il più importante patrimonio della Asl Roma 5 e ne costituiscono il capitale di efficacia, intelligenza, reputazione e prospettive. Solo con il pieno coinvolgimento, ad ogni livello, di tutto il personale e la piena collaborazione, l'Azienda può pienamente assolvere alla sua missione istituzionale.

Le lavoratrici ed i lavoratori hanno diritto ad un ambiente di lavoro sereno e favorevole alle relazioni interpersonali, ispirato a principi di correttezza, pari opportunità e riconoscimento del merito. L'adozione del presente Codice è espressione di un contesto nel quale obiettivo primario è quello di soddisfare le necessità e le aspettative di tutti gli interlocutori, attraverso un elevato standard di professionalità e la negazione di ogni condotta che si ponga in contrasto con le disposizioni di legge e con i valori che l'Azienda intende promuovere.

ARTICOLO 1

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Codice di comportamento della ASL Roma 5 trae origine dai seguenti riferimenti normativi:

- Costituzione della Repubblica Italiana – artt. 28 97 e 98;
- D.lgs. n. 165 del 30/03/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 in materia di "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e le successive modificazioni e integrazioni apportate, in particolare, con il D.lgs. 25 maggio 2017 n. 74 all'art. 14 e all'art. 14 bis concernente la disciplina dell'OIV;
- Legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" come modificato dal D.lgs. n. 97 del 25/05/2016 recante la "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.lgs. n. 33 del 14/03/2013";
- D.lgs. 8 aprile 2013 n. 39 recante le "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190";
- D.l. 24 giugno 2014 n. 90 convertito con la legge 11 agosto 2014 n. 114 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- D.lgs. 12 gennaio 2016 n. 6 di modifica della legge n. 3 del 16 gennaio 2013 sul divieto di fumo;
- D.lgs. 25 maggio 2016 n. 97, "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- D.lgs. 25 maggio 2016 n. 97 concernente "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- D.lgs. 25 maggio 2017 n. 75 concernente "Modifiche ed integrazioni al D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 ai sensi degli art. 16 comma 1 lett. a) e comma 2, lettere b) c) d) ed e) e 17, comma 1, lett. a), c), e), f), g), h), l), m), n), o), q) r) s)9, e z) della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del D.lgs. 165/2001" così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81 (di seguito anche

"Codice generale").

- delibera ANAC n. 75 del 24.10.2013 avente ad oggetto: "Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54 comma 5, D.lgs. 165/2001)";
- delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017 avente ad oggetto "Linee guida in materia di codici di comportamento negli enti del SSN";
- delibera ANAC n.177 del 19/02/2020, relativa alle "Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni";
- l'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

ARTICOLO 2

FINALITÀ

1. Il Codice definisce le regole di comportamento alle quali tutti i dipendenti della Asl Roma 5 sono tenuti a uniformarsi nello svolgimento della propria attività istituzionale, nonché nei rapporti privati, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, con osservanza dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità, ispirandosi ai principi di buona condotta e decoro.
2. Il Codice integra e specifica le previsioni del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, ai sensi dell'art. 54, comma 5, del decreto legislativo n. 165 del 2001, così come modificato dal Decreto-legge 30 aprile 2022 n. 36, convertito dalla legge 29 giugno 2022 n. 79 e dallo schema di decreto del Presidente della Repubblica, approvato dal Consiglio dei Ministri, recante modifiche al DPR n. 62 del 2013 così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81.
3. L'Azienda contrasta ogni discriminazione, promuove l'onestà intellettuale e morale, il decoro, la correttezza e la lealtà nei rapporti personali e professionali di tutti i dipendenti, promuovendo il rispetto di principi, regole, anche morali e comportamenti coerenti con i predetti valori fondamentali.
4. Il Codice rappresenta una misura attuativa delle strategie di prevenzione della corruzione ed è strumento integrativo del piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC).
5. La pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione del presente codice equivale a tutti gli effetti all'affissione all'ingresso della sede di lavoro.

ARTICOLO 3

AMBITO DI APPLICAZIONE

1. Sono tenuti al rispetto del Codice: tutti i dipendenti dell'Azienda assunti a tempo determinato e indeterminato, ivi compresi i dirigenti, il personale in posizione di comando, distacco o fuori ruolo, nonché le categorie di soggetti di cui al successivo comma 2 e, in ottemperanza alle prescrizioni di cui all'art. 54, co. 6, del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e gli uffici di disciplina vigilano sulla applicazione del Codice. La vigilanza sul rispetto del Codice compete ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.
2. Le disposizioni contenute nel Codice sono estese, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori, esperti o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, o a qualsiasi altro titolo, ivi compresi i membri degli organi istituzionali nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.
3. Ai fini di cui al comma 2 il Codice è allegato agli atti di incarico e ai contratti di acquisizione

di consulenze, di collaborazioni e di beni, servizi e lavori, i quali altresì prevedono l'inserimento di apposite disposizioni volte a far conoscere il Codice stesso, il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), introdotto all'art. 6 del D.L. n. 80/2021, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190, nonché le apposite clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti anche con particolare riferimento alla violazione delle disposizioni in materia di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi.

ARTICOLO 4 **PRINCIPI GENERALI**

1. I dipendenti, nell'espletamento dei propri compiti e funzioni, conformano la loro condotta ai doveri Costituzionali di imparzialità e di servizio esclusivo della Nazione con disciplina e onore, senza abusare della posizione o dei poteri di cui sono titolari. Conformano, altresì, la propria condotta al rispetto dei principi in materia di prevenzione della corruzione.
2. Tutti i dipendenti:
 - a) rispettano i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agiscono in posizione di indipendenza e imparzialità, respingendo ogni pressione, segnalazione o sollecitazione comunque diretta a influire indebitamente sul normale svolgimento delle attività e astenendosi nelle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
 - b) non usano a fini privati le informazioni di cui dispongono per ragioni di ufficio, evitano le situazioni ed i comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o che possano 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;
 - c) esercitano i loro compiti nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi e del consumo energetico, dell'ecosostenibilità e di rispetto dell'ambiente, che non pregiudichi la qualità dei risultati dell'azione amministrativa;
 - d) nei rapporti con i destinatari dell'attività istituzionale, assicurano la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari stessi o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori tutelati dalla normativa vigente.
3. I dipendenti dimostrano, altresì, la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre Pubbliche Amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati, nel rispetto della normativa vigente e delle procedure interne.

ARTICOLO 5 **REGALI, COMPENSI ED ALTRE UTILITÀ**

1. Nel rispetto del principio di imparzialità, i dipendenti non chiedono né sollecitano, per sé o per altri, regali o altre utilità. Non accettano, per sé o per altri, sotto qualunque forma, regali

o altre utilità, che sottintendano scambio di favori, salvo quelli d'uso, di modico valore reale o commerciale, effettuati occasionalmente nell'ambito delle relazioni di cortesia e delle consuetudini internazionali. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelli di valore non superiore a 150,00 euro annui, intesi anche in via cumulata e sotto forma di sconto. Tali benefici comprendono, a titolo esemplificativo, regali, intrattenimento e ospitalità, donazioni, viaggi, scambio di informazioni riservate.

2. La fattispecie di cui al comma precedente si applica anche ai rapporti tra dipendenti e superiori gerarchici.
3. Qualora nell'anno solare il valore dei beni o servizi o altre utilità ricevuti dovesse superare il limite fissato al comma 1, gli stessi dovranno essere restituiti o devoluti per i fini istituzionali dell'Amministrazione.
4. Tutti i dirigenti, al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'amministrazione, vigilano sull'osservanza delle disposizioni di cui al presente articolo, nonché dell'art. 4 del D.P.R. 62/2013, da parte del personale assegnato alla struttura di cui essi sono responsabili al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'Amministrazione.
5. Il personale non accetta incarichi di consulenza o collaborazione di qualsiasi natura, gratuiti o retribuiti, da soggetti privati, che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività dell'Azienda.

ARTICOLO 6

PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI

1. Nel rispetto della vigente disciplina del diritto di associazione, fermo restando il divieto di aderire ad associazioni segrete o che perseguono, anche indirettamente, scopi politici mediante organizzazioni di carattere militare, i dipendenti comunicano per iscritto al Dirigente della struttura organizzativa di appartenenza la propria adesione o partecipazione ad associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento delle attività dell'Azienda, a prescindere dal loro carattere riservato o meno; a tale fine, allegano i relativi statuti o gli atti costitutivi. L'obbligo di comunicazione non si applica per l'adesione a partiti politici o a sindacati. Il Dirigente, qualora ravvisi elementi di interferenza dall'esame della documentazione pervenuta, adotta le opportune soluzioni organizzative.
2. Relativamente alle adesioni già in essere, la comunicazione di cui al punto 1, di cui è garantita la riservatezza anche mediante idonei strumenti informatici, è resa entro quindici giorni:
 - a) dal momento dell'assunzione;
 - b) dal momento dell'assegnazione a nuova struttura organizzativa;
 - c) dal momento in cui è nota la possibile interferenza con le attività assegnate al dipendente.
3. I destinatari della comunicazione di cui al comma precedente accertano l'eventuale presenza di un conflitto di interessi, anche solo potenziale, e verificano che gli ambiti di interesse tecnico, scientifico, amministrativo, gestionale o finanziario, non interferiscano in alcun modo con lo svolgimento dell'attività dell'Azienda.
4. I dipendenti non inducono altri colleghi ad aderire ad associazioni od organizzazioni né esercitano pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

ARTICOLO 7

CONFLITTO DI INTERESSI

1. I dipendenti evitano qualsiasi situazione che possa dar luogo a conflitto di interesse. Quest'ultimo si concretizza quando, per lo svolgimento di una determinata attività i dipendenti colgono l'opportunità di agire in concorrenza o in contrasto con l'interesse pubblico perseguito dall'Amministrazione, a proprio vantaggio o a danno di altri.
2. I dipendenti, fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, all'atto dell'assegnazione alla struttura organizzativa, informano il proprio Dirigente di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati e pubblici in qualunque modo retribuiti che gli stessi abbiano in corso o abbiano avuto negli ultimi tre anni. Nell'ambito di tali comunicazioni, i dipendenti specificano, altresì, anche ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, se, nei confronti dei soggetti conferenti gli incarichi, sussistano rapporti finanziari che coinvolgono interessi propri, ovvero di parenti ed affini entro il secondo grado, ovvero del coniuge o del convivente.
3. Si manifesta conflitto di interessi anche nei casi di adesione o appartenenza ad associazioni che beneficino di contributi, sovvenzioni, patrocini, concessioni amministrative, locazioni attive e passive e comunque di vantaggi economici di ogni genere, o nel caso in cui queste partecipino mediante benefici economici a qualsiasi titolo al bilancio dell'Azienda. Nel caso in cui tali prestazioni vengano effettuate a titolo gratuito, nei confronti di enti che svolgono attività sociali, assistenziali o di beneficenza e senza alcun fine di lucro, l'amministrazione può disporre l'esclusione dall'applicazione della procedura di cui al comma precedente.
4. Il conflitto di interessi di cui al primo comma, oltre alle situazioni descritte al comma 2 del presente articolo, riguarda interessi di qualsiasi natura, anche di carattere non patrimoniale, ivi compresi quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o di superiori gerarchici.
5. I collaboratori esterni dell'Azienda sono tenuti a comunicare, mediante la sottoscrizione di apposita modulistica, situazioni di conflitto di interesse, o la presenza di rapporti di parentela e affinità entro il secondo grado ovvero relativi al coniuge o al convivente, nei confronti dei dipendenti dell'Azienda.

ARTICOLO 8

OBBLIGO DI ASTENSIONE

1. Fermo quanto descritto all'art. 7 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, i dipendenti si astengono dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri ovvero:
 - a) del coniuge o di conviventi, di suoi parenti ed affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale;
 - b) di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente, grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
 - c) di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
 - d) di enti, di associazioni anche non riconosciute, di comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente;
 - e) in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza che possano anche provocare danni all'immagine dell'Azienda dovuti al mancato rispetto, tra l'altro, del principio di imparzialità.
2. Nel caso in cui un dipendente si trovi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, deve informare per iscritto tempestivamente - e comunque almeno 10 giorni prima rispetto al termine previsto per l'adozione degli atti che vincolano il dipendente ad

- astenersi - il Dirigente della struttura di appartenenza, fornendo nella comunicazione notizie circa la natura del conflitto e dichiarando l'intenzione di astenersi.
3. Ricevuta l'informativa di cui al comma precedente, il Dirigente, sulla base di una immediata istruttoria mirata a raccogliere i relativi elementi informativi, valuta la fondatezza della richiesta di astensione e comunica per iscritto le proprie conclusioni motivate al dipendente.
 4. Sull'astensione del Dirigente della struttura decide il Direttore cui afferisce la struttura di appartenenza; sull'astensione del Direttore decide il Direttore Generale.
 5. Il Dirigente che sia venuto comunque a conoscenza, per ragioni di servizio, di possibili situazioni di conflitto di interessi riguardanti i propri collaboratori, è tenuto ad adottare ogni iniziativa utile a garantire il corretto ed imparziale svolgimento dell'azione amministrativa.
 6. Per il personale che svolge attività finalizzata al perfezionamento di atti e contratti pubblici di cui al D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 si applica l'articolo 16 del medesimo decreto legislativo.

ARTICOLO 9

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. L'Azienda, al fine di adeguare la soglia dei doveri minimi di diligenza, imparzialità e buona condotta, attua al suo interno una serie di interventi per promuovere per chi lavora nell'amministrazione e per l'amministrazione, il miglior perseguimento dell'interesse pubblico, secondo i principi della legge 9 novembre 2012, n. 190, nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione ANAC (PNA) e del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) della Asl Roma 5 nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.
2. La sezione PIAO "Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza", ha lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e servizi e di identificare gli attori di tale attività di prevenzione, cui spetterà il compito di monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture, dei Dirigenti e, a cascata, di tutto il personale dell'Azienda, utilizzando gli strumenti previsti dal medesimo Piano. La sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza deve altresì garantire il raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale contenuti nel PIAO e, in particolare, con la Sezione Performance in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale. Attraverso tale strumento, inoltre, l'Amministrazione definisce e formula la propria strategia di prevenzione della corruzione, individuando le aree di rischio in relazione alla propria specificità, mappando i processi, valutando i possibili rischi di corruzione che in essi si possono annidare ed individuando le misure atte a neutralizzare o a ridurre tali rischi.
3. I Dirigenti concorrono all'attuazione del sistema di gestione del rischio corruzione: individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, definendo le misure volte a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi, monitorando sull'attuazione delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione e diffondendo tra i dipendenti assegnati ai propri uffici una cultura organizzativa basata sull'integrità. I Dirigenti sono responsabili della corretta pianificazione e attuazione delle misure di prevenzione anche nel caso in cui gli adempimenti in materia di gestione del rischio siano delegati a uno o più collaboratori.
4. Tutti i dipendenti ed i soggetti individuati all'art.3 rispettano le prescrizioni contenute nel PIAO e partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e segnalano, in forma scritta, direttamente al responsabile per la prevenzione della corruzione le eventuali

- difficoltà incontrate nell'adempimento delle prescrizioni contenute nello stesso.
5. Chiunque venga direttamente a conoscenza di situazioni di illecito nell'Azienda, riguardo ad atti e comportamenti, anche omissivi, già concretizzatisi, a reati o irregolarità amministrative e gestionali che possano produrre danno all'interesse pubblico, provvede all'immediata segnalazione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ovvero all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e procede con la denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile per condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. Le segnalazioni devono essere circostanziate e devono essere presentati elementi a comprova di quanto viene dichiarato.
 6. I dipendenti che denuncino un illecito hanno diritto all'anonimato (tutela del *whistleblower*), salvo che prestino formale consenso alla rivelazione della loro identità all'interessato che ne faccia richiesta, nel rispetto della normativa vigente.
 7. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e tutti i soggetti coinvolti a qualsiasi titolo nel trattamento delle segnalazioni di illecito, sono tenuti ad osservare gli obblighi di riservatezza e segreto d'ufficio rispetto a qualsiasi informazione acquisita nella gestione delle segnalazioni e a rispettare le prescrizioni di legge e quelle contenute nel regolamento aziendale in materia di *whistleblowing*. Al dipendente che effettui le predette segnalazioni di illeciti (cd. *Whistleblower* o segnalante) si applicano le prescrizioni contenute nel D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 come esplicito anche nelle *"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. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"* (di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 dell'ANAC) e nel regolamento aziendale in materia di *whistleblowing*, con specifico riferimento alla tutela dell'anonimato del segnalante, del segnalato e dei facilitatori.
 8. La diffusione impropria dell'identità di colui che abbia segnalato l'illecito e degli altri dati collegati alla segnalazione stessa è soggetta a sanzione disciplinare, fatta salva, ove ne sussistano i presupposti, la responsabilità penale in relazione al reato di "rivelazione di segreti d'ufficio", ai sensi dell'art. 326 c.p.
 9. Resta fermo quanto disposto dal D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 come esplicito anche nelle *"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. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"* (di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 dell'ANAC) e dal regolamento aziendale in materia di *whistleblowing*.

ARTICOLO 10

TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ

1. Il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente e dal Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) prestando la massima collaborazione ai responsabili della produzione dei dati, attraverso il reperimento, l'elaborazione e la trasmissione dei dati medesimi sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito internet aziendale.
2. Ogni dipendente è responsabile dell'adempimento dei compiti assegnati dai responsabili della produzione dei dati.
3. I responsabili della pubblicazione garantiscono a loro volta il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

- 4 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.
- 5 Ai fini della tracciabilità dei processi decisionali, per come diffusamente disposto al successivo art. 11-bis, ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.

ARTICOLO 11

COMPORAMENTO IN SERVIZIO

1. I dipendenti, nell'espletamento dei compiti istituzionali e dei poteri pubblici attribuiti, sono tenuti:
 - a) a osservare i provvedimenti, i regolamenti e le disposizioni di servizio;
 - b) ad assolvere con diligenza i compiti assegnati dal Responsabile dell'ufficio, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi definiti dall'Azienda;
 - c) a svolgere l'attività che viene assegnata loro nei termini e nei modi previsti, salvo giustificato motivo, senza ritardare né adottare comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza;
 - d) ad adottare comportamenti che assicurino il rispetto dei principi di imparzialità, correttezza, riservatezza e, più in generale, di buon andamento della Pubblica Amministrazione, quando si è chiamati ad occuparsi delle procedure concorsuali sia interne che esterne. Nel rispetto del principio di par condicio tra i candidati, i dipendenti sono chiamati alla più scrupolosa osservanza del segreto d'ufficio, astenendosi dall'anticipare a chiunque informazioni di qualsiasi tipo di cui sia a conoscenza per ragioni di servizio;
 - e) a rispettare sempre il segreto d'ufficio anche nelle comunicazioni con i colleghi, qualora le pratiche inerenti la propria attività contengano informazioni riservate;
 - f) a dare sollecita comunicazione al Responsabile dell'ufficio di ogni evento che li coinvolga direttamente e che possa avere riflessi sul servizio o sul rapporto di lavoro, segnalandogli altresì situazioni di pericolo o di danno per l'integrità fisica e psicologica, propria o di altri, verificatesi durante lo svolgimento del servizio;
 - g) a rispettare gli obblighi di servizio anche con riferimento all'orario di lavoro, adempiendo correttamente a quanto previsto per la rilevazione delle presenze, ivi incluso l'utilizzo di strumenti previsti per la prestazione lavorativa svolta da remoto;
 - h) a usufruire dei permessi di astensione dal lavoro nel rispetto delle condizioni previste dalla legge;
 - i) a rispettare l'orario di servizio, evitando la contestazione sistematica e strumentale dei propri turni;
 - j) ad attestare fedelmente e personalmente la propria presenza in servizio, timbrando regolarmente le entrate e le uscite nonché a regolarizzare le omesse timbrature;
 - k) ad assicurare costantemente la massima collaborazione nelle relazioni con i colleghi, i col- laboratori ed i relativi responsabili, nel rispetto delle reciproche posizioni istituzionali, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il clima di serenità e concordia nell'ambiente di lavoro;
 - l) a contrastare comportamenti riferibili a situazioni di mobbing e discriminazioni, favorendo l'inclusione e la valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali;
 - m) ad accrescere il proprio aggiornamento professionale partecipando ai corsi di formazione obbligatori proposti dall'Amministrazione con particolare riferimento alle materie di interesse dell'Azienda;
 - n) a osservare le disposizioni previste in materia di prevenzione degli infortuni e di sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - o) a vietare l'effettuazione di riprese all'interno della struttura e/o reparto presso il quale

- presta servizio o di cui è responsabile, salvo autorizzazione;
- p) a indossare durante l'orario di servizio e durante la permanenza nei locali dell'Amministrazione un abbigliamento consono al luogo di lavoro;
- q) a partecipare, per come diffusamente descritto al successivo art. 11-*quater*, attivamente alla riduzione dei consumi di materiali, al loro riciclo ed al contenimento dei consumi di energia, ponendo in essere attenzioni di uso quotidiano orientate al risparmio e all'efficienza energetica.

ARTICOLO 11 BIS

UTILIZZO DI 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'Azienda per l'Italia Digitale, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. In caso di uso di dispositivi elettronici personali, trova applicazione l'art. 12, comma 3-bis del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82.
2. È fatto divieto di utilizzare account istituzionali per fini diversi da quelli connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili nel caso in cui l'utilizzo possa compromettere la sicurezza o la reputazione dell'Amministrazione. Non è consentito l'utilizzo di caselle di posta elettronica personali per le comunicazioni istituzionali salvo casi di forza maggiore.
3. I dipendenti sono responsabili del contenuto dei messaggi inviati. I dipendenti si uniformano alle modalità di firma dei messaggi di posta elettronica di servizio individuate dall'Amministrazione di appartenenza. Ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.
4. Ai dipendenti è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'Amministrazione 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. In ogni caso è fatto divieto di utilizzare strumenti informatici forniti dall'Amministrazione per fini diversi da quelli connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili nel caso in cui l'utilizzo possa compromettere la sicurezza o la reputazione dell'Amministrazione.
5. È vietato l'utilizzo 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.

ARTICOLO 11 TER

UTILIZZO DEI MEZZI DI INFORMAZIONE E DEI SOCIAL MEDIA

1. I dipendenti utilizzano gli *account* dei social media di cui sono titolari in modo che le opinioni ivi espresse e i contenuti ivi pubblicati, propri o di terzi, non siano in alcun modo attribuibili all'Amministrazione di appartenenza o possano, in alcun modo, ledere il prestigio o l'immagine aziendale, l'onorabilità dei colleghi nonché la riservatezza o la dignità delle persone, in particolare dei pazienti, oppure possano costituire una violazione del segreto di ufficio, della normativa in materia di *privacy* o della riservatezza.
2. In ogni caso i dipendenti sono tenuti ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Amministrazione di appartenenza o della Pubblica Amministrazione in generale.
3. È fatto altresì divieto ai dipendenti di trattare comunicazioni afferenti direttamente o indirettamente al servizio, attraverso conversazioni pubbliche svolte su qualsiasi

piattaforma digitale.

4. Se dalle piattaforme social siano ricavabili o espressamente indicate le qualifiche professionali o di appartenenza del dipendente, ciò costituisce elemento valutabile ai fini della gradazione della eventuale sanzione disciplinare in caso di violazione delle disposizioni dei commi 1, 2 e 3.
5. Le Amministrazioni si possono dotare di una "social media policy" per ciascuna tipologia di piattaforma digitale, al fine di adeguare alle proprie specificità le disposizioni di cui al presente articolo. In particolare, la "social media policy" deve individuare, graduandole in base al livello gerarchico e di responsabilità del dipendente, le condotte che possono danneggiare la reputazione delle Amministrazioni. Nell'ambito dei medesimi codici le Amministrazioni individuano le modalità di rilevazione delle violazioni delle disposizioni del presente articolo.
6. Fermi restando i casi di divieto previsti dalla legge, i dipendenti non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'amministrazione e in difformità alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 13/03/2013 n. 33, e la Legge 7/08/1990 n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.

ARTICOLO 11 QUATER **RISPETTO DELL'AMBIENTE**

1. I dipendenti conformano la propria condotta sul luogo di lavoro al rispetto dell'ambiente e per contribuire agli obiettivi di riduzione del consumo energetico, della risorsa idrica e più in generale dei materiali delle risorse fornite dall'Azienda per l'assolvimento dei propri compiti, nonché per la riduzione dei rifiuti e per il loro riciclo, in piena aderenza alle direttive impartite dall'Azienda.
2. I dipendenti utilizzano gli arredi, il materiale, le attrezzature, gli strumenti tecnologici e, più in generale, qualsiasi risorsa messa a disposizione dall'Azienda con scrupolo, cura e diligenza.
3. In particolare, il dipendente partecipa attivamente e responsabilmente ai programmi per la riduzione dei consumi di materiali (ad esempio stampare, ove possibile ed opportuno, in modalità fronte retro) e per il loro riciclo. Partecipa, inoltre, ai programmi per la riduzione e contenimento dei consumi energetici, ponendo in essere attenzioni di uso quotidiano orientate al risparmio e all'efficienza energetica. Per esempio, quando possibile, adotta i seguenti comportamenti:
 - a. spegne le luci e i dispositivi elettronici non necessari (p.e. computer, monitor, stampanti, apparecchi elettromedicali, etc.) al termine del proprio orario di lavoro o in caso di prolungata assenza;
 - b. disattiva gli impianti di climatizzazione estiva o invernale al termine del proprio orario di lavoro o in caso di prolungata assenza;
 - c. chiude le porte e le finestre che separano gli ambienti climatizzati da quelli non climatizzati o esterni;
 - d. segnala al dirigente gerarchicamente superiore ogni malfunzionamento di impianti o infissi che possa comportare uno spreco di energia o risorse;
 - e. predilige l'uso dei mezzi pubblici in sostituzione delle auto di servizio;
 - f. differenzia i rifiuti prodotti per consentirne una gestione corretta finalizzata al recupero e al riciclo.

ARTICOLO 11-QUINQUIES

RISPETTO DELLA PERSONA E DIVIETO DI DISCRIMINAZIONE

1. I dipendenti impostano la propria condotta sul luogo di lavoro al rispetto della personalità, della dignità e dell'integrità fisica e psichica degli altri dipendenti e degli utenti.
2. I dipendenti hanno l'obbligo di astenersi da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sugli altri dipendenti o che comportino, nei confronti di questi ultimi, discriminazioni basate su genere, nazionalità, origine etnica, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute o di fragilità, età e orientamento sessuale.
3. I dipendenti si astengono da ogni forma di condotta inopportuna che si realizzi attraverso comportamenti, parole, scritti, gesti e atti intenzionali che ledono la personalità, la dignità o l'integrità fisica o psichica di una persona.
4. È vietata qualsiasi forma di discriminazione indiretta, intesa come qualsiasi disposizione, criterio, prassi, atto, patto o comportamento, apparentemente neutri, che però mettono o possono mettere il dipendente in una posizione di particolare svantaggio a causa dell'appartenenza ad un determinato genere o condizione, salvo particolari situazioni in cui questi riguardino requisiti essenziali allo svolgimento di una specifica attività lavorativa, purché l'obiettivo sia legittimo e i mezzi impiegati per il conseguimento siano appropriati e necessari.
5. 4. È vietata qualsiasi forma di discriminazione e ogni trattamento meno favorevole in ragione dello stato di gravidanza, nonché di maternità o paternità, anche adottive, o in ragione della titolarità e dell'esercizio dei relativi diritti.
6. È vietata altresì qualsiasi forma di discriminazione e ogni trattamento meno favorevole in ragione dell'assenza dal lavoro dovuta a fruizione di congedi straordinari, legati all'assistenza di persone con disabilità, o in ragione della titolarità e dell'esercizio dei relativi diritti.
7. È vietata ogni forma di molestie, discriminazioni o comportamenti indesiderati, comprese le molestie a carattere sessuale, espressi in forma fisica, verbale o non verbale, aventi lo scopo o l'effetto di violare la dignità di un dipendente o di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo.
8. È vietata ogni forma di discriminazione nei confronti di un dipendente che abbia rifiutato di subire uno dei comportamenti discriminatori e indesiderati di cui ai precedenti punti, o che abbia posto in essere una reazione ad essi o abbia avanzato un reclamo finalizzato ad ottenere il rispetto dei principi contenuti nei precedenti commi del presente articolo.

ARTICOLO 11 SEXIES

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Il dipendente ha l'obbligo di rispettare la normativa sulla protezione dei dati personali nonché le istruzioni e le disposizioni in materia impartite dall'Azienda.
2. Il dipendente non può utilizzare i dati personali acquisiti nell'ambito del rapporto di lavoro al di fuori dell'attività istituzionale, con particolare riferimento alla loro diffusione e alla comunicazione a soggetti non legittimati.
3. Nell'utilizzo delle risorse informatiche dell'Azienda, il dipendente si attiene a tutte le misure di sicurezza a tutela della funzionalità e della protezione dei sistemi, nel rispetto delle vigenti normative e delle disposizioni aziendali, in particolare assicurandosi della riservatezza dei codici di accesso agli applicativi, conservandoli in modo adeguato e non

comunicandoli a terzi.

4. Fatta salva l'attività di ripresa foto-video di persone fisiche in ambito aziendale per finalità istituzionali o per finalità di servizio motivate o autorizzate, il dipendente non può riprendere con strumenti/apparecchiature (inclusi smartphone) immagini foto-video dei pazienti o dei loro familiari per qualsivoglia finalità.
5. Alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda, il dipendente non può trattare dati personali di cui sia venuto in possesso o a conoscenza in ambito lavorativo e, in particolare, non può conservarli, duplicarli, comunicarli o cederli ad altri.
6. Il dipendente non può accedere ad applicativi o a portali aziendali con account acquisiti precedentemente e non più corrispondenti all'attuale mansione/collocazione o successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro.

ARTICOLO 12

COMPORAMENTO NEI RAPPORTI PRIVATI

1. Nei rapporti privati con colleghi o esterni, a qualsiasi titolo intrapresi, i dipendenti non sfruttano né menzionano la posizione che ricoprono in Azienda per ottenere utilità che non spettino loro.
2. I dipendenti si astengono dal tenere i seguenti comportamenti:
 - a. esercitare il commercio, l'industria, o alcuna professione o assumere altri impieghi alle dipendenze presso privati o pubbliche amministrazioni o accettare cariche in società costituite a fine di lucro, tranne che si tratti di cariche in società o enti per le quali la nomina sia stata preventivamente autorizzata dall'Azienda, fatte salve le fattispecie in deroga consentite dalla normativa e dai regolamenti interni;
 - b. pregiudicare gli interessi dell'Azienda o nuocere alla sua immagine;
 - c. proporre o promettere ovvero richiedere a terzi vantaggi di qualsiasi tipo e a qualunque titolo, avvalendosi della posizione di dipendente dell'Azienda;
 - d. utilizzare i documenti, le informazioni e i dati, creati o gestiti per esigenze di lavoro, al fine di arrecare, direttamente o indirettamente, vantaggi per sé o per altri;
 - e. usare a fini privati i beni e le informazioni di cui dispongono per ragioni di ufficio;
 - f. promettere uno scambio di favori;
 - g. diffondere informazioni lesive dell'immagine e dell'onorabilità dei colleghi;
 - h. chiedere ed offrire raccomandazioni e presentazioni;
 - i. anticipare il contenuto e l'esito di procedimenti;
 - j. avvantaggiare o svantaggiare i concorrenti;
 - k. facilitare terzi nel rapporto con il proprio ufficio o con altri uffici.

ARTICOLO 13

UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI E STRUMENTALI

1. I dipendenti sono tenuti ad operare con diligenza per la tutela dei beni dell'Azienda, materiali e immateriali, rispettando il decoro degli ambienti e utilizzando gli oggetti, le attrezzature e gli strumenti esclusivamente per finalità lavorative nel rispetto della legge e delle condizioni previste. In caso di inefficienza, guasto o deterioramento delle risorse materiali e strumentali affidate, essi ne danno immediata comunicazione al Responsabile dell'ufficio. Inoltre, tutti i dipendenti devono:
 - a. utilizzare e custodire i beni affidati, adottando le cautele necessarie al mantenimento della loro efficienza ed integrità;

- b. evitare utilizzi impropri dei beni, servizi, infrastrutture o locali dell'Azienda a fini privati o per scopi comunque incompatibili con l'interesse e le finalità istituzionali;
 - c. evitare di cedere a terzi, a qualsiasi titolo, l'uso della strumentazione e delle utenze di servizio assegnate.
2. I dipendenti, anche qualora effettuino la prestazione lavorativa in modalità agile o da remoto, utilizzano le risorse informatiche mediante l'adozione di tutte le norme di sicurezza in materia, a tutela della funzionalità e della protezione dei sistemi. In particolare, si assicurano dell'integrità e della riservatezza dei codici di accesso ai programmi e agli strumenti.
 3. I dipendenti, con riferimento all'utilizzo delle strumentazioni informatiche, sono obbligati, anche qualora effettuino la prestazione lavorativa in modalità agile o da remoto, al rispetto sia delle politiche di sicurezza informatica, al fine di non compromettere la funzionalità e la protezione dei sistemi informativi dell'Azienda, sia della normativa europea inerente alla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679). In particolare, essi non devono in alcun modo alterare le configurazioni informatiche predisposte dall'Azienda per tutelare l'integrità delle proprie reti e banche dati e per impedire la visualizzazione e l'acquisizione di contenuti non appropriati e, comunque, non pertinenti all'attività lavorativa.

ARTICOLO 14

UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA

1. Il personale in servizio presso l'Azienda utilizza l'*account* di posta istituzionale unicamente per comunicazioni inerenti alla propria attività lavorativa. Le persone assegnatarie delle caselle di posta elettronica sono responsabili del corretto utilizzo delle stesse. La casella di posta, assegnata dall'Azienda all'utente, è uno strumento di lavoro e non può essere utilizzato per comunicazioni di carattere personale, partecipazione a dibattiti o iscrizioni a mailing list.
2. Il linguaggio delle comunicazioni deve essere sempre rispettoso dei colleghi e delle reciproche posizioni istituzionali e non può contenere termini ingiuriosi e discriminatori che contribuiscano a deteriorare il clima dell'Azienda.
3. Le comunicazioni devono essere indirizzate unicamente al personale coinvolto nelle attività oggetto del messaggio e le informazioni inerenti alle pratiche in corso dell'Ufficio di appartenenza possono essere divulgate soltanto al personale di altri Uffici se coinvolto nelle stesse attività, a meno che non sia stata fornita altra indicazione dal Responsabile dell'ufficio.
4. Qualora una comunicazione venga utilizzata in un altro contesto (es. citata in altri atti o proto- collata), il mittente della stessa deve essere avvisato.
5. Le risposte alle comunicazioni devono sempre essere indirizzate al mittente oltre che ad altri eventuali destinatari.
6. Per come diffusamente disposto all'art. 11-*bis*, ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.

ARTICOLO 15

RAPPORTI CON IL PUBBLICO E CON I MEZZI DI INFORMAZIONE

1. I dipendenti dell'Azienda, al fine di consentire un più agevole rapporto con il pubblico si fanno riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge messo a disposizione

dall'Amministrazione anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti. Nei rapporti con gli utenti i dipendenti dell'Azienda operano con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, operano nella maniera più completa e accurata possibile, e in ogni caso, orientando il proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente, fornendo le risposte del caso, in maniera esauriente, previa informazione del rispettivo responsabile competente, entro 30 giorni (anche qualora tali comunicazioni non determinino l'attivazione di veri e propri procedimenti amministrativi), ed assicurando la puntuale identificazione del soggetto che ha formulato la risposta. Qualora non siano competenti per posizione rivestita o per materia, indirizzano l'interessato al funzionario o ufficio competente dell'Azienda.

2. I dipendenti, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, forniscono le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali hanno la responsabilità od il coordinamento. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche i dipendenti dell'Azienda rispettano, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità, l'ordine cronologico e non rifiutano prestazioni a cui siano tenuti.
3. I dipendenti rispettano gli appuntamenti con i cittadini e gli utenti e rispondono senza ritardo, per quanto di propria competenza, ed in conformità alle vigenti disposizioni aziendali, ai loro reclami.
4. I dipendenti mantengono un comportamento corretto e rispettoso nei confronti dei colleghi e dei pazienti evitando il ricorso ad affermazioni ineducate ed improprie
5. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, i dipendenti si astengono da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Amministrazione o che possano nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'Amministrazione di appartenenza o della Pubblica Amministrazione in generale.
6. I dipendenti non forniscono dichiarazioni pubbliche, se non su esplicito e diretto incarico della Direzione Aziendale, su materie riguardanti la vita e l'organizzazione dell'Azienda.
7. I dipendenti curano il rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati dall'Amministrazione anche nelle apposite carte dei servizi. I dipendenti operano 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 e sui livelli di qualità.
8. I dipendenti non assumono impegni né anticipano l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Forniscono informazioni e notizie relative ad atti od 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 anche dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico. Rilasciano copie ed estratti di atti o documenti secondo la loro competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti dell'Azienda.
9. I dipendenti osservano il segreto d'ufficio, astenendosi dal trasmettere informazioni in violazione di tale obbligo, nonché 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 siano competenti a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente della
10. I dipendenti gestori delle risorse finanziarie procedono ai pagamenti relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture seguendo, di norma e salvo diversa disposizione espressa dal Responsabile dell'ufficio, l'ordine cronologico di accettazione delle fatture e nei tempi indicati dalle normative vigenti.
11. I dipendenti, nel caso in cui vengano contattati direttamente da giornalisti/organismi di

informazione, devono invitare gli interessati a trasmettere le richieste di informazioni o di dichiarazioni alla Segreteria del Direttore Generale ed all'Ufficio Stampa.

ARTICOLO 16

ATTIVITÀ EXTRA ISTITUZIONALE

1. I dipendenti possono svolgere attività extra-istituzionali solo nei casi espressamente previsti dalla legge, o da altre fonti normative, anche interne, in materia di incompatibilità, di cumulo di impieghi e di incarichi al personale dipendente dell'Azienda, e previa autorizzazione. L'autorizzazione non è richiesta nei casi di cui all'art. 53, comma 6, del D.lgs. 165/2001. In tali casi, l'inizio di tali attività è preceduto da una comunicazione di avvio nei confronti dell'amministrazione congiuntamente alla dichiarazione di assenza di cause anche potenziali di conflitto di interesse.
2. Lo svolgimento di attività extra-istituzionali senza autorizzazione, fermo restando la responsabilità disciplinare, prevede l'applicabilità delle sanzioni di cui all'art. 53 del D.lgs. 165/2001.
3. L'attività extra-istituzionale deve essere svolta al di fuori della regolare prestazione lavorativa del dipendente, in presenza, in modalità agile o da remoto; non deve avere i caratteri della abitudine e professionalità e deve richiedere per sua natura un impegno limitato, in modo da non pregiudicare il regolare recupero psicofisico e lo svolgimento dei compiti assegnati.
4. I dipendenti devono sempre comunicare, preventivamente, all'Ufficio Stampa (alla mail ufficio.stampa@aslroma5.it) la pubblicazione, a propria firma, di volumi, saggi e articoli sui mezzi di informazione inerenti ai temi della trasformazione digitale e rientranti nelle finalità istituzionali dell'Azienda. In ogni caso non è consentito citare l'Azienda o specifiche attività e progettualità alle quali l'Azienda lavora se non espressamente autorizzati. I dipendenti, nel caso in cui vengano contattati direttamente, per la partecipazione, in rappresentanza dell'Azienda, a convegni, seminari o corsi di formazione o altri eventi, devono comunicare agli organizzatori di inviare tale richiesta alla Segreteria del Direttore Generale.
5. In caso di partecipazione, a titolo personale, a convegni, seminari e corsi di formazione o altri eventi, in qualità di relatore o docente nelle materie di competenza dell'Azienda, i dipendenti possono rendere nota la propria appartenenza all'Azienda soltanto se previamente autorizzati dall'Amministrazione. La partecipazione a tali eventi non deve essere incompatibile con le esigenze dell'ufficio e deve essere autorizzata, se prevista durante l'orario di servizio, secondo i regolamenti o le comunicazioni di servizio dell'Azienda.
6. Le modalità di svolgimento delle attività extra-istituzionali potranno essere ulteriormente dettagliate in apposito regolamento emanato a cura dell'Ufficio Organizzazione e gestione del personale.

ARTICOLO 17

DISPOSIZIONI PER I DIRIGENTI

1. Le norme del presente articolo si applicano ai dirigenti della Asl Roma 5, ivi compresi i titolari di incarico ai sensi dell'articolo 15-*septies* del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii, e ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del presente Codice.
2. Il dirigente osserva le regole generali in materia di incompatibilità stabilite dal D. Lgs. n.

- 165/2001 e s.m.i. e le specifiche disposizioni previste dal D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni.
3. Il dirigente, prima di assumere l'incarico conferito, comunica all'Azienda le eventuali partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione che è chiamato a svolgere; dichiara, altresì, se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o conviventi che svolgano attività politiche, professionali o economiche interessate dalle decisioni o dalle attività inerenti all'incarico. Le predette comunicazioni sono rese mediante dichiarazione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445.
 4. 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.
 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 nei confronti dei collaboratori e dei destinatari dell'attività dell'Azienda. 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 assicura che all'interno della struttura di competenza i compiti vengano equamente distribuiti tra il personale assegnato in considerazione delle relative capacità, attitudini e professionalità e nel rispetto dei criteri di rotazione previsti dalla vigente normativa, evitando, altresì, disparità dovute anche alla negligenza degli altri collaboratori.
 8. Il dirigente svolge la valutazione del personale a lui assegnato con imparzialità, rispetta il principio di differenziazione dei giudizi e comunica i risultati della valutazione agli interessati; adegua i meccanismi di valutazione alla specificità del lavoro agile e da remoto, in accordo con la disciplina vigente, tenendo, altresì, conto del raggiungimento dei risultati e dei comportamenti organizzativi dei dipendenti.
 9. Il dirigente vigila affinché il personale svolga l'attività assegnata con impegno e senso di responsabilità, così da garantire la qualità dei servizi resi e il buon nome dell'Azienda.
10. I dirigenti verificano che:
- a) i permessi di astensione dal lavoro comunque denominati vengano correttamente fruiti dai propri collaboratori nel rispetto della normativa, dei regolamenti e dei contratti collettivi, segnalando le eventuali violazioni agli uffici competenti ad adottare gli opportuni provvedimenti anche di natura disciplinare;
 - b) il materiale e le attrezzature in dotazione alla struttura di cui sono responsabili, nonché i servizi telematici e telefonici, vengano utilizzati in modo appropriato;
 - c) i sistemi di rilevazione automatica delle presenze vengano utilizzati in maniera corretta da parte del personale ad essi assegnato.
11. I dirigenti, in accordo con la disciplina vigente in materia, con riferimento allo svolgimento delle attività in condizione di lavoro agile e da remoto:
- a) individuano le attività compatibili, anche mediante una mappatura dei processi espletabili da remoto che tenga conto delle caratteristiche e del grado di mobilità di ciascuna attività, coinvolgendo il personale interessato;

- b) concorrono all'individuazione del personale da avviare a tale modalità di lavoro, organizzando per esso una programmazione delle priorità e degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, e verificando il conseguimento degli stessi;
 - c) assicurano che i dipendenti che rendono la propria prestazione secondo tale modalità non subiscano penalizzazioni a causa di tale condizione lavorativa, ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e adottano le soluzioni organizzative necessarie ad agevolare il loro costante coinvolgimento nelle attività lavorative e la partecipazione alle attività di formazione;
 - d) valutano l'eventuale assegnazione ai dipendenti disabili o fragili di mansioni che possono essere svolte secondo tale modalità, purché compatibili con il loro inquadramento contrattuale, onde facilitare loro l'accesso a tale condizione lavorativa. A tal fine, ove opportuno, è previsto il coinvolgimento del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità.
12. Nell'ambito del proprio potere autorizzatorio, i dirigenti osservano le regole in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di lavoro e vigilano sul loro rispetto da parte dei propri collaboratori.
13. Qualora si trovino nelle situazioni previste dai commi 2 e 3 dell'art. 14 del Codice generale, i dirigenti si astengono da qualsiasi attività negoziale, tecnica ed amministrativa intrapresa o da intraprendere con soggetti privati; in tali situazioni, i provvedimenti di competenza del dirigente vengono adottati dal dirigente sovraordinato, il quale informa per iscritto dell'astensione il Direttore delle risorse umane, per la conservazione degli atti.
14. I comportamenti del dirigente in violazione del presente Codice sono considerati ai fini della valutazione relativa al raggiungimento degli obiettivi assegnati.
15. Le disposizioni del presente articolo si applicano, per quanto compatibili, anche ai responsabili di incarichi di posizione, di funzione organizzativa, di funzione professionale di cui all'art. 24 CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021.

ARTICOLO 18

CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI

1. I dipendenti che svolgono attività lavorative direttamente o indirettamente finalizzate al perfezionamento dei procedimenti di scelta del contraente, di sottoscrizione di atti contrattuali e di atti negoziali dell'Azienda:
- a) operano per favorire la massima partecipazione possibile alle procedure di scelta del contraente, garantendo la parità di trattamento, astenendosi dal compiere atti arbitrari e divulgare informazioni che possano produrre effetti negativi nei confronti di soggetti pubblici e privati in ambito negoziale, nonché astenendosi da qualsiasi trattamento preferenziale;
 - b) contribuiscono responsabilmente all'applicazione della normativa tesa a favorire il principio di concorrenza tra gli operatori economici;
 - c) segnalano, attraverso gli strumenti predisposti dall'amministrazione, eventuali favoritismi, comportamenti collusivi, anche solo potenziali, nonché ogni altro comportamento non conforme alla normativa vigente, alle procedure e ai regolamenti interni dell'Azienda in materia di appalti e contratti pubblici, di cui vengano a conoscenza nell'ambito dello svolgimento della propria attività;
 - d) si astengono dal divulgare e dall'utilizzare, a scopo personale, le informazioni di cui dispongono per motivi di ufficio;

e) si attengono al rispetto della normativa, dei regolamenti e delle procedure interne in materia di trasparenza e tracciabilità degli atti negoziali, anche in conformità alle indicazioni previste dal PTPCT dell'Azienda;

f) hanno l'obbligo di non ricorrere alla mediazione di terzi, di non corrispondere o promettere alcuna utilità a titolo di intermediazione e di non facilitare la conclusione e l'esecuzione del contratto;

g) si astengono dal partecipare a procedimenti di appalto, fornitura di beni, lavori o servizi, con soggetti pubblici o privati con i quali abbiano stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, nonché dal partecipare all'adozione delle decisioni e alle attività relative all'esecuzione del contratto, ad eccezione dei contratti conclusi ai sensi dell'art. 1342 del Codice civile;

h) informano immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale, nel caso in cui ricevano, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali, pressioni, intimidazioni, minacce, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello di propri collaboratori o colleghi.

ARTICOLO 19

RESPONSABILITÀ CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE

1. La violazione dei doveri e gli obblighi contenuti nel Codice generale e nel presente Codice, compresi quelli relativi all'attuazione del PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare e può rilevare altresì ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile, allorché sia collegata alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.
2. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare, da irrogare nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, la violazione è valutata in ogni singolo caso tenendo conto della gravità del comportamento e dell'entità del pregiudizio, anche non patrimoniale, arrecato all'immagine dell'Azienda.
3. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive che possono essere applicate esclusivamente nei casi, da valutare in relazione alla gravità, di violazione delle disposizioni di cui al Codice generale. Gravi o reiterate violazioni del presente Codice possono comportare l'applicazione della sanzione disciplinare del licenziamento nei casi indicati dall'art. 55 quater comma 1 del d.lgs. n. 165/2001.
4. Coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non definitiva, ovvero per i quali sia stato emesso provvedimento di rinvio a giudizio, per procedimenti penali, sono tenuti a renderne comunicazione al datore di lavoro, per le valutazioni di rispettiva competenza.
5. Le violazioni del Codice accertate e sanzionate sono considerate ai fini della misurazione e valutazione della performance individuale, e possono incidere sull'attribuzione della premialità.

ARTICOLO 20

MONITORAGGIO E VIGILANZA

1. L'aggiornamento del Codice è ad opera del RPCT che ne cura la diffusione ed effettua il monitoraggio annuale delle violazioni accertate e sanzionate dei dipendenti in raccordo i singoli dirigenti e responsabili di struttura e, comunque, con l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), il quale provvede alla raccolta dei casi delle condotte illecite accertate e

sanzionate, assicurando le garanzie di cui al D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 come esplicito anche nelle *"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. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"* (di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 dell'ANAC) e di cui al regolamento aziendale in materia di *whistleblowing*, rispetto ai fatti rilevanti e ai soggetti coinvolti a fini disciplinari. Il RPCT, inoltre, assicura - in base alla disciplina di cui sopra - la tutela della riservatezza delle segnalazioni effettuate, dei soggetti segnalanti, del segnalato e dei facilitatori.

2. Gli esiti del monitoraggio sono pubblicati sul sito dell'Azienda e assumono rilievo ai fini dell'aggiornamento del PTPCT e dello stesso Codice.
3. Ai sensi e per gli effetti degli artt. 55, comma 1, 55-bis, comma 9-ter, e 55-sexies, comma 3, del d.lgs. 165 del 2001, la violazione dolosa o colposa delle suddette disposizioni in materia di monitoraggio e applicazione del presente Codice, ovvero il mancato esercizio o la decadenza dall'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all'articolo 55-bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, costituisce illecito disciplinare in capo ai dipendenti e/o dirigenti preposti alla loro applicazione e comporterà l'applicazione della sanzione prevista dall'55-sexies, comma 3, del medesimo d.lgs. 165 del 2001. La vigilanza sull'applicazione del presente Codice è affidata ai dirigenti, al RPCT e all'Ufficio procedimenti disciplinari, 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.
4. I dirigenti esercitano il controllo sul rispetto del Codice da parte dei dipendenti della struttura posta sotto la loro responsabilità; il controllo sulla vigilanza da parte dei dirigenti è svolto dal soggetto che attribuisce loro l'incarico, in raccordo con il RPCT.
5. L'attività di supervisione sull'applicazione del Codice all'interno dell'Azienda è svolta dall'OIV, che ne riferisce in sede di relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione della performance, trasparenza e integrità dei controlli interni. L'OIV assicura altresì che il rispetto delle disposizioni contenute nel Codice assuma rilevanza nel sistema ai fini della valutazione dei risultati individuali e complessivi dell'amministrazione.
6. I dirigenti attivano le azioni disciplinari di propria competenza per le infrazioni di minore gravità, in conformità a quanto previsto all'art. 55-bis del d.lgs. 165/2001, dandone comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari. Essi, inoltre, segnalano tempestivamente all'Ufficio procedimenti disciplinari i casi di violazione del Codice per i quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale.
7. L'Ufficio procedimenti disciplinari esamina le segnalazioni di violazione del Codice e attiva il procedimento in contraddittorio con i dipendenti, secondo quanto previsto all'art. 55-bis del d.lgs. 165/2001.
8. In caso di violazione dei doveri di comportamento da parte dei titolari di posizione dirigenziale di vertice, nonché dei collaboratori o consulenti, l'Ufficio procedimenti disciplinari procede all'accertamento, in contraddittorio con l'interessato, e alla comunicazione al soggetto conferente l'incarico, ai fini della valutazione e dell'eventuale risoluzione del contratto.
9. Le attività svolte ai sensi del presente articolo dall'Ufficio procedimenti disciplinari si conformano alle previsioni contenute nel PTPCT adottato dall'Azienda.
10. L'Azienda provvede a rendere pubblici i canali di comunicazione e le modalità per effettuare le segnalazioni di cui all'art. 55 bis del d. Lgs. 165/2001

ARTICOLO 21

STRUMENTI DI ATTUAZIONE E PROGRAMMA DI FORMAZIONE

1. Nell'ambito della pianificazione formativa annuale, in coerenza con quanto previsto nel PIAO anche in materia di trasparenza e integrità, sono predisposte e realizzate adeguate iniziative di formazione, diffusione e confronto con il personale, allo scopo di assicurare la corretta comprensione dei contenuti del Codice.
2. Le attività formative di cui al presente articolo sono finalizzate a sensibilizzare i dipendenti sui rischi di corruzione inerenti all'esercizio delle loro funzioni e a garantire un aggiornamento sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in materia di trasparenza e integrità e di inclusione nei luoghi di lavoro; esse 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.
3. Le iniziative formative sono realizzate mediante strumenti e canali differenziati in base al ruolo e alla responsabilità dei destinatari, tenuto conto del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione; i corsi di formazione rivolti al personale di nuova assunzione dedicano un apposito modulo ai contenuti del Codice.
4. In sede di programmazione annuale delle attività formative aventi ad oggetto il presente Codice, si tiene conto delle proposte formulate dai dipendenti su argomenti correlati alle proprie attività.
5. I dirigenti, oltre a promuovere la conoscenza dei contenuti del presente Codice da parte del personale della propria struttura e a vigilare sulla comprensione e applicazione di tali contenuti, organizzano, di propria iniziativa o su richiesta dei collaboratori, momenti di confronto e discussione sui temi richiamati dal Codice stesso.

ARTICOLO 22

DISPOSIZIONI FINALI

1. Il presente Codice entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda e si intende abrogato il Codice di comportamento precedentemente in vigore approvato con delibera di aggiornamento n. 59 del 31 gennaio 2017.
2. Il Codice è soggetto agli aggiornamenti periodici previsti dalla normativa e dai regolamenti in materia; può essere altresì integrato da linee guida governative eventualmente emanate in ragione di specifiche esigenze organizzative da parte delle pubbliche amministrazioni.
3. Alle attività di cui al presente regolamento le Amministrazioni provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.
4. La Asl Roma 5 garantisce la più ampia diffusione del presente Codice nei confronti di tutti i soggetti destinatari delle disposizioni ivi contenute, così come definiti nell'art. 2.
5. A tal fine il RPCT assicura:
 - a) la pubblicazione del presente Codice, nonché i futuri aggiornamenti, sul sito Istituzionale, nella sezione "amministrazione trasparente";
 - b) la trasmissione di copia del Codice a tutti i dipendenti e a tutti coloro che collaborano a qualsiasi titolo, anche professionale, con l'Azienda, nonché agli ulteriori soggetti indicati nell'articolo 2, comma 3, del Codice generale.