

# Piano integrato di attività e organizzazione

## P.I.A.O.

Art. 6 del decreto-legge n. 80/2021  
convertito in legge 6 agosto 2021 n. 113

## 2026 - 2028



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 5



REGIONE  
LAZIO



## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>4</b>
1.1. CHI SIAMO.....	4
1.2. COSA FACCIAMO.....	4
1.3 COME OPERIAMO.....	5
1.4 ANALISI DEL CONTESTO.....	13
1.4.1. Il contesto interno.....	13
1.4.2. Il contesto esterno.....	18
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1 VALORE PUBBLICO</b> .....	<b>24</b>
2.1.1. Procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare.....	27
2.1.2. Pari opportunità e l'equilibrio di genere.....	32
2.1.3. Efficientamento energetico.....	33
<b>2.2 PERFORMANCE</b> .....	<b>34</b>
2.2.1. Sistema di misurazione della Performance.....	35
2.2.2. Ciclo di gestione della performance.....	37
2.2.3. Gli obiettivi strategici.....	39
2.2.4. Performance organizzativa.....	40
2.2.5. Performance individuale.....	42
<b>2.3 PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b> .....	<b>43</b>
2.3.1. Coordinamento con il Ciclo della Performance.....	46
2.3.2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).....	47
2.3.3. I dirigenti.....	48
2.3.4. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).....	49
2.3.5. Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA).....	49
2.3.6. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.....	50
2.3.7. Misure per la riduzione del rischio.....	51
2.3.8. Formazione dei dipendenti.....	53
2.3.9. Rotazione dei dipendenti.....	55
2.3.10. Tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. whistleblowing).....	57
2.3.11. Procedura relativa alla tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che segnala.....	59
2.3.12. Incompatibilità ed inconferibilità.....	60
2.3.14. Conflitto di interessi.....	61
2.3.15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.....	61
2.3.16. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.....	62
2.3.17. Codice di Comportamento.....	62
2.3.18. Programmazione della Trasparenza.....	64
2.3.19. Trasparenza e pubblicazione degli atti.....	65
2.3.20. Individuazione dei Dirigenti Responsabili della Trasmissione dei dati.....	65
2.3.21. Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi.....	67
2.3.22. 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.....	67
2.3.23. Il Diritto di Accesso.....	67
<b>2.4 PIANO AZIONI POSITIVE</b> .....	<b>68</b>
<b>3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b> .....	<b>69</b>
<b>4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</b> .....	<b>69</b>
4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	70
4.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE.....	71
4.3 MODALITÀ ATTUATIVE.....	71
4.4. SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE.....	72
4.5 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE.....	73
4.6 REQUISITI TECNOLOGICI.....	73
<b>5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP)</b> .....	<b>74</b>
<b>6. PIANO DELLA FORMAZIONE</b> .....	<b>75</b>
<b>7. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE</b> .....	<b>75</b>

**Allegati:**

- 1) Scheda degli obiettivi di performance organizzativa
- 2) Tabella obblighi di pubblicazione

**Redazione a cura di:**

- *UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione.*

**Hanno collaborato:**

- *UOC IT – Sezione 2.1.1;*
- *CUG – Sezione 2.1.2;*
- *UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di Gestione – Sezione 2.2;*
- *Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – Sezione 2.3;*
- *UOC Gestione del Personale – Sezioni 1.4.1, 4, 5;*
- *UOS Formazione del Personale ed Universitaria – Sezione 6.*

## 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 e stabile; con aggiornamenti annuali, nel corso del triennio di riferimento, che consentano, qualora necessario, di aggiornarne aspetti specifici dando attuazione alla programmazione strategica mediante la definizione di obiettivi o azioni operativi.

Attraverso il PIAO l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il PIAO è quindi un documento fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite; integra tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, superati singolarmente, al fine di fornire una visione di sintesi integrata e assorbe al suo interno il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, il Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive e il Piano dei fabbisogni del Personale.

Con l'adozione del PIAO, dei documenti attuativi e delle Relazioni annuali di rendicontazione, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte e garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

La prima parte del Piano descrive il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato al 31/12/2025 attraverso la descrizione dell'assetto organizzativo delle strutture aziendali e la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, i dati di attività dell'ultimo periodo per livelli assistenziali. A seguire vengono riportati gli impegni strategici per valore pubblico che l'Azienda si propone di realizzare nel triennio di riferimento, articolati secondo le Sezioni e sottosezioni di programmazione, a fronte degli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Aziendale. Il secondo capitolo del Piano descrive il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale e le modalità organizzative e operative adottate in Azienda per il monitoraggio periodico e la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli impegni di budget.

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente strumentale della Regione Lazio dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che opera nel quadro del servizio sanitario nazionale (S.S.N.). È stata istituita con la Legge Regione Lazio 16 giugno 1994 n. 18 recante "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali" e s.m.i. con il nome Unità sanitaria locale Roma "G" (USL Roma G) e con l'attuale denominazione giusta D.C.A. Regione Lazio 31 dicembre 2015, n. U00606, recante "Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3".

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali (art.3, comma 1 bis, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.).

La sede legale è sita a Tivoli in Via Acquaregna nn.1/15 (Codice fiscale e Partita IVA 04733471009).

Logo aziendale



Sito internet: [www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)

Indirizzo mail: [protocollo.generale@aslroma5.it](mailto:protocollo.generale@aslroma5.it)

Indirizzo pec: [protocollo@pec.aslroma5.it](mailto:protocollo@pec.aslroma5.it)

### 1.2. COSA FACCIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 promuove la salute nel proprio territorio riconoscendo la centralità della persona con i suoi bisogni di salute e svolgendo nei suoi confronti 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 secondo un approccio One Health basato sull'interazione multiprofessionale e multidisciplinare tra servizi sanitari coinvolti nella tutela di condizioni di salute unitamente ad una flessibilità ed elasticità dell'offerta sanitaria in grado di cogliere e soddisfare i nuovi bisogni emergenti della popolazione. Eroga, sulla base dei dati epidemiologici e dei bisogni rilevati, servizi sanitari di diagnosi e cura in regime domiciliare, in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero avvalendosi delle proprie strutture gestite direttamente nonché delle strutture private accreditate con la Regione Lazio nei limiti della programmazione pluriennale.

In linea con le indicazioni regionali, è attivamente impegnata nella strategia di riequilibrio dell'offerta del sistema sanitario regionale attraverso la riprogrammazione dei livelli assistenziali che si caratterizza per il potenziamento dell'offerta territoriale e la razionalizzazione e la rimodulazione di quella ospedaliera garantendo l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari per soddisfare la domanda di salute e la continuità assistenziale con la presa in carico del paziente.

### **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 E DELLA COMMITTENZA**
  - UOC TECNICA
  - UOS PATRIMONIO
  - UOC IT
  - UOC INGEGNERIA CLINICA
  - UOC ACQUISIZIONE FARMACI E FORNITURE PER MALATTIE RARE
  - UOC ACQUISIZIONE ALTRI BENI SANITARI, NON SANITARI E SERVIZI
- **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**
  - UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALI E DISTRETTI
  - UOC GESTIONE DEL PERSONALE
  - UOS TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZA
  - UOC AFFARI GENERALI E SUPPORTO ATTIVITA' LEGALE
  - UOC BILANCIO E CONTABILITÀ

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

- **DIPARTIMENTO DIREZIONE STRATEGICA**
  - UOC PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
  - UOS VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE
  - UOC GOVERNO RETE DEGLI EROGATORI
  - UOS VERIFICA E CONTROLLO
  - UOC GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI SANITARI E ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI
  - UOSD BED MANAGEMENT
  - UOC QUALITA' E RISCHIO CLINICO
  - UOSD FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA
  - UOSD SVILUPPO ORGANIZZATIVO E OPERATION MANAGEMENT
  - UOSD CUP, LISTE DI ATTESA E LIBERA PROFESSIONE

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 integrato di **Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza 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 D.S.M. – DP , 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.

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:

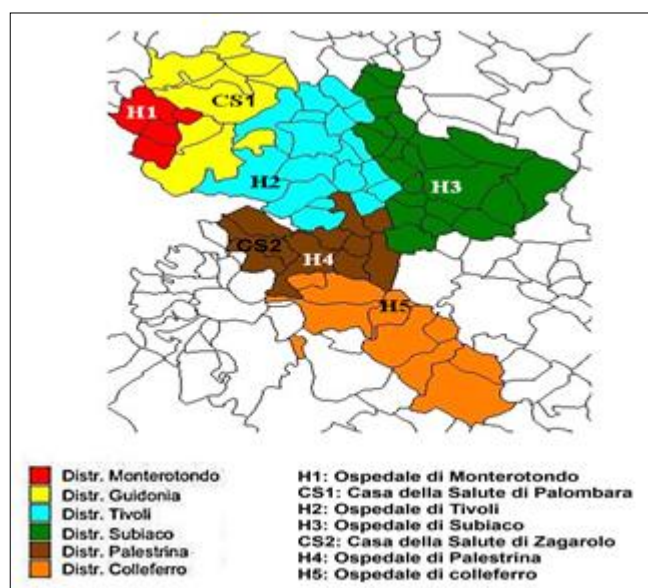
- salute della donna e dell'età evolutiva;
- medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- assistenza protesica;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- assistenza domiciliare e residenzialità;
- medicina legale;
- farmaceutica;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

Sono presenti 5 Presidi Ospedalieri:

##### ▪ Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, sede DEA I livello

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. accessi P.S.	27.387	27.385	30.992	30.857	18.657

- Riapertura DEA Tivoli 14/11/2024 dopo chiusura incendio 8/12/2023 dal 9/12/2023 al 13/11/2024 il Presidio ha garantito le attività con l'attivazione di un Punto di Primo Intervento

##### ▪ Ospedale Parodi Delfino di Colferro, sede di Pronto Soccorso

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. accessi P.S.	17.121	17.359	21.658	23.461	27.446

##### ▪ Ospedale Coniugi Bernardini di Palestrina, sede di Pronto Soccorso

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. accessi P.S.	15.503	13.251	15.006	22.861	27.026

##### ▪ Ospedale S.S. Gonfalone di Monterotondo, sede di Pronto Soccorso,

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. accessi P.S.	11.965	11.757	14.378	16.615	18.595

##### ▪ Ospedale Angelucci di Subiaco, sede di Pronto Soccorso

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. accessi P.S.	5.450	6.291	7.392	7.632	8.733

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.

Situazione Posti Letto Asl Roma 5 (2024) (tabella 2)

ASL / AO	Cod. struttura	Denominazione	Pubblico /Privato	COD10	Disc	Descrizione Disciplina	AFO budget 2	PL DO RETE NEW	PL DO 06/25 (HSP 12/13)
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530008	08	CARDIOLOGIA	Area Medica -PS	14	10
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530009	09	CHIRURGIA GENERALE	Area Chirurgica	22	13
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530026	26	MEDICINA GENERALE	Area Medica -PS	42	43
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530029	29	NEFROLOGIA	Area Medica -PS	10	10
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530032	32	NEUROLOGIA	Area Medica -PS	12	0
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530036	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Area Chirurgica	18	17
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530037	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	Area Chirurgica	17	17
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530038	38	OTORINOLARINGOIATRIA	Area Chirurgica	5	3
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530039	39	PEDIATRIA	Area Medica - NO PS	9	8
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530040	40	PSICHIATRIA	Area Medica - NO PS	16	15
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530043	43	UROLOGIA	Area Chirurgica	11	5
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530049	49	TERAPIA INTENSIVA	Area Critica	10	6
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530050	50	UNITA' CORONARICA	Area Critica	6	6
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530051	51	MEDICINA D'URGENZA	Area Medica -PS	12	12
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530062	62	NEONATOLOGIA	Area Medica - NO PS	6	10
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530069	69	RADIOLOGIA	Area Medica - NO PS	0	1
05-Roma 5	12005300	Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli	Pubblico	1200530094	94	TERAPIA SEMI INTENSIVA	Area Medica -PS	4	4
<b>TOTALE</b>								<b>214</b>	<b>180</b>
									<b>84%</b>

## Azienda Sanitaria Locale ROMA 5 – PIAO 2026-2028

ASL / AO	Cod. struttura	Denominazione	Pubblico / Privato	COD10	Disc	Descrizione Disciplina	AFO budget 2	PL DO RETE NEW	PL DO 06/25 (HSP 12/13)
05-Roma 5	12004900	Ospedale SS. Gonfalone - Monterotondo	Pubblico	1200490009	09	CHIRURGIA GENERALE	Area Chirurgica	8	8
05-Roma 5	12004900	Ospedale SS. Gonfalone - Monterotondo	Pubblico	1200490026	26	MEDICINA GENERALE	Area Medica -PS	24	20
05-Roma 5	12004900	Ospedale SS. Gonfalone - Monterotondo	Pubblico	1200490036	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Area Chirurgica	2	2
05-Roma 5	12004900	Ospedale SS. Gonfalone - Monterotondo	Pubblico	1200490040	40	PSICHIATRIA	Area Medica - NO PS	16	14
05-Roma 5	12004900	Ospedale SS. Gonfalone - Monterotondo	Pubblico	1200490051	51	MEDICINA D'URGENZA	Area Medica -PS	6	4

<b>TOTALE</b>	<b>56</b>	<b>48</b>
		<b>86%</b>

ASL / AO	Cod. struttura	Denominazione	Pubblico / Privato	COD10	Disc	Descrizione Disciplina	AFO budget 2	PL DO RETE NEW	PL DO 06/25 (HSP 12/13)
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520009	09	CHIRURGIA GENERALE	Area Chirurgica	10	10
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520026	26	MEDICINA GENERALE	Area Medica -PS	24	20
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520036	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Area Chirurgica	2	0
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520049	49	TERAPIA INTENSIVA	Area Critica	4	0
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520051	51	MEDICINA D'URGENZA	Area Medica -PS	4	4
05-Roma 5	12005200	Ospedale A. Angelucci - Subiaco	Pubblico	1200520060	60	LUNGODEGENZA	Lungodegenza	6	10

<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>44</b>
		<b>88%</b>

ASL / AO	Cod. struttura	Denominazione	Pubblico / Privato	COD10	Disc	Descrizione Disciplina	AFO budget 2	PL DO RETE NEW	PL DO 06/25 (HSP 12/13)
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460008	08	CARDIOLOGIA	Area Medica -PS	12	12
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460009	09	CHIRURGIA GENERALE	Area Chirurgica	12	12
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460026	26	MEDICINA GENERALE	Area Medica -PS	25	25
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460029	29	NEFROLOGIA	Area Medica -PS	8	0
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460036	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Area Chirurgica	16	16
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460038	38	OTORINOLARINGOIATRIA	Area Chirurgica	4	4
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460040	40	PSICHIATRIA	Area Medica - NO PS	16	16
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460043	43	UROLOGIA	Area Chirurgica	10	10
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460049	49	TERAPIA INTENSIVA	Area Critica	7	4
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460050	50	UNITA' CORONARICA	Area Critica	4	4
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460051	51	MEDICINA D'URGENZA	Area Medica -PS	10	10
05-Roma 5	12004600	Ospedale L. Parodi Delfino - Colferro	Pubblico	1200460094	94	TERAPIA SEMI INTENSIVA	Area Medica -PS	0	3

<b>TOTALE</b>	<b>124</b>	<b>116</b>
		<b>94%</b>

ASL / AO	Cod. struttura	Denominazione	Pubblico / Privato	COD10	Disc	Descrizione Disciplina	AFO budget 2	PL DO RETE NEW	PL DO 06/25 (HSP 12/13)
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510009	09	CHIRURGIA GENERALE	Area Chirurgica	13	13
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510026	26	MEDICINA GENERALE	Area Medica -PS	28	28
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510036	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Area Chirurgica	9	9
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510037	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	Area Chirurgica	6	0
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510039	39	PEDIATRIA	Area Medica - NO PS	8	8
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510049	49	TERAPIA INTENSIVA	Area Critica	6	0
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510051	51	MEDICINA D'URGENZA	Area Medica -PS	8	8
05-Roma 5	12005100	Ospedale Civile Coniugi Bernardini - Palestrina	Pubblico	1200510094	94	TERAPIA SEMI INTENSIVA	Area Medica -PS	2	6

<b>TOTALE</b>	<b>80</b>	<b>72</b>
		<b>90%</b>

Tabella (tab.3) Ricoveri 2023/2024

Struttura	dati anno 2023		dati anno 2024 <sup>1</sup>	
	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni
120053 P.O. “S. Giovanni Evangelista” (Tivoli)	5.227	1.018	2.917	599
120046 P.O. “L. Parodi Delfino” (Colleferro)	3.323	787	4.117	1.095
120049 P.O. “SS Gonfalone” (Monterotondo)	1.436	665	1.744	702
120051 P.O. “Coniugi Bernardini” (Palestrina)	2.021	442	3.067	765
120052 P.O. “A. Angelucci” (Subiaco)	874	150	1.016	339

#### 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 31.12.2025 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, è pari a 3.537 unità, così suddivise:

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e natura rapporto (2025)						
TIPOLOGIA DIPENDENTE	RUOLO	TEMPO DETERMINATO	%	TEMPO INDETERMINATO	%	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	2	2,90%	292	11,03%	294
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,26%	7
	RUOLO SANITARIO	52	75,36%	1899	71,71%	1951
	RUOLO TECNICO	15	21,74%	450	16,99%	465
<b>Totale</b>		<b>69</b>	<b>100,00%</b>	<b>2648</b>	<b>100,00%</b>	<b>2717</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	78	85,71%	610	83,68%	688
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	1	1,10%	11	1,51%	12
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,96%	7
	RUOLO SANITARIO	11	12,09%	92	12,62%	103
	RUOLO TECNICO	-	-	1	0,14%	1

<sup>1</sup> È importante ricordare che, a seguito dell'incendio dell'8 dicembre 2023, le attività di ricovero del Presidio Ospedaliero di Tivoli sono state sospese fino a marzo 2024, quando i reparti hanno iniziato una riapertura graduale.

DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	1	1,10%	8	1,10%	9
<b>Totale</b>		<b>91</b>	<b>100,00%</b>	<b>729</b>	<b>100,00%</b>	<b>820</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>160</b>		<b>3377</b>		<b>3537</b>

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e genere (2025)						
TIPOLOGIA DIPENDENTE	RUOLO	F	%	M	%	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	211	10,77%	83	10,96%	294
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,92%	7
	RUOLO SANITARIO	1458	74,39%	493	65,13%	1951
	RUOLO TECNICO	291	14,85%	174	22,99%	465
<b>Totale</b>		<b>1960</b>	<b>100,00%</b>	<b>757</b>	<b>100,00%</b>	<b>2717</b>
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	367	78,76%	321	90,68%	688
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	7	1,50%	5	1,41%	12
	RUOLO PROFESSIONALE	4	0,86%	3	0,85%	7
	RUOLO SANITARIO	84	18,03%	19	5,37%	103
	RUOLO TECNICO	-	-	1	0,28%	1
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	4	0,86%	5	1,41%	9
<b>Totale</b>		<b>466</b>	<b>100,00%</b>	<b>354</b>	<b>100,00%</b>	<b>820</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>2426</b>		<b>1111</b>		<b>3537</b>

Età media dipendenti (2025)			
TIPOLOGIA DIPENDENTE	DESCRIZIONE RUOLO	NATURA RAPPORTO	ETÀ MEDIA
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	35,17
		TEMPO INDETERMINATO	51,07
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO	60,85
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	40,53
		TEMPO INDETERMINATO	49,14
	RUOLO TECNICO	TEMPO DETERMINATO	49,39
		TEMPO INDETERMINATO	50,79
	<b>Media</b>		
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	37,72
		TEMPO INDETERMINATO	50,59
<b>Media</b>			<b>49,13</b>
DIRIGENZA SPTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	40,67
		TEMPO INDETERMINATO	57,40
	RUOLO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO	46,48
	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	36,37
		TEMPO INDETERMINATO	50,17

	RUOLO TECNICO	TEMPO INDETERMINATO	66,39
<b>Media</b>			<b>49,42</b>
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	50,72
		TEMPO INDETERMINATO	60,41
<b>Media</b>			<b>59,34</b>
<b>Età media dipendenti</b>			<b>49,43</b>

### 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 2024 (Deliberazione n. 765 del 30/04/2025). Nella tabella successiva si confrontano i valori di bilancio degli ultimi anni.

Descrizione	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Valore della produzione</b>	933.533.396	986.983.118,36	1.029.124.127	1.043.335.515	1.126.042.776,90
<b>Costo della produzione</b>	915.635.611	968.091.939,16	1.013.035.030	1.044.607.485	1.111.122.051,50
<b>Risultato prima delle imposte</b>	17.897.785	12.048.809,75	16.089.097	-1.271.970	13.466.706,76
<b>Costo Totale</b>	933.553.396	986.983.118,36	1.029.124.127	1.032.429.777,8	1.126.042.776,90
<b>Perdita/Utile di esercizio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10.905.737,25</b>	<b>0</b>

In un contesto volto alla gestione e programmazione di tali variabili l'Azienda ASL Roma 5 ha proposto il Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2026 e concordato tali dati con la Regione Lazio (DGR n. 1331 del 30/12/2025); di seguito viene riportato il dettaglio e confrontato con i valori del 2025:

CODICE MIN	VOCE	2026	2025	2026-2025	Diff(%)
<b>A)</b>	<b>Valore della produzione</b>				
A.1)	Contributi in c/esercizio	1.080.291.367,06	948.440.125,53	131.851.241,53	14%
A.1.a)	Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.075.977.860,68	921.263.164,02	154.714.696,66	17%
A.1.b)	Contributi in c/esercizio - extra fondo	4.273.076,10	27.061.226,04	-22.788.149,94	-84%
A.1.b.1)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	30.970,68	908.232,64	-877.261,96	-97%
A.1.b.2)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	2.642.845,15	0,00	2.642.845,15	
A.1.b.3)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	0,00	0,00	0,00	
A.1.b.4)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	33.886,60	6.005.204,21	-5.971.317,61	-99%
A.1.b.5)	Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	0,00	4.095,80	-4.095,80	-100%

Azienda Sanitaria Locale ROMA 5 – PIAO 2026-2028

A.1.b.6)	Contributi da altri soggetti pubblici	1.565.373,67	20.143.693,39	-18.578.319,72	-92%
A.1.c)	Contributi in c/esercizio - per ricerca	40.430,28	115.735,47	-75.305,19	-65%
A.1.c.1)	da Ministero della Salute per ricerca corrente	0,00	0,00	0,00	
A.1.c.2)	da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0,00	0,00	0,00	
A.1.c.3)	da Regione e altri soggetti pubblici	40.430,28	115.735,47	-75.305,19	-65%
A.1.c.4)	da privati	0,00	0,00	0,00	
A.1.d)	Contributi in c/esercizio - da privati	0,00	0,00	0,00	
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.000.000,00	-6.147.656,00	1.147.656,00	-19%
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.146.650,00	6.925.554,00	221.096,00	3%
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	46.053.826,33	83.016.096,50	-36.962.270,17	-45%
A.4.a)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	41.186.702,28	78.467.076,38	-37.280.374,10	-48%
<b>CODICE MIN</b>	<b>VOCE</b>	<b>2026</b>	<b>2025</b>	<b>2026-2025</b>	<b>Diff(%)</b>
A.4.b)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.958.469,20	1.701.237,00	257.232,20	15%
A.4.c)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.908.654,85	2.847.783,12	60.871,73	2%
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	15.608.518,79	13.459.832,60	2.148.686,19	16%
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.951.828,80	4.138.928,91	2.812.899,89	68%
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	0,00	0,00	0,00	
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	
A.9)	Altri ricavi e proventi	957.578,64	889.607,89	67.970,75	8%
	<b>TOTALE A)</b>	<b>1.152.009.769,62</b>	<b>1.050.722.489,43</b>	<b>101.287.280,19</b>	<b>10%</b>
<b>B)</b>	<b>Costi della produzione</b>				
B.1)	Acquisti di beni	124.734.016,07	102.480.491,04	22.253.525,03	22%
B.1.a)	Acquisti di beni sanitari	123.342.745,13	101.314.822,97	22.027.922,16	22%
B.1.b)	Acquisti di beni non sanitari	1.391.270,94	1.165.668,07	225.602,87	19%
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	696.947.210,21	638.185.741,51	58.761.468,70	9%
B.2.a)	Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	55.585.761,13	52.685.553,00	2.900.208,13	6%
B.2.b)	Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	71.925.404,17	67.517.665,00	4.407.739,17	7%
B.2.c)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	99.124.271,39	92.280.618,14	6.843.653,25	7%
B.2.d)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	18.391.316,00	19.819.191,99	-1.427.875,99	-7%
B.2.e)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	4.613.753,03	5.040.614,55	-426.861,52	-8%
B.2.f)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	16.950.000,00	12.696.830,01	4.253.169,99	33%
B.2.g)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	241.274.926,59	209.550.626,16	31.724.300,43	15%
B.2.h)	Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	19.535.000,00	21.260.298,48	-1.725.298,48	-8%
B.2.i)	Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	74.127.098,17	67.357.464,70	6.769.633,47	10%
B.2.j)	Acquisti prestazioni termali in convenzione	3.119.072,67	2.158.229,89	960.842,78	45%
B.2.k)	Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	8.850.858,61	6.426.357,12	2.424.501,49	38%
B.2.l)	Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	67.548.612,99	63.922.598,49	3.626.014,50	6%
B.2.m)	Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.168.634,64	1.361.056,30	-192.421,66	-14%

Azienda Sanitaria Locale ROMA 5 – PIAO 2026-2028

B.2.n)	Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.114.964,49	4.632.377,29	-2.517.412,80	-54%
B.2.o)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	6.337.022,32	4.726.750,95	1.610.271,37	34%
B.2.p)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	6.280.514,01	6.749.509,44	-468.995,43	-7%
B.2.q)	Costi per differenziale Tariffe TUC	0,00	0,00	0,00	
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	61.061.507,21	57.629.761,15	3.431.746,06	6%
B.3.a)	Servizi non sanitari	59.982.738,57	56.535.528,19	3.447.210,38	6%
B.3.b)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	678.768,64	731.510,94	-52.742,30	-7%
B.3.c)	Formazione	400.000,00	362.722,02	37.277,98	10%
B.4)	Manutenzione e riparazione	8.867.987,28	3.379.327,31	5.488.659,97	162%
B.5)	Godimento di beni di terzi	5.285.898,83	5.060.186,19	225.712,64	4%
B.6)	Costi del personale	224.042.200,82	215.495.849,00	8.546.351,82	4%
B.6.a)	Personale dirigente medico	83.479.096,16	80.255.786,75	3.223.309,41	4%
B.6.b)	Personale dirigente ruolo sanitario non medico	12.122.939,27	11.651.382,97	471.556,30	4%
B.6.c)	Personale comparto ruolo sanitario	94.409.922,19	91.283.489,69	3.126.432,50	3%
B.6.d)	Personale dirigente altri ruoli	2.115.154,20	1.999.318,24	115.835,96	6%
B.6.e)	Personale comparto altri ruoli	31.915.089,00	30.305.871,35	1.609.217,65	5%
B.7)	Oneri diversi di gestione	2.353.308,30	2.156.564,38	196.743,92	9%
<b>CODICE MIN</b>	<b>VOCE</b>	<b>2026</b>	<b>2025</b>	<b>2026-2025</b>	<b>Diff(%)</b>
B.8)	Ammortamenti	0,00	0,00	0,00	
B.8.a)	Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	0,00	0,00	0,00	
B.8.b)	Ammortamenti dei Fabbricati	0,00	0,00	0,00	
B.8.c)	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	0,00	0,00	0,00	
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00	
B.10)	Variazione delle rimanenze	0,00	0,00	0,00	
B.10.a)	Variazione delle rimanenze sanitarie	0,00	0,00	0,00	
B.10.b)	Variazione delle rimanenze non sanitarie	0,00	0,00	0,00	
B.11)	Accantonamenti	13.597.701,00	11.118.978,93	2.478.722,07	22%
B.11.a)	Accantonamenti per rischi	4.136.529,75	6.618.414,93	-2.481.885,18	-37%
B.11.b)	Accantonamenti per premio operosità	0,00	389.666,93	-389.666,93	-100%
B.11.c)	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	0,00	0,00	0,00	
B.11.d)	Altri accantonamenti	9.461.171,25	4.110.897,07	5.350.274,18	130%
	TOTALE B)	1.136.889.829,72	1.035.506.899,51	101.382.930,21	10%
	Differenza tra valore e costi della produzione	15.119.939,90	15.215.589,92	-95.650,02	-1%
<b>C)</b>	<b>Proventi e oneri finanziari</b>				
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	511.000,00	400.000,00	111.000,00	28%
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	42.154,00	65.207,98	-23.053,98	-35%
	TOTALE C)	468.846,00	334.792,02	134.053,98	40%
<b>D)</b>	<b>Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>				
D.1)	Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	
D.2)	Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	
	TOTALE D)	0,00	0,00	0,00	
<b>E)</b>	<b>Proventi e oneri straordinari</b>				
E.1)	Proventi straordinari	11.200,00	38.800,00	-27.600,00	-71%
E.1.a)	Plusvalenze	0,00	0,00	0,00	
E.1.b)	Altri proventi straordinari	11.200,00	38.800,00	-27.600,00	-71%
E.2)	Oneri straordinari	79.692,79	795.569,60	-715.876,81	-90%

E.2.a)	Minusvalenze	0,00	0,00	0,00	
E.2.b)	Altri oneri straordinari	79.692,79	795.569,60	-715.876,81	-90%
	TOTALE E)	-68.492,79	-756.769,60	688.276,81	-91%
	Risultato prima delle imposte	15.520.293,11	14.793.612,34	726.680,77	5%
<b>Y)</b>	<b>Imposte sul reddito dell'esercizio</b>				
Y.1)	IRAP	15.459.113,08	14.732.432,33	726.680,75	5%
Y.1.a)	IRAP relativa a personale dipendente	15.034.382,99	14.248.034,80	786.348,19	6%
Y.1.b)	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro indipendente	38.033,65	38.033,65	0,00	0%
Y.1.c)	IRAP relativa ad attivita' di libera professione (intramoenia)	386.696,44	446.363,88	-59.667,44	-13%
Y.1.d)	IRAP relativa ad attivita' commerciali	0,00	0,00	0,00	
Y.2)	IRES	61.180,03	61.180,03	0,00	0%
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	
	Totale Y)	15.520.293,11	14.793.612,36	726.680,75	5%
	Utile (perdita) dell'esercizio	0	0	0	0%

Il bilancio di previsione rappresenta la linea guida della gestione economica dell'Azienda ed è stato predisposto per l'anno 2026 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale vigente, con particolare riferimento agli artt. 25 e 31 del D.Lgs 118/2011, in coerenza con la programmazione economico finanziaria, gli obiettivi di pianificazione strategica definiti dalla Regione Lazio e con gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario assegnati ai Direttori Generali.

#### 1.4.2. Il contesto esterno

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si estende per 1.813,7 Km<sup>2</sup> e comprende 70 comuni (figura 1) con una popolazione, al 31.12.2024, pari a 492.711 abitanti (tabella 6) (fonte: [www.opensalutelazio.it](http://www.opensalutelazio.it)).

Di seguito, i singoli comuni che compongono la ASL Roma 5 (Figura 1), popolazione e sede dei 6 Distretti Sanitari in cui è suddivisa l'Azienda (tabella 1) [le colorazioni corrispondono ai distretti: Monterotondo (rosso), Guidonia (giallo), Tivoli (indaco), Subiaco (verde), Palestrina (marrone), Colferro (terra)].

Figura 1. Comuni ASL Roma 5

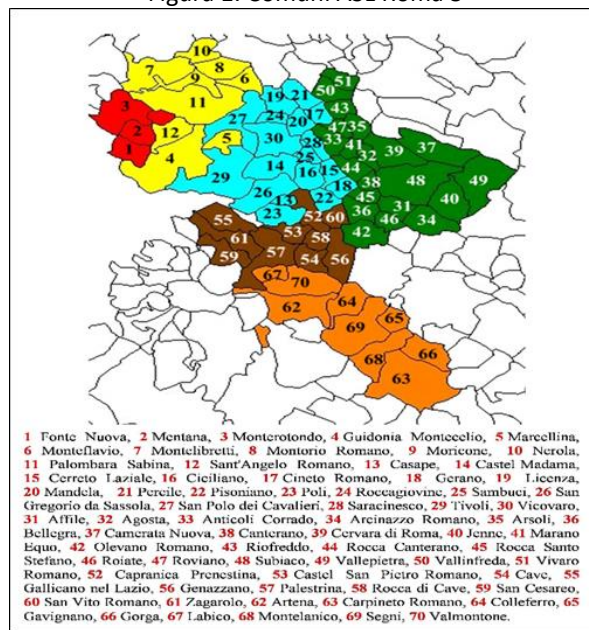


Tabella (tab.6) Popolazione residente per Distretto al 31/12/2024

Distretto	Totale	Indirizzo	CAP	Comune	Provincia
Distretto G1-Monterotondo	96.392	VIALE DELL'AERONAUTICA, 53/B	00015	Monterotondo	Roma
Distretto G2-Guidonia	126.675	VIA DEI CASTAGNI, 20-22	00012	Guidonia Montecelio	Roma
Distretto G3-Tivoli	80.782	PIAZZA MASSIMO, 1	00019	Tivoli	Roma
Distretto G4-Subiaco	30.808	L.GO MAZZINI SNC	00028	Subiaco	Roma
Distretto G5-Palestrina	84.117	VIA PORTA SAN MARTINO, 38	00036	Palestrina	Roma
Distretto G6-Colleferro	73.937	VIA DEGLI ESPLOSIVI, 9/A	00034	Colleferro	Roma
<b>Totale</b>	<b>492.711</b>				

Il grafico seguente mostra l'evoluzione demografica (dal 2006 al 2023) della popolazione residente totale e residente straniera.

Figura 2. Popolazione residente ASL Roma 5 – 2024

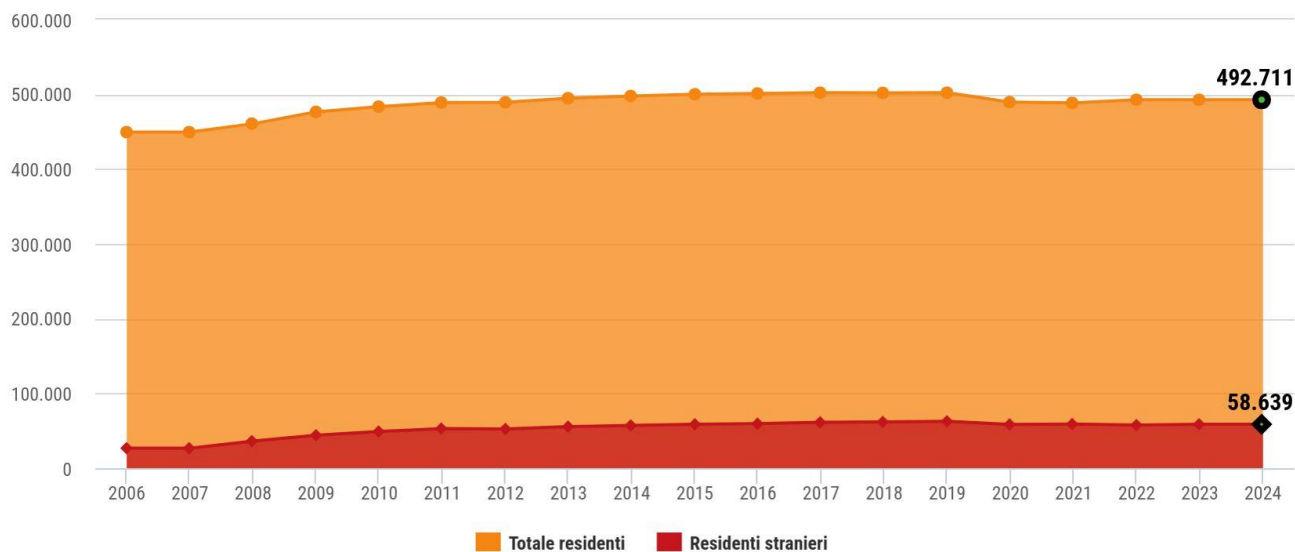
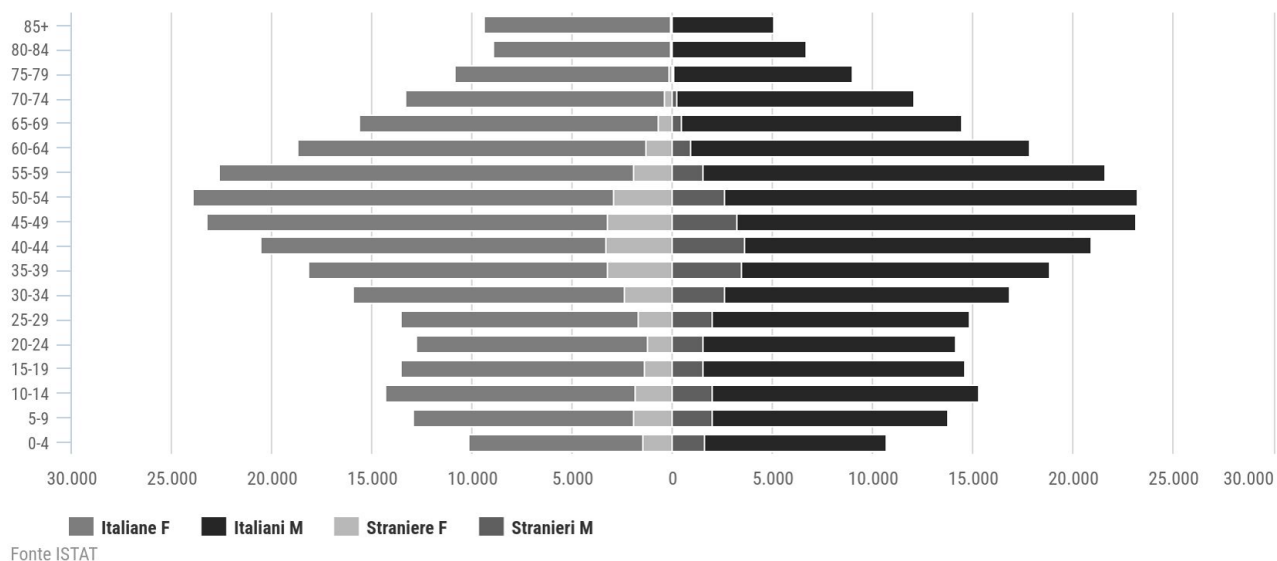


Figura 3. Distribuzione Popolazione per classi di età ASL Roma 5



Sono di seguito riportati i dati relativi agli indicatori demografici ritenuti di particolare rilevanza per l’analisi e la descrizione del contesto esterno della ASL Roma 5. Tali dati consentono di delineare un quadro dettagliato delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento, rappresentando un elemento fondamentale per comprendere le dinamiche territoriali, individuare i bisogni emergenti e pianificare in modo mirato le attività e i servizi sanitari sul territorio.

INDICI DEMOGRAFICI ASL ROMA 5 - 2024

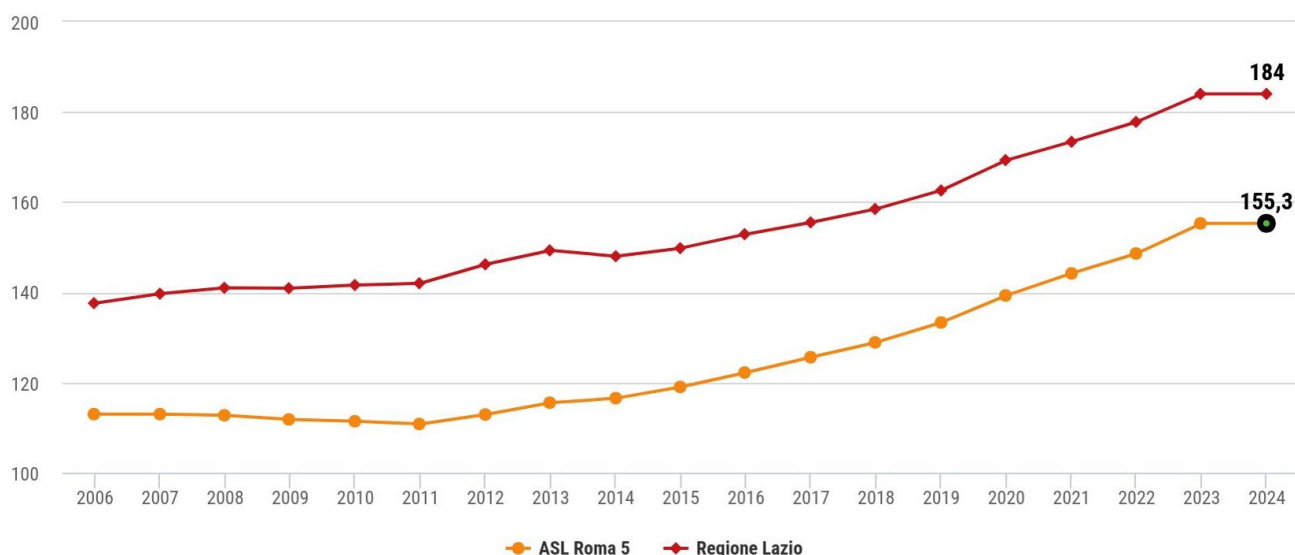
**155,3**  
INDICE  
VECCHIAIA

**31,8**  
INDICE  
DIPENDENZA  
ANZIANI

**52,3**  
INDICE  
DIPENDENZA  
STRUTURALE

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. Nella figura riportata di seguito possiamo notare il trend in costante crescita.

Figura 4. Indice di vecchiaia ASL Roma 5 – 2024



Fonte ISTAT

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).

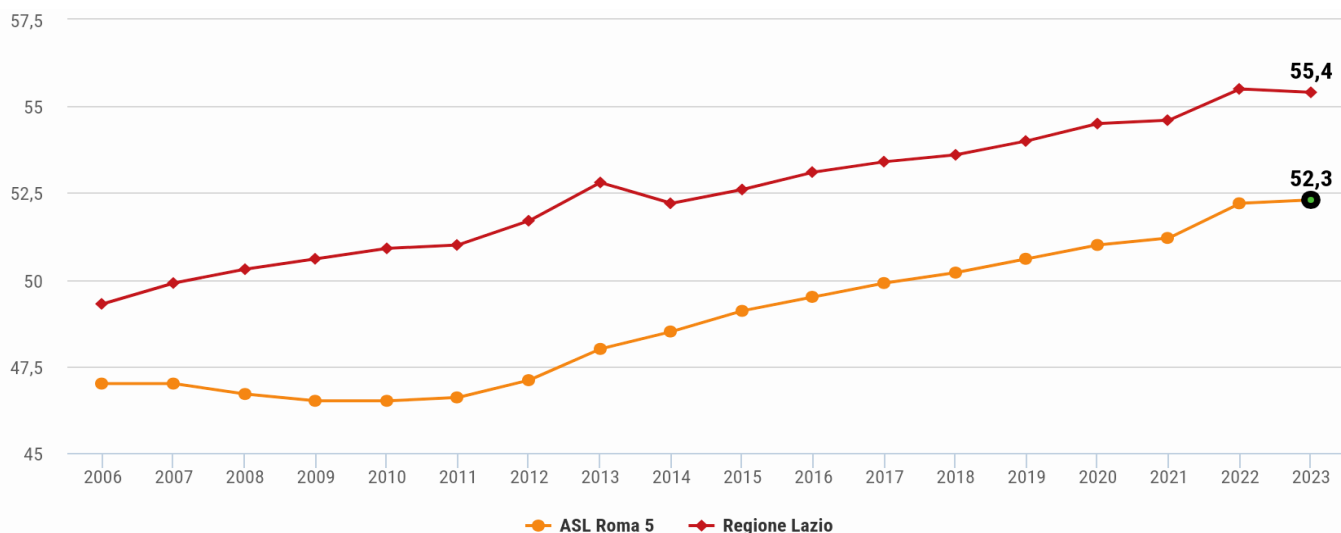
Figura 5. Indice di dipendenza anziani ASL Roma 5 – 2024



Fonte ISTAT

L'indice di dipendenza strutturale esprime il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Figura 6. Indice di dipendenza anziani ASL Roma 5 – 2023



Fonte ISTAT

Figura 7. Nuovi nati ASL Roma 5 – 2023

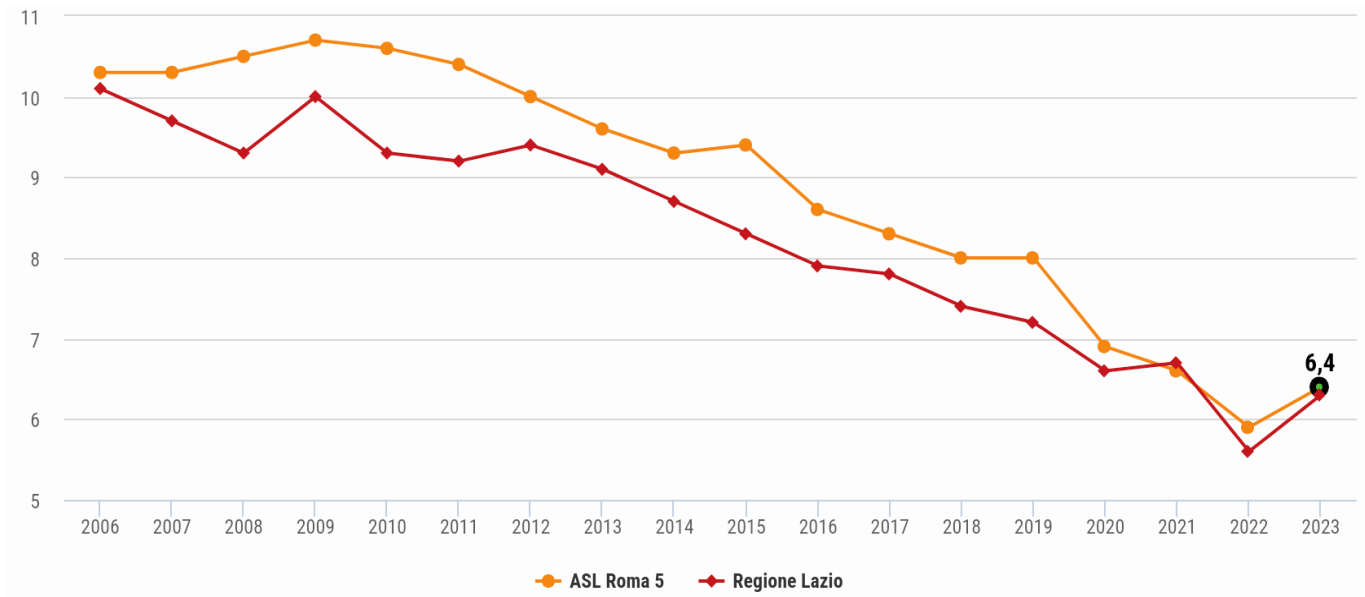
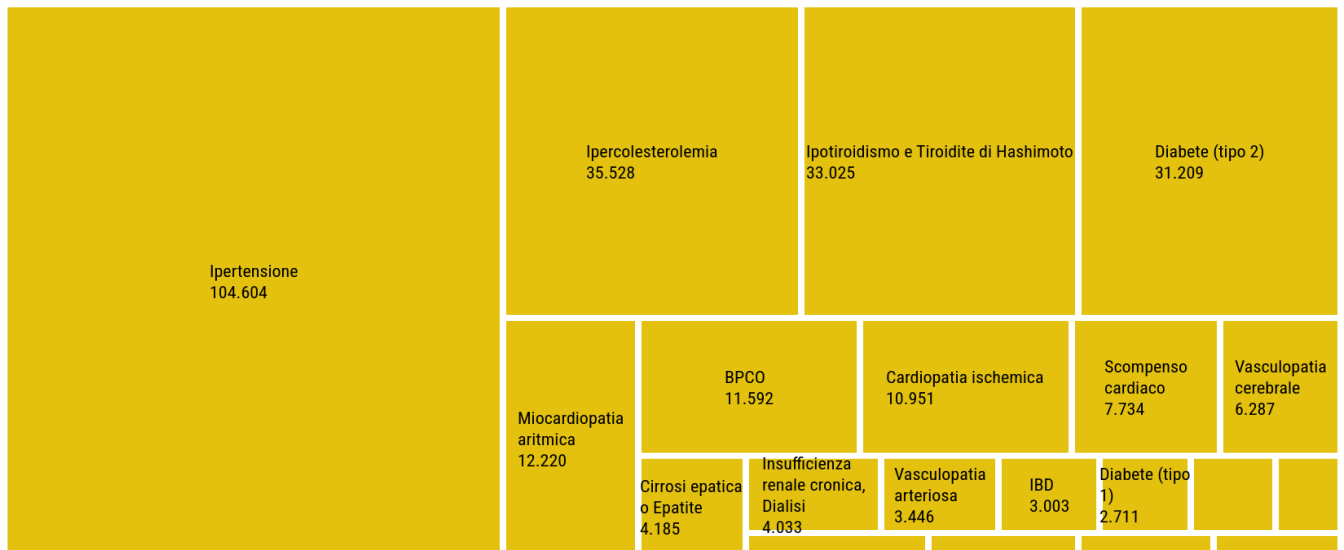
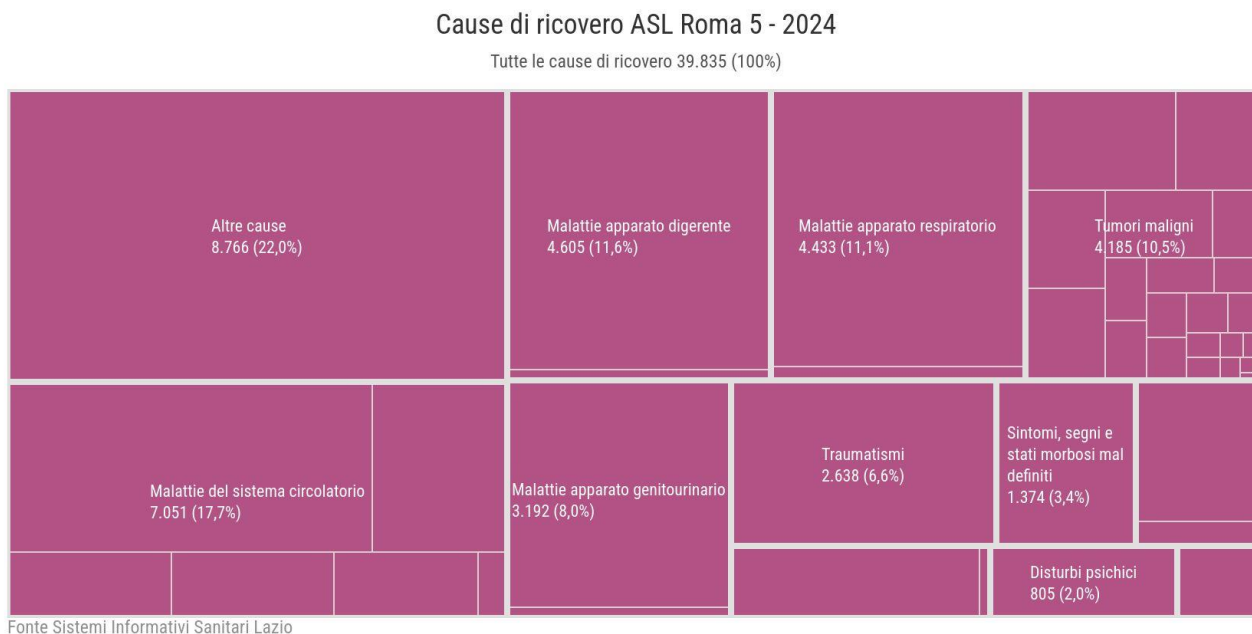


Figura 8. Frequenza di malattia prevalenza ASL Roma 5 – 2023



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Figura 9. Cause di ricovero ASL Roma 5 – 2023



## 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 e 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 si pone l'obiettivo di migliorare l'accessibilità digitale dei servizi offerti al cittadino sulla base delle "Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici", emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID), in attuazione della normativa nazionale e comunitaria in materia di accessibilità, (si richiamano in particolare la *Direttiva (UE) 2016/2102 del 26 ottobre 2016 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici* e la *Legge 9 gennaio 2004, n. 4 ( Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici)*, 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 2025-2027, 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**

Nell'ambito della semplificazione, reingegnerizzazione e digitalizzazione un importante contributo è dato dalle progettualità individuate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La Regione Lazio, in accordo con gli obiettivi del PNRR dedicati alla Salute, ha programmato l'utilizzo dei fondi stanziati per il miglioramento e lo sviluppo tecnologico della sanità regionale.

Il 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.

In particolare la Missione 6 Salute del PNRR mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Per l'attuazione delle Misure previste all'interno della Missione 6 la Regione Lazio ha provveduto inizialmente alla definizione dei Piani Regionali di pertinenza di Ciascuna Azienda e con successivi atti all'approvazione di rimodulazioni del Piano Operativo Regionale (POR), da ultimo con la DGR n. 1118 del 19/12/2024 (V rimodulazione).

All'ASL Roma 5 risultano assegnati i seguenti finanziamenti PNRR, distinti per Misura:

Submisura	Finanziamenti PNRR	Finanziamenti FOI
M6C1 1.1 Case della Comunità	14.923.951,81 €	2.422.081,68 €
M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori)	895.000,86 €	96.976,78 €
M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione)	554.439,60 €	
M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device)	754.498,45 €	
M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	10.599.573,00 €	3.929.304,76 €
M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA	4.329.524,26 €	
M6C2 1.1.1 Progetti in essere DL 34/2020	5.432.311,23 €	
M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature	2.866.800,00 €	
M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere	287.586,15 €	
<b>Totale complessivo</b>	<b>40.643.685,36 €</b>	

Nel dettaglio i progetti riguardano:

- M6C1 1.1 Case della Comunità

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR	Finanziamento FOI
G17H21038510006	PALOMBARA SABINA	1.111.149,50€	242.528,40€
G37H21038130006	FONTE NUOVA	194.309,14€	85.943,20€
G47H21064160006	ZAGAROLO	1.212.642,00€	252.528,40€
G57H21034750006	COLLEFERRO	1.751.976,42€	312.801,60€
G67H21030130006	CAVE	346.516,00€	69.303,20€
G77H21083570006	GORGA	380.216,00€	76.043,20€
G97H21034760006	ARTENA	380.555,58€	133.704,80€
G97H21034770006	CARPINETO ROMANO	380.216,00€	76.043,20€
G97H21034780006	VALMONTONE	851.516,00€	190.303,20€
G97H21034790006	GUIDONIA MONTECELIO	2.450.907,36€	312.801,60€
G97H21034800006	MONTEROTONDO	1.464.008,00€	312.801,60€
G97H21034820006	GENAZZANO	89.019,77€	56.503,20€
G14E21004020006	BELLEGRA	221.716,00€	32.086,08€
G14E21004030006	CICILIANO	401.162,00€	57.957,00€
G24E21004950006	SUBIACO	430.707,69€	44.993,00€
G34E21003750006	CASTEL MADAMA	213.716,00€	26.502,00€
G34E21003760006	TIVOLI	748.516,00€	105.122,00€
G84E21005440006	ARSOLI	278.866,00€	34.116,00€
G82C21001210006	SAN VITO ROMANO	412.216,00€	0,00€
G98I21001270006	PALESTRINA	1.604.020,35€	0,00€

- M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori), M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione), M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device)

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR	Finanziamento FOI
G17H21038680006	PALOMBARA SABINA	173.075,00€	19.683,78€
G97H21034880006	MONTEROTONDO	173.075,00€	29.285,00€
G24E21004960006	SUBIACO	173.075,00€	24.004,00€
G34E21003770006	TIVOLI	173.075,00€	24.004,00€

G92C21001020006	PALESTRINA	173.075,00€	0,00€
G52C21000630006	COLLEFERRO	14.812,93€	0,00€
G92C21001030006	GUIDONIA MONTECELIO	14.812,93€	0,00€
G34E21003810006	COT Device	754.498,45€	
G34E21003820006	COT Interconnessione	554.439,60€	

- M6C1 1.3 Ospedali di Comunità

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR	Finanziamento FOI
G97H21034830006	VALMONTONE	2.297.839,82€	529.977,80€
G97H21034840006	GUIDONIA MONTECELIO	3.301.938,18€	529.977,80€
G97H21034850006	MONTEROTONDO	2.349.889,00€	298.700,00€
G42C21000980006	ZAGAROLO	2.649.906,00€	(art. 20 L. 67/88) 2.570.649,16€

- M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G39J21025560006	HARDWARE PER POSTAZIONI DI LAVORO (PC FISSI, PORTATILI, SCANNER, STAMPANTI, ETICHETTATRICI, TABLET, ANTENNE WI-FI) E HARDWARE PER SALE OPERATORIE PER TI E STI	634.048,14€
G39J21025570006	SVILUPPO DI APP MOBILE E SERVIZI ON LINE PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI ED INFORMAZIONI AL CITTADINO	282.435,01€
G39J21025580006	SERVIZI DI SVILUPPO DELL'INTEROPERABILITÀ DEI DATI SANITARI E SVILUPPO DI INTERFACCE APPLICATIVE, SISTEMI DI MESSAGE BROKER E SISTEMI DI ORCHESTRAZIONE	461.988,78€
G39J21025590006	CABLAGGIO/LAVORI (REING. NETWORK AZIENDALI: CABLAGGIO LAN E WI-FI)	922.373,28€
G34E22000510006	LICENZE SOFTWARE E HARDWARE DA ACQUISTARE PER LE TECNOLOGIE DELLA CATEGORIA POSTAZIONI	356.679,05€
G35F23000280006	IMPLEMENTAZIONE PIATTAFORMA DI ACQUISIZIONE CONSENSI INFORMATI E PRIVACY	615.000,00€
G35F23000290006	REPOSITORY	250.000,00€
G35F23000300006	HARDWARE PER ACQUISIZIONE CONSENSI INFORMATI E PRIVACY	60.000,00€
G35F23000270006	ADT	297.000,00€
G35F23000370006	LIS WEB	450.000,00€

Nell'ambito della M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA, oltre ai progetti seguiti dall'ASL ROMA 5 quale Soggetto Attuatore Delegato, riveste particolare importanza il progetto Regionale relativo a CARTELLA INFORMATIZZATA/FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO/DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO.

In data 24/11/2025 da parte dell'Esperto indipendente, individuato nelle Società HIMSS Italy srl, che ha certificato un innalzamento del livello maturità digitale del DEA San Giovanni Evangelista dal livello 1 al livello 2.

- M6C2 1.1.1 Progetti in essere DL 34/2020

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G34E20008820005	TIVOLI	1.023.655,20€
G94E20002440005	TIVOLI	199.995,32€
G98I20001620005	PALESTRINA	720.382,31€
G94E20002450005	PALESTRINA	234.022,62€
G37H20003620005	TIVOLI	45.140,00€
G57H20002950005	COLLEFERRO	913.759,06€
G97H20003650005	PALESTRINA	2.295.356,72€

- M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature

CUP	Dettagli	Finanziamento PNRR
G19J21015580006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - PALOMBARA SABINA	210.479,60€
G29J21016970006	ECOTOMOGRAFI - SUBIACO	69.333,04€
G29J21016980006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - SUBIACO	381.361,10€
G39J21025420006	ANGIOGRAFI - TIVOLI	608.000,00€
G39J21025430006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	32.151,33€
G39J21025440006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	32.151,33€
G59J21015550006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	29.098,99€
G59J21015560006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	29.098,99€
G59J21015570006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	69.333,04€
G99J21014600006	TAC - MONTEROTONDO	548.504,10€
G99J21014610006	ECOTOMOGRAFI - MONTEROTONDO	47.499,23€
G99J21014620006	ECOTOMOGRAFI - PALESTRINA	69.333,04€
G99J21014630006	ECOTOMOGRAFI - PALESTRINA	32.151,33€
G99J21014640006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - PALESTRINA	169.975,60€
G99J21014650006	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI - MONTEROTONDO	210.479,60€
G34E24000290006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000300006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000310006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€
G34E24000320006	ECOTOMOGRAFI - TIVOLI	65.569,95€

G54E24000020006	ECOTOMOGRAFI - COLLEFERRO	65.569,88€
-----------------	---------------------------	------------

- M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

CUP	Finanziamento PNRR
G37H22003490006	287.586,15€

Relativamente all'avanzamento dei progetti, i RUP Aziendali e le UOC Coinvolte, stanno procedendo con la loro esecuzione e rendicontazione, in particolare:

- I progetti relativi alle submisure M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali (Lavori), M6C1 1.2.2.2 Centrali Operative Territoriali (Interconnessione), M6C1 1.2.2.3 Centrali Operative Territoriali (Device) sono stati chiusi ed è in fase di revisione la loro rendicontazione;
- I progetti relativi alla submisura M6C2 1.1.2 Grandi Apparecchiature sono stati chiusi ed attualmente in fase di rendicontazione;
- I progetti relativi alle altre submisure sono in esecuzione, nel rispetto dei cronoprogrammi previsti e di Milestone e Target definiti dal POR.

Tra i progetti PNRR, fuori perimetro del POR, l'ASL Roma 5 ha partecipato anche all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud", prevedendo la migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN) dei dati, sistemi e applicazioni relativi a 33 diversi servizi, con un progetto (CUP G31C23000840006) del valore di € 1.358.595, attualmente in corso di realizzazione, con parte dei servizi già migrati.

Oltre al perimetro di intervento coperto da progetti PNRR, l'ASL Roma 5 procederà con l'avvio imminente della gestione informatizzata degli atti amministrativi, migliorando così i processi aziendali, con benefici attesi in termini di economicità, speditezza, tracciabilità delle attività per le strutture coinvolte, con particolare attenzione a quelle periferiche.

La gestione informatizzata degli atti amministrativi dovrà garantire l'adozione di processi completamente digitali e sarà realizzata attraverso l'adozione di una nuova piattaforma applicativa di gestione documentale.

Pertanto nel corso del triennio ci si attende anche un notevole miglioramento dei processi di gestione documentale, con un'adozione estensiva da parte delle strutture aziendali, centrali e periferiche, di processi nativamente digitali.

In termini di servizi digitali all'utenza si intende procedere con un miglioramento dell'accesso ai servizi online da parte degli utenti, una progressiva estensione servizi di pagamento PagoPA disponibili tramite il "pagaOnline" della Regione Lazio e l'integrazione di servizi con appIO.

### **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 inserita nel sito web una sezione dedicata al CUG e con la sua costituzione è stata richiesta l'adesione alla rete nazionale dei CUG.

La ASL Roma 5 persegue 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.

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 nel corso del 2025 ha ulteriormente approfondito con la Direzione Aziendale la proposta di acquisizione della figura esterna di Consigliere di Fiducia, che garantirà l'avvio dello Sportello di Ascolto per facilitare i processi di valutazione di situazioni segnalate dal personale. Si è proseguito nella divulgazione della conoscenza del CUG ai lavoratori dell'Azienda, attraverso un evento accreditato approvato all'interno del Piano Formativo Aziendale, in cui è stato presentato ruolo e funzione del CUG, replicando l'edizione svolta nel 2024.

Inoltre si è avviata la collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione e il Risk management per la strutturazione di un'indagine di benessere organizzativo da somministrare a tutti i lavori nel corso del 2026.

Rimangono da implementare nel Piano delle Azioni Positive 2026/2028 approvato e riportato qui sinteticamente, ulteriori misure organizzative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro, la valutazione e proposta di iniziative di contrasto al gap di genere e al gap generazionale per garantire la sostenibilità del sistema e processi di knowledge transfer sistematico di affiancamento prima del pensionamento.

La consultazione con la figura del Disability Manager potrebbe equilibrare le disparità nell'acquisizione di personale con disabilità, garantendo pari opportunità di accesso al lavoro, 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.

Inoltre la partecipazione alle attività del CUG potrebbe essere parte del sistema di valorizzazione del personale nel sistema della performance aziendale, data l'importanza dei temi e la rilevanza delle potenziali azioni di sistema.

### **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 rifunzionalizzazione 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 Ristrutturazioni 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;
  - 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;
  - 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,
    - 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.
  - 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 umano esplicitati nelle specifiche sezioni del PIAO, in continuità con gli obiettivi programmati per l'annualità 2024, sulla base delle indicazioni della direzione strategica aziendale e di incontri programmati con la dirigenza di vertice e con il costituendo Comitato di Budget (deliberazione n. 14 del 20/01/2025) sono state individuate le macro-aree e sono stati declinati gli obiettivi di performance dell'Azienda per il triennio 2025-2027.

### **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 2026, 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 equipe 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.**

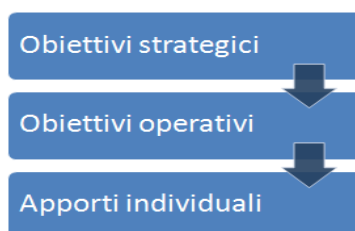
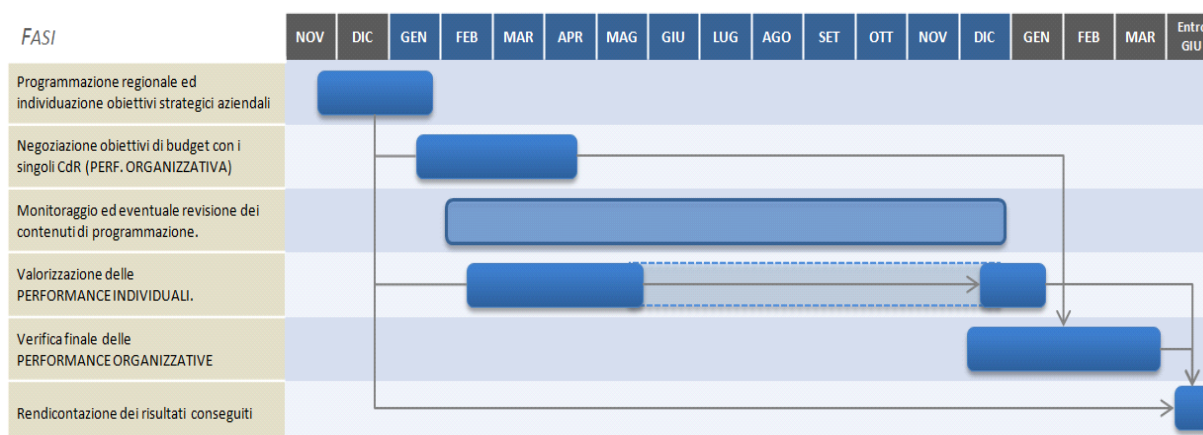
#### 2.2.2. Ciclo di gestione della performance

Se il Sistema di gestione delle performance rappresenta la capacità della ASL Roma 5 di programmare 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 a livello di singolo Centro di Responsabilità (CdR), dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori di performance, sottoposti preventivamente all'OIV perché possa fornire un contributo coerente con la propria funzione di supervisore della correttezza del processo di misurazione e valutazione della performance;
- **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 rassicurare 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**

#### **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**

**C7 - Pari opportunità e equilibrio di genere**

**C8 - Semplificazione, reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione, sanità digitale**

**C9 - Crescita e valorizzazione delle risorse umane**

**C10 - 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 programmatica

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.

Il dettaglio degli obiettivi strategici è annualmente allegato 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 Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) comprende anche il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT). È ormai noto che il concetto di corruzione ha un'accezione molto ampia e ricomprende tutte le situazioni, nell'ambito dell'attività amministrativa, dove viene riscontrato, anche a livello potenziale, un abuso da parte di chi abbia un potere conferito e se ne serva allo scopo di ottenere vantaggi privati, oppure un cattivo funzionamento della stessa azione amministrativa, *maladministration*. In virtù di quanto fin qui indicato, l'ASL Roma 5 si è impegnata per ottenere scelte gestionali ispirate dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati e dalla condivisione della *mission* aziendale. Inoltre, l'Azienda ha adottato un programma finalizzato al raggiungimento di obiettivi dedicati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e all'attuazione dei principi di legalità e trasparenza, con particolare attenzione alla dimensione etica, quale pilastro fondamentale dei valori aziendali. Peraltro, con avviso pubblicato sul sito internet dell'azienda il 07 gennaio 2026, è stata avviata la consultazione pubblica volta a recepire da parte della cittadinanza eventuali suggerimenti per l'aggiornamento di questa sezione del PIAO.

La sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, adottata annualmente, è uno strumento programmatico volto a perseguire i seguenti obiettivi:

- fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione;
- individuare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, a partire dalle attività previste dall'art. 1, comma 16, lettere a), b), c) e d) della L. 190/2012 ovvero procedimenti di autorizzazione o concessione, procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi o forniture, procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e in generale vantaggi economici a persone ed enti pubblici o privati, concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera;
- adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

La sezione Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO è allineata in particolare agli obiettivi declinati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) promosso da ANAC ovvero:

- ridurre e prevenire le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Al conseguimento di tali obiettivi concorrono tutti i dipendenti dell'Azienda. In particolare, i Dirigenti e il personale, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito, RPCT) e i Referenti anticorruzione delle macro-aree collaborano all'individuazione e all'attuazione delle misure più

idonee ed efficaci, nonché alle attività di implementazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e di monitoraggio della sua effettiva attuazione. In dettaglio, il Piano risponde alle seguenti esigenze:

- individuare le attività 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. Tra tali attività vanno ricomprese quelle sopra richiamate di cui al comma 16 della legge 190/2012, le attività maggiormente esposte ai rischi corruttivi indicate nel Piano nazionale anticorruzione ma anche le ulteriori attività ritenute opportune;
- definire con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio le procedure per l'effettuazione di analisi, valutazioni, proposte;
- definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- rilevare e adottare misure di contrasto rispetto ai rischi individuati, quali l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di controllo interno finalizzati a prevenire fenomeni corruttivi e a consentirne l'emersione, nonché l'adozione di 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;
- monitoraggio e adeguamento della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza (whistleblowing), ai sensi del comma 51 dell'art. 1 della 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;
- definizione delle 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 dell'articolo 1 della 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 non conferibilità e di incompatibilità degli incarichi, di cui ai commi 49 e 50 dell'articolo 1 della L. 190/2012, e di cui al comma 16-ter dell'articolo 53 D. Lgs. 165/2001 come modificato, secondo le 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 dell'articolo 1 della L.190/2012;
- la verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinata dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33, 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, nonché della promozione dell'integrità, sia quelle obbligatorie per legge — specifiche e trasversali (quali trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e inconfiribilità, ecc.) — sia quelle ulteriori individuate in relazione ai rischi specifici, sono recepite nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale e nei relativi aggiornamenti annuali, pubblicati nella sezione *Amministrazione Trasparente – Performance*.

Le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2026-2028 si pongono in continuità con quelle previste nelle precedenti Programmazioni e mirano a dare maggiore stabilità a forme di collegamento con il ciclo delle performance.

### 2.3.1. Coordinamento con il Ciclo della Performance

Al fine di ricomprendere, assieme al Ciclo della Performance, anche gli ambiti relativi agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza, al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione, è auspicabile possa addivenirsi ad un ciclo di performance integrato.

La documentazione per agevolare il coordinamento, è, in particolare:

- la sezione “Performance” del PIAO 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.

Data la rilevanza strategica dell’attività di prevenzione e contrasto della corruzione, le amministrazioni sono tenute ad inserire le attività che pongono in essere per l’attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nella sezione Performance.

I processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione della Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza sono quindi inseriti dalle Pubbliche Amministrazioni nei propri strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione. Le politiche sulla performance infatti 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.

Pertanto, la prevenzione e il contrasto della corruzione ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, nonché la promozione della trasparenza e dell’integrità di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, costituiscono obiettivi strategici dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5.

Conseguentemente, l’Azienda provvede annualmente a individuare, su motivata proposta del RPCT, formulata sulla base delle eventuali criticità emerse all’esito delle attività di monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Tali obiettivi sono inseriti nella Relazione sulla Performance, sia con riferimento alla performance organizzativa sia alla performance individuale. Il grado di raggiungimento degli obiettivi in materia di contrasto ai fenomeni di corruzione e illegalità, e dunque l’esito della valutazione della performance organizzativa e individuale, è illustrato nella medesima Relazione, che contiene specifiche informazioni al riguardo.

In conformità a quanto previsto dall’art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, la Relazione sulla Performance evidenzia, a consuntivo e con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse impiegate, con l’indicazione degli eventuali scostamenti.

La detta Relazione deve essere trasmessa al RPCT, al quale competono le seguenti attività:

- 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.

### **2.3.2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**

Con deliberazione n. 1195 del 18 ottobre 2024, l'ASL Roma 5 ha proceduto alla nomina del nuovo RPCT rinviando a successivi atti l'adozione, tra l'altro, di misure volte ad assicurarne l'indipendenza rispetto all'Organo di Indirizzo, e l'individuazione di struttura e personale a supporto.

Ciò in quanto al RPCT debbono essere garantiti:

- 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, come stabilito dalla normativa che prevede una struttura organizzativa di supporto adeguata e 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 garantita attraverso una organizzazione amministrativa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e unità organizzative coordinate tra loro e rispondenti all'input ricevuto.

Allo stato, le previsioni contenute nella Delibera n. 1195/2024 non hanno ancora conosciuto seguito e attuazione perché la carenza di personale (specie del ruolo amministrativo) non lo hanno consentito.

Come detto sopra, la complessità dell'organizzazione aziendale richiede l'affiancamento al RPCT di Referenti individuati nelle diverse strutture nelle quali è articolata l'Azienda, e dunque nelle diverse aree di rischio, nominati con deliberazione del Direttore Generale su proposta del RPCT.

Ai referenti compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il RPCT;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del PTPCT, proponendo, ove necessario, 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.

### **2.3.3. 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 piano debbono essere quindi il risultato di un'azione sinergica del RPCT 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 RPCT, 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 RPCT ed all'UPD (Ufficio Provvedimenti Disciplinari) 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;
- 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.

#### **2.3.4. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione riveste un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni, come confermato dal D.lgs. 33/2013.

Tale Organismo è tenuto, in particolare, 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.

L'OIV 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.

#### **2.3.5. Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA)**

L'inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e il relativo aggiornamento sono curati dal Direttore della UOC Acquisizione Farmaci e Fornitura per Malattie Rare, il quale, per tale adempimento, svolge le funzioni di RASA (Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti) ed è competente all'implementazione, presso l'ANAC, dei dati della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) relativi all'anagrafica della stazione appaltante, alla sua classificazione e all'articolazione in centri di costo. L'individuazione del RASA è intesa quale misura organizzativa di trasparenza, funzionale alla prevenzione della corruzione.

### 2.3.6. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio

L'attività di valutazione dei rischi (cd. Risk Assessment) consiste nell'individuare e analizzare i fattori, sia interni sia esterni all'Azienda, che potrebbero impedire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, stimandone anche l'impatto economico.

L'analisi dei rischi è improntata sull'autovalutazione da parte del responsabile del processo esaminato e ha l'obiettivo di introdurre strategie, politiche e procedure che, pur non eliminando completamente l'incertezza, siano in grado di minimizzare e contenere i rischi individuati. In particolare, l'analisi si concentra sul procedimento di determinazione degli obiettivi aziendali, considerando i rischi sia a livello globale dell'Azienda sia a livello specifico delle singole attività.

Una volta individuati e classificati i rischi, ciascuno di essi viene ponderato in base alla rilevanza e all'impatto sulle strategie e sulle politiche aziendali, consentendo di ottenere una classificazione delle minacce e fornendo un quadro di riferimento per la pianificazione degli interventi di controllo e audit.

Il processo di Risk Assessment si articola nelle seguenti fasi operative:

- Mappatura dei processi principali;
- Rilevazione degli obiettivi dei processi attribuiti ai responsabili e delle relative attività necessarie per il loro raggiungimento;
- Identificazione dei rischi e delle relative cause che potrebbero limitarne il conseguimento;
- Quantificazione della rilevanza del rischio e valutazione dei sistemi di controllo esistenti;
- Definizione e implementazione delle strategie di controllo, con azioni correttive per i rischi non controllati o parzialmente controllati (Action Plan).

La nuova mappatura dei rischi sarà progressivamente aggiornata con l'attivazione del nuovo Atto Aziendale, seguendo un approccio qualitativo e graduale, applicato alle singole strutture organizzative.

Aree generali obbligatorie per ANAC:

- Gestione fondi PNRR e fondi strutturali;
- Gestione fondi Giubileo 2025;
- Gestione dei beni immobili e mobili;
- Contratti pubblici: programmazione, progettazione gare, selezione contraente, verifica aggiudicazione e stipula contratto, esecuzione e rendicontazione;
- Reclutamento del personale e incarichi ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001;
- Conferimenti incarichi legali e verifica di incompatibilità/inconferibilità;
- Appropriatelyzza delle prescrizioni farmacologiche;
- Gestione del parco auto aziendale: analisi costi e consumi di carburante;

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto e immediato (es. sovvenzioni, sussidi, contributi);
- Rapporti con erogatori privati: verifiche, controlli e valutazione del fabbisogno;
- Incarichi di docenza;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Programmazione di attività e risorse;
- Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

Aree aggiuntive specifiche per le Aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale:

- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Liste di attesa;
- Attività libero-professionale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Questa impostazione consente di integrare il Risk Assessment nel PIAO, rendendolo uno strumento operativo per la prevenzione dei rischi di corruzione e illegalità e per la pianificazione delle attività di controllo e monitoraggio.

### **2.3.7. Misure per la riduzione del rischio**

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

Con particolare riferimento alle aree inerenti all'acquisizione e gestione del personale, e alla materia relativa ai contratti pubblici, si osserva che:

- 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 quando 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.

La UOC Gestione del Personale espleta un controllo sulle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti e 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.

Più in generale, 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 previste dal Legislatore, come il controllo del Collegio Sindacale, il controllo disciplinare, il controllo sugli atti, il controllo strategico e il controllo di qualità, l'Azienda prevede ulteriori metodologie di controllo. Queste metodologie hanno l'obiettivo di integrarsi con i controlli già esistenti e di cogliere l'elemento della sostanzialità, garantendo che i controlli non siano solo formali ma effettivamente significativi rispetto agli obiettivi aziendali e ai rischi identificati.

Il coordinamento dell'attuazione dei controlli interni è affidato a un'unica struttura aziendale, al fine di garantire uniformità metodologica e piena integrazione tra le diverse aree di verifica.

I principali ambiti di controllo interno dell'Azienda comprendono:

- Personale dipendente;
- Personale convenzionato;
- Attività libero-professionale;
- Gestione economico-finanziaria;
- Ricerca;
- Sicurezza dei dati e privacy;
- Controlli sulle strutture convenzionate (ospedaliere e specialistiche), sia di tipo clinico sia amministrativo;
- Controlli sull'esecuzione dei contratti;
- Attività di vigilanza esterna;

- Attività del Dipartimento di Prevenzione.

L'organizzazione dei controlli interni è finalizzata a verificare l'efficacia dei processi aziendali, a garantire la correttezza e la trasparenza delle procedure e a supportare la gestione dei rischi, in coerenza con gli obiettivi del PIAO.

Ogni dirigente ha la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate.

Insita nella responsabilità del controllo è la messa in atto di azioni conseguenti per il superamento di situazioni riscontrate non conformi.

### **2.3.8. Formazione dei dipendenti**

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 nell'ambito del PTPCT.

La formazione svolge infatti 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.

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).

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 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.

La formazione prevista dalla normativa anticorruzione è quindi 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 RPCT ed ai Dirigenti addetti alle aree a rischio.

Una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- consapevolezza dei soggetti nello svolgimento dell'attività amministrativa: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa" (con conseguente riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta consapevolmente);

- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio a ufficio, agevolato dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diverse. Per la costruzione di "buone pratiche amministrative" e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa per orientare il percorso degli uffici;
- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- diffusione dei valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

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. Le iniziative formative vanno 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 può, inoltre, stipulare accordi finalizzati a promuovere un programma unico di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

È auspicabile che i dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono attività all'interno degli uffici individuati dal PTPCT vigente come maggiormente esposti al rischio di corruzione possano partecipare a un programma formativo specifico. Tale percorso formativo è finalizzato ad

approfondire la normativa nazionale e aziendale relativa alla prevenzione e repressione della corruzione, nonché i temi della legalità e dell'integrità professionale. Il percorso di formazione può essere definito d'intesa con il Responsabile della Formazione, e va 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, 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.

Per il triennio 2026-2028 si intende promuovere corsi in materia rivolti alle strutture maggiormente esposte a rischio corruzione e interviste "training on the job" sull'anticorruzione, anche al fine di approfondire il 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.

### **2.3.9. Rotazione dei dipendenti**

Nell'ambito del PNA, 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.

La rotazione va quindi 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, è auspicabile che l'Azienda, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applichi 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.

L'ultimo Atto Aziendale, pubblicato sul *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio* (BUR Lazio) n. 38/2025, ha delineato un nuovo assetto organizzativo dell'Azienda, con la conseguente ridefinizione delle attribuzioni relative alla gestione delle attività a rischio e la nuova distribuzione del personale addetto.

Tale riorganizzazione ha riguardato in particolare l'assegnazione di competenze e responsabilità alle strutture organizzative interessate dai processi a rischio, con l'obiettivo di garantire un più efficace presidio dei profili di legalità, integrità e trasparenza. Le modifiche apportate sono funzionali ad assicurare la piena coerenza tra l'assetto organizzativo e i presidi di prevenzione della corruzione, nonché l'idoneità dei sistemi di controllo interno rispetto ai rischi individuati nel processo di Risk Assessment.

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. In particolare, la Rotazione del personale deve avvenire secondo i seguenti criteri:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata degli incarichi deve essere fissata al limite minimo legale;
- per il personale non dirigenziale, 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, 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;
- nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione applica 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.

Se è vero che l'Azienda non ha dato corso alla rotazione del personale, negli ultimi anni si è registrato un fisiologico ricambio di risorse favorito dalla conclusione di procedure di reclutamento e di mobilità verso altre pubbliche amministrazioni. Tale fenomeno ha determinato delle conseguenze organizzativo –

gestionali specie nelle aree più esposte a rischio corruttivo (es. appalti, area tecnica, personale, affari legali).

### **2.3.10. Tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. whistleblowing)**

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 piano venga a conoscenza di fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare, deve 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'incolpato.

L'ANAC promuove 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.

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, secondo l'art. 28 GDPR quale responsabile del trattamento dei dati personali.

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 della 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 pagina dedicata.

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 ricordata disciplina è 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.

### **2.3.11. Procedura relativa alla tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che segnala**

La procedura 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.

Come già evidenziato, infatti, l'art. 54-bis del D.lgs. 165/2001 prevede 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 sia 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 garantire un'efficace gestione delle segnalazioni di illeciti e prevenire eventuali comportamenti ritorsivi o discriminatori nei confronti dei dipendenti, l'Azienda ha adottato un sistema integrato che si articola in due elementi strettamente interconnessi: una parte organizzativa e una parte tecnologica.

La parte organizzativa comprende le politiche aziendali volte a tutelare la riservatezza del segnalante, assicurando che le comunicazioni possano avvenire in totale sicurezza. Essa definisce inoltre i ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo di gestione delle segnalazioni e stabilisce procedure interne per la ricezione, l'analisi e la valutazione delle stesse.

La parte tecnologica, invece, riguarda il sistema informatico dedicato alla gestione delle segnalazioni, che permette di strutturare il flusso informativo, individuando chiaramente attori, ruoli e responsabilità necessari al corretto funzionamento del processo. Questo sistema consente inoltre il tracciamento e il monitoraggio delle segnalazioni in sicurezza, garantendo riservatezza e integrità dei dati in tutte le fasi del processo.

L'attuazione di questo sistema integrato consente all'Azienda di proteggere pienamente i segnalanti, promuovere la trasparenza e rafforzare la cultura della legalità e dell'integrità, in piena coerenza con gli obiettivi del PIAO.

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.

Con Deliberazione n. 60 del 10.01.2024 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.

Di recente, l'ANAC ha adottato nuove Linee Guida per le segnalazioni in forma orale.

### **2.3.12. Incompatibilità ed inconferibilità**

Como noto, l'ANAC ha da tempo chiarito che il Dlgs n. 39/2013 si applica nelle aziende sanitarie locali (cui fa riferimento il decreto), alle aziende ospedaliere e agli istituti di ricerca e di ricovero e assistenza. In generale, a tutte le strutture del servizio sanitario che erogano attività assistenziali volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

Al fine di supportare l'attività degli stakeholders, dei soggetti coinvolti nell'applicazione delle disposizioni previste dal d.lgs. n. 39/2013 nonché dell'attività stessa dell'Autorità, l'Anac mette a disposizione una sorta di "manuale pratico" ricavato dalle disposizioni in materia esistenti, volto a guidare le stesse amministrazioni nell'applicazione della complessa disciplina prevista dal decreto legislativo 39/2013.

Sono tre i documenti pubblicati. Il primo, intitolato 'Catalogazione delle delibere Anac in materia di inconferibilità e incompatibilità, è composto da due sezioni: una tabella nella quale vengono indicati il riferimento normativo nel quale è contenuta l'ipotesi e le pronunce dell'Autorità nelle quali è stata applicata la specifica causa impeditiva. La seconda sezione contiene alcuni focus relativi a singole fattispecie di inconferibilità e incompatibilità. Il secondo documento contiene undici "pillole" esplicative in materia di inconferibilità e incompatibilità e i relativi riferimenti normativi. Il terzo documento riguarda il conflitto

di interessi su cui l'ANAC non dispone di specifici poteri di intervento e sanzionatori, ma svolge una funzione preminentemente collaborativa, di aiuto all'operato di ciascun ente. Le singole amministrazioni restano competenti a prevenire e vigilare, nonché risolvere, gli eventuali conflitti di interessi che riguardano i propri dipendenti. L'Autorità tuttavia fornisce indirizzi generali sull'applicazione della normativa come in questo caso, attraverso sei principi, sei 'pillole', sulla materia del conflitto di interessi.

#### **2.3.14 Conflitto di interessi**

Il conflitto di interessi, reale o potenziale, è una condizione giuridica che si verifica quando viene affidata una responsabilità valutativo-decisionale a un soggetto che versi in condizioni tali, per interessi personali o professionali, che gli impediscono di svolgere le proprie mansioni in modo trasparente ed imparziale.

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.

Il conflitto di interesse deve essere reso noto con immediatezza per via di 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".

#### **2.3.15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

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;

- nell'ipotesi di violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16, D. Lgs. 165/2001 l'Azienda agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti responsabili.

### **2.3.16. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Il PNA individua, quale misura trasversale, la definizione di un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, con l'obiettivo di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di consentire la tempestiva adozione di adeguate iniziative in caso di scostamenti, requisito di pubblicazione già introdotto dall'art. 24 c. 2 del D.Lgs n.33/2013.

I Responsabili di struttura individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al loro monitoraggio periodico.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere inviato dal Responsabile di ogni singola UO alla Direzione Generale e al RPCT il quale verifica che tali 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.

### **2.3.17. Codice di Comportamento**

I codici di comportamento rappresentano una misura fondamentale di prevenzione della corruzione, costituendo uno strumento essenziale per regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla tutela dell'interesse pubblico. Essi sono strettamente collegati ai PTPCT e alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, garantendo coerenza e integrazione tra gli strumenti di prevenzione adottati dall'amministrazione. In questo modo, i codici di comportamento rivestono un ruolo centrale nella strategia di prevenzione della corruzione delineata dalla legge n. 190 del 2012.

In particolare, la legge n. 190 del 2012 ha sostituito l'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001 rubricato "Codice di comportamento", prevedendo, da un lato, un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche e, dall'altro, un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale.

Il codice nazionale è stato emanato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, modificato con D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81. Esso prevede i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta per i dipendenti pubblici e stabilisce che le disposizioni ivi contenute siano integrate e specificate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.

Tutti gli enti e le amministrazioni cui si applica il codice nazionale, inclusi gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, sono, quindi, tenuti all'adozione di un proprio codice di amministrazione che integri e specifichi le previsioni del codice nazionale adattandole alle proprie caratteristiche organizzative.

Ciascuna amministrazione deve definire doveri di comportamento che siano integrazione e/o specificazione di quelli individuati dal codice nazionale.

L'attività di integrazione e/o specificazione presuppone una mappatura dei processi cui far seguire l'analisi dei rischi e l'individuazione dei doveri di comportamento, seguendo quindi lo stesso approccio utilizzato per la redazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

In ogni caso nell'individuazione dei doveri le amministrazioni non possono regolare ambiti diversi da quelli previsti dal codice nazionale, a pena di sconfinare in aree riservate ad altre fonti, né replicare in maniera acritica i contenuti dello stesso codice nazionale.

In particolare, le amministrazioni nei propri codici devono approfondire i valori ritenuti importanti in rapporto alla propria specificità, in modo da aiutare i soggetti cui si applica il codice a capire quale comportamento è auspicabile in una determinata situazione.

Gli ambiti generali entro cui le amministrazioni definiscono i doveri, avuto riguardo alla propria struttura organizzativa, possono essere ricondotti a sei:

- prevenzione dei conflitti di interesse, reali e potenziali;
- rapporti col pubblico;
- correttezza e buon andamento del servizio;
- collaborazione attiva dei dipendenti e degli altri soggetti cui si applica il codice per prevenire fenomeni di corruzione e di malamministrazione;
- comportamento nei rapporti privati;
- corretto utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media.

Le categorie di personale tenute al rispetto del codice nazionale e dei codici di comportamento sono:

- dipendenti pubblici c.d. contrattualizzati di cui al d.lgs.165/2001 (art 2, co.1, D.P.R. 62/2013);
- le categorie di personale in regime pubblicistico per le quali le norme del codice costituiscono solo principi di comportamento (art 2, co. 2, D.P.R. 62/2013 e art 3, d.lgs. 165/2001);
- coloro che, pur estranei alla PA, sono titolari di un rapporto di qualsiasi tipo e a qualsiasi titolo con essa, cui il codice si applica nei limiti "della compatibilità" (art 2, co.3, D.P.R. 62/2013).

Le amministrazioni definiscono il codice di comportamento attraverso una procedura aperta alla partecipazione dei dipendenti dell'amministrazione e degli altri stakeholders, interni ed esterni che conduca all'adozione definitiva del codice in modo graduale e progressivo. Ciò al fine di evitare il rischio che il codice venga percepito come un documento "astratto", redatto solo come adempimento formale ad un obbligo di legge e "preconfezionato".

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

### **2.3.18. Programmazione della Trasparenza**

#### **A) Collegamenti con il Piano della Performance**

La trasparenza amministrativa non si esaurisce in una dimensione meramente “statica”, intesa come pubblicazione di categorie di dati previste dalla normativa vigente a fini di controllo sociale, ma si sviluppa anche in una dimensione “dinamica”, strettamente correlata alla performance dell’Amministrazione.

In tale prospettiva, la pubblicità dei dati relativi all’organizzazione e all’erogazione dei servizi al pubblico assume un valore strumentale al controllo diffuso da parte dei cittadini, finalizzato al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati dall’Azienda. Il Programma mette pertanto a disposizione della collettività dati chiave sull’andamento dell’azione amministrativa.

La pubblicazione integrale online del Piano della Performance rappresenta uno strumento essenziale per garantire il buon andamento dei servizi pubblici e la corretta gestione delle risorse, consentendo ai cittadini una conoscenza effettiva dell’operato della ASL e favorendo forme di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti della “Programmazione dei Rischi Corruttivi e della Trasparenza” costituiscono, compatibilmente con le risorse disponibili, gli impegni assunti dalla Direzione Strategica e sono perseguiti secondo le tempistiche definite nel Piano della Performance e negli altri strumenti di programmazione annuale. Tali impegni sono orientati a garantire una maggiore conoscenza della gestione aziendale e a consentire la valutazione dei risultati conseguiti in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati raggiunti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni costituisce elemento di riferimento per la valutazione della performance degli assetti organizzativi e dei responsabili ed è collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

#### **B) Uffici e dirigenti coinvolti nell’individuazione dei contenuti del Programma**

L’incarico di Responsabile per la Trasparenza è ricompreso nell’incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Al RPCT sono attribuiti, in particolare, i seguenti compiti:

- coordinamento e controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, con riferimento alla continuità, completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni;
- predisposizione e aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità, in coerenza con il Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- controllo e garanzia della corretta attuazione dell’istituto dell’accesso civico;

- segnalazione all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Sono coinvolti nell'individuazione dei contenuti del presente Programma il RPCT e i Dirigenti responsabili delle singole strutture, ciascuno per quanto di competenza.

### **2.3.19. 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 del Direttore Generale n. 761 del 12 settembre 2018 l'esercizio delle funzioni in materia di trasparenza è stata affidato al RPCT.

Nella redazione della Programmazione della trasparenza, il RPCT, 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 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 RPCT, 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.

### **2.3.20. 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 RPCT, alla casella di posta elettronica responsabile.anticorruzione@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 sono sotto sezione elencati nella tabella allegata al Programma.

Il RPCT, 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» verifica l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul portale aziendale da parte dei dirigenti responsabili. I dati vengono aggiornati e pubblicati a seguito della comunicazione da parte dei dirigenti competenti alla mail pubblicazioneweb@aslroma5.it per la pubblicazione sul sito istituzionale. Seguirà una verifica a campione semestrale sull'avvenuta pubblicazione.

Con specifico riferimento all'individuazione dei Referenti della trasparenza e alle modalità di coordinamento con il RPCT, 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 RPCT.

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

### **2.3.21. 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 Programma devono rispettare le temporalità definite nell'allegato al Programma ed ove possibile utilizzare la forma tabellare ed il file in formato aperto.

Il RPCT 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 all'attuazione del Programma.

### **2.3.22. 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 viene anzitutto verificato dall'OIV e dal RPCT. Il Responsabile effettua 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 viene trasmessa alla Direzione Aziendale, all'OIV e pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente".

Inoltre, effettua 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.

In allegato al presente piano, l'elenco degli obblighi di pubblicazione [anno 2026].

### **2.3.23. 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;
- Garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità;
- Qualità dell'ambiente lavorativo;

- Promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- Promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.

Il Piano triennale si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi; l'altra, più operativa, con l'indicazione degli obiettivi specifici. Il monitoraggio e la verifica sulla sua attuazione sono affidati prioritariamente al CUG.

### 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

L'istituto trova la sua disciplina 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 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 data 27 ottobre 2025 è stato sottoscritto il CCNL Comparto sanità 2022-2024 che dall'art. 28 all'art. 30 disciplina il lavoro a distanza, agile e da remoto, disapplicando e sostituendo l'art. 77, 79 e 81 del CCNL Comparto sanità 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022.

#### **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
- CCNL Comparto Sanità 2022-2024, sottoscritto il 27 ottobre 2025.

#### 4.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità 2019–2021, l’ASL Roma 5, con deliberazione n. 1059 del 31 maggio 2023, ha disciplinato il lavoro agile e il lavoro da remoto per il personale del comparto, impegnandosi ad aggiornarne la regolamentazione in conformità al CCNL Comparto Sanità 2022–2024, sottoscritto il 27 ottobre 2025.

Si riporta di seguito il numero dei dipendenti che hanno espletato l’attività lavorativa in modalità agile e da remoto nel corso dell’anno 2025:

<b>LAVORO AGILE - ANNO 2025</b>	
<b>PROFILO</b>	<b>N.</b>
Collaboratore Amministrativo	19
Assistente Amministrativo	34
Coadiutore Amministrativo	2
Collaboratore Tecnico	2
Assistente Tecnico	2
Commesso	1
<b>Totale</b>	<b>60</b>

<b>LAVORO DA REMOTO - ANNO 2025</b>	
<b>PROFILO</b>	<b>N.</b>
Collaboratore Amministrativo	11
Assistente Amministrativo	14
Coadiutore Amministrativo	2
Collaboratore Tecnico	0
Assistente Tecnico	0
Commesso	0
<b>Totale</b>	<b>27</b>

#### 4.3 MODALITÀ ATTUATIVE

Le azioni che l’Asl Roma 5 che ha intrapreso 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, protocollo informatico, fascicolo personale digitale, digitalizzazione delle delibere), 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:

- migliorare la qualità dei servizi erogati all'utenza e potenziando la capacità di risposta nei confronti dei cittadini;
- agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti tra abitazione e luogo di lavoro;
- 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;
- 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 risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- 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 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 a distanza definendo per ciascun dipendente 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 è attuato in linea con lo sviluppo delle competenze relative all'utilizzo degli strumenti informatici con l'obiettivo 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, di un programma di formazione finalizzati all'accrescimento di una cultura aziendale del lavoro a distanza.

#### 4.6 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.

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

Si fornisce di seguito un riepilogo al 31/12/2025 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	Sì
---	----

Numero dei lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile	50
N. PC a disposizione per lavoro agile	55
Presenza di un sistema VPN	Sì, autenticazione MFA
Presenza di una intranet	Sì
Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	Sì (file server aziendale su rete intranet, Microsoft 365)
Applicativi consultabili in da remoto (n° di applicativi consultabili da remoto sul totale degli applicativi presenti)	95%
Banche dati consultabili da remoto (n° di banche dati consultabili da remoto sul totale delle banche presenti)	95%
Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	ca. 10%
Processi digitalizzati (n° di processi digitalizzati sul totale dei processi digitalizzabili))	40%
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 31/12/2025)	€ 7.000

## 5. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE (PTEP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del D. lgs. 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, all'esito dell'approvazione formale, sarà pubblicato sul sito internet aziendale al seguente link: <https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/conto-annuale-del-personale/> .**

## 6. PIANO DELLA FORMAZIONE

Il capitale umano rappresenta la più importante leva di sviluppo della Pubblica Amministrazione. È necessario investire nelle risorse umane, al fine di valorizzare il personale, stimolare la motivazione, sviluppare le competenze in modo da erogare servizi più efficaci ai cittadini. In quest'ottica, le attività formative rivestono un ruolo molto importante, tanto che rispondono a diverse esigenze e funzioni nel 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, rivolta a tutti i dipendenti in relazione alle esigenze formative riscontrate, nel rispetto del principio di uguaglianza e imparzialità e garantita in maniera continuativa. Le nuove sfide che la Pubblica Amministrazione deve affrontare richiedono di focalizzare l'attività formativa dei dipendenti sulle competenze chiave alla base del nuovo modello lavorativo ed organizzativo: non solo informatica e nuove tecnologie, ma un vero e proprio cambiamento "culturale" in grado di finalizzare la prestazione lavorativa ai risultati attesi ed al "problem solving" e non alla mera presenza fisica, in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. L'azienda ha adottato il Piano Formativo Aziendale con Deliberazione n. 905 del 30/08/2024. Il documento, è pubblicato sul sito internet aziendale <https://www.aslroma5.info/web/staff-direzionestrategica/uos-formazione-del-personale-ed-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.

ALLEGATO 1) SCHEDA DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	UNITÀ DI MISURA	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET	NUOVO/IN CONTINUITÀ	STRUTTURA
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Apertura ambulatorio infermieristico distrettuale per stomie e medicazioni avanzate	n.	1 ambulatorio per distretto	6	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Attivazione delle Liste uniche di attesa gestite dalle COT-A, relative ai seguenti setting assistenziali: hospice, RSA	%	L'obiettivo è considerato raggiunto se si dimostra la completa attivazione delle Centrali Operative Territoriali di tipo A attraverso la realizzazione e il governo di lista d'attesa uniche centralizzate per i setting Hospice e RSA.	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Definizione di un conoprogramma per l'attivazione delle liste uniche di attesa gestite dalle COT-A, relative ai setting assistenziali residenziali extraospedalieri area salute mentale adulti/minori	si/no	L'obiettivo è considerato raggiunto se si dimostra la completa attivazione delle Centrali Operative Territoriali di tipo A attraverso la realizzazione e il governo di lista d'attesa uniche centralizzate per i setting Hospice e RSA.	si	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Ottenimento copertura dei vaccini obbligatori (0-12 mesi)	%	percentuale di vaccini rispetto alla coorte	95	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Presenza in carico IFEC dei Frequent Users con conseguente riduzione accesso PS	%	(N. accessi anno precedente - N. accessi anno corrente) / N. accessi anno precedente * 100	10	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Assistenza territoriale	Ricoveri intermediati da COT A e COT D sul totale ricoveri attribuibili rete cure intermedie	%	(N. ricoveri intermediati da COT A + COT D) / Totale ricoveri rete cure intermedie * 100	80	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Attivazione processi integrazione ospedale territorio	Transizionale care: riduzione tempi trasferimento da un setting all'altro. Monitoraggio	n.		2	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
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 >= 9,48%	>=9,48	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
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)	%	Punti >= 3 = 40% Punti >= 4 = 60% Punti >= 5 = 80% Punti >= 6 = 100%	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Liste di attesa	Lista di attesa per i ricoveri su letti di elezione - Classe D: Garantire l'equilibrio tra il flusso di ricoveri effettuati e il flusso dei nuovi iscritti in lista di attesa	%	Rapporto tra ricoveri effettuati e nuovi iscritti in lista di attesa	>=95	NUOVO	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Liste di attesa	Lista di attesa per i ricoveri su letti di elezione Classe C: Garantire l'equilibrio tra il flusso di ricoveri effettuati e il flusso dei nuovi iscritti in lista di attesa	%	Rapporto tra ricoveri effettuati e nuovi iscritti in lista di attesa	>=95	NUOVO	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	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 ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0%	90	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
A1	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Liste di attesa	Proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B	%	≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0%	90	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	Audit per definire le azioni di miglioramento atte a ridurre la % di parti con taglio cesareo primario con particolare attenzione ai parti a basso rischio.	si/no		si	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	Ottimizzare implementazione del percorso nascita H/TT attraverso gli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN) con personale del punto nascita e del territorio	n.		12	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE COORDINAMENTO CONSULTORI FAMILIARI
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	Percentuale delle donne che hanno partorito (parto spontaneo) presso i presidi ospedalieri ASL (ostetriche) e hanno partecipato al corso preparto erogato dal consultorio	%	(N. donne con parto spontaneo in ASL formate al consultorio / Totale donne che hanno partecipato al corso) * 100	20%	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE COORDINAMENTO CONSULTORI FAMILIARI
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	Proporzione di parti cesarei primari in strutture con più o meno di 1.000 parti.	%	se l'indicatore è >15% ed in miglioramento di almeno il 5% rispetto all'anno precedente = 100% = 50% se l'indicatore è >15% ed in miglioramento di meno del 5% rispetto all'anno precedente = 25% se l'indicatore è >15% ed in peggioramento rispetto all'anno precedente = 0%	<=15	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	%	Valore soglia >=15% su totale dei parti	>=15	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	Assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	%	n. episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti / n. di episodi di STEMI.	60	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Percentuale di cartelle chiuse su Sipsoweb entro 30 giorni dall'esecuzione della colonscopia operativa	%	(N. cartelle chiuse entro 30 gg dall'esame / Totale coloscopie operative eseguite) * 100	95	IN CONTINUITÀ	SCREENING
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Percentuale di colposcopie eseguite entro 25 giorni dalla comunicazione di invio al II livello	%	(N. colposcopie eseguite entro 25 giorni dalla comunicazione / Totale comunicazioni di invio al II livello) * 100	90	IN CONTINUITÀ	SCREENING DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Percentuale di referti registrati su Sipsoweb entro 15 giorni dalla data di invio del referto prelevato nel II livello	%	(N. referti registrati su Sipsoweb entro 15 giorni dall'invio / Totale referti inviati dal II livello) * 100	95	IN CONTINUITÀ	SCREENING

A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Proporzione di soggetti target che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato del colon retto	%	Tasso di Copertura: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-74) / 2] * 100	0% - 24,99% = 0 25% - 29,99% = 30% 30% - 34,99% = 40% 35% - 39,99% = 50% 40% - 49,99% = 75% > 50% = 100%	NUOVO	SCREENING DIPARTIMENTO FUNZIONI TERRITORIALI
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Screening Cervice uterina: adesione	%	(N. donne che hanno effettuato il test di screening a seguito di invito / Totale donne invitate nel periodo di riferimento) * 100	40	IN CONTINUITÀ	SCREENING
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Screening colon retto: adesione	%	(N. persone che hanno eseguito il test di screening a seguito di invito / Totale persone invitate nel periodo di riferimento) * 100	45	IN CONTINUITÀ	SCREENING
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Screening HCV: Offerta del test di screening HCV	%	< 50% = 0% tra 50% e 75% = 50% ≥ 75% = 100%	75	IN CONTINUITÀ	SCREENING DIPARTIMENTO FUNZIONI TERRITORIALI
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Screening mammografico: adesione	%	(N. donne che hanno effettuato la mammografia di screening a seguito di invito / Totale donne invitate nel periodo di riferimento) * 100	50	IN CONTINUITÀ	SCREENING
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Tempo di attesa tra la data di refertazione "test sangue occulto fecale" e la data di esecuzione della prima colonscopia.	%	(1) Indicatore: (persone che effettuano l'approfondimento, nell'anno x, entro 60gg 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	IN CONTINUITÀ	SCREENING DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A2	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	RIORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI	Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico.	%	(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 Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto	100	IN CONTINUITÀ	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SCREENING
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Appropriatezza prescrittiva: Implementazione di un percorso aziendale per aumentare la percentuale di visite pdta correttamente identificate	si/no		si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Appropriatezza prescrittiva: Implementazione di un percorso aziendale per ridurre l'utilizzo improprio della diciture "prima visita" nella prescrizioni specialistiche	si/no		si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Audit mensili per l'analisi dell'allineamento dei valori della media delle dimissioni di degenza ordinaria nei giorni festivi e prefestivi alla media delle dimissioni degenza ordinaria nei giorni feriali (lun-ven)	n.		12	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Consegna cartella clinica al SIO ospedaliero entro 5 gg dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	%	(N. cartelle cliniche consegnate al SIO entro 5 gg dalla dimissione / Totale dimissioni al netto delle esclusioni) * 100	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Dimissioni entro le 14:00	%	dimissioni entro le 14:00 anno x / dimissioni anno x-1 ((Valore finale - Valore Iniziale) / V iniziale)*100	25	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Dimissioni festivi e prefestivi >= 25%	%	n. dimissioni festivi prefestivi / totale pazienti dimessi anno	25	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Erogazione consulenze specialistiche in PS entro 60 minuti (dalla richiesta)	%	(N. consulenze specialistiche effettuate entro 60 minuti dalla richiesta / Totale consulenze specialistiche richieste in PS) * 100	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Invio SDO al Direttore del Presidio entro 48h dalla dimissione	%	(N. SDO inviate al Direttore di Presidio entro 48 ore dalla dimissione / Totale SDO prodotte nel periodo) * 100	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Occupazione media PL attivi e equivalenti 85%	%	giornate di degenza effettive / giornate di degenza potenziali	85	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA
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 ultrassessantacinquenni.	%	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è >= 60.	60	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Miglioramento delle prestazioni	Valore atteso della degenza: dato medio regionale	si/no		si	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Riduzione del sovraccollamento in PS	Percentuale di pazienti con non urgenza codice 5 che accedono al trattamento entro 240 minuti	%		>=75	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Riduzione del sovraccollamento in PS	Percentuale di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti	%		>=85	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Riduzione del sovraccollamento in PS	Percentuale di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti	%		>=80	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Riduzione del sovraccollamento in PS	Percentuale di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono al trattamento entro 120 minuti	%		>=75	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

A3	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE E TERRITORIALE	Riduzione del sovraccollamento in PS	Tempo medio di attesa in PS in caso di dimissione con esito ricovero (tempo intercorso tra la visita medica e il ricovero in reparto di degenza) con esclusioni degli accessi in OBI. Sommatoria dei minuti che intercorrono tra la visita medica e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza" rapportato alla sommatoria del numero degli accessi in PS che hanno esito "ricovero"	%	≥ 480' = 100% ≥ 540' = 80% ≥ 600' = 60% ≥ 720' = 40% ≥ 24h = 0	80	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Contenimento della spesa farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva: elaborazione di report a supporto delle CAPI;	n.		4	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Contenimento della spesa farmaceutica	Attivazione CAPI per tutti i fuori target entro 3 mesi	%	(N. pazienti fuori target con CAPI attivata entro 3 mesi / Totale pazienti fuori target identificati) * 100	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Contenimento della spesa farmaceutica	Audit per fuori target	%		100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Contenimento della spesa farmaceutica	Elaborazione ed invio report di spesa a supporto delle attività dei Distretti su iperprescrittori e molecole Target.	n.		12	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Contenimento della spesa farmaceutica	Individuazione tetto di spesa distrettuale e comunicazione ai Distretti	%		100	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
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 (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)	€€	$(\sum A \times \sum B) / \sum C <= 0$ - 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	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione dell'obiettivo nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto del budget operativo	%	budget utilizzato / totale budget assegnato	<=100	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO con budget assegnato
B1	CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione dell'obiettivo nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto del concordamento [(CE consuntivo D+AS) - (BEP D+AS)]/(BEP D+AS)	%	0% = 100% tra 1% e 5% = 75% tra 6% e 10% = 50% tra 11% e 15% = 25% 16% = 0%	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
C1	CONTRIBUTO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE	Adottare idonei protocolli organizzativi dei processi	Raggiungimento Obiettivi PAC: Epletamento delle azioni procedurali di strutturazione del sistema di controllo interno e sostanziali di miglioramento della qualità dei dati contabili, come previsto dal Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla DGR 938/2024 e successive modifiche o integrazioni.	%	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100% per tutti gli obiettivi PAC	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
C1	CONTRIBUTO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE	Adottare idonei protocolli organizzativi dei processi	Redazione Regolamento CDC Hub e Spoke	si/no	trasmissione deliberazione	si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
C1	CONTRIBUTO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE	Attivazione Case della Comunità e Ospedali di Comunità	Garantire l'apertura e l'operatività delle CdC e degli OdC entro il 31 marzo 2026 in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle Deliberazioni Regionali attive	si/no		si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI DIPARTIMENTO FUNZIONE TERRITORIALE
C2	PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Adottare idonei processi per promuovere la trasparenza delle informazioni	Monitoraggio dei volumi di attività in ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) rispetto all'istituzionale	%	Rapporto tra il numero di prestazioni erogate in regime ALPI e il numero di prestazioni erogate in regime istituzionale per le medesime specialità.	<=100	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
C3	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' AI SERVIZI	Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso	Incremento percentuale offerta di prestazioni rispetto alle classi di priorità	%	[(N. prestazioni erogate anno 2026 per classe di priorità - N. prestazioni erogate anno precedente) / N. prestazioni erogate anno precedente] * 100	80	IN CONTINUITÀ	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
C3	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' AI SERVIZI	Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso	Potenziamento offerta ecografia e TC	%	[(N. slot/ore di attività programmate in agenda nel 2026 - N. slot/ore programmate nel 2025) / N. slot/ore programmate nel 2025] * 100	>15%	IN CONTINUITÀ	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
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	Attivazione progetto «Frigomoteca intelligente»	%		100	IN CONTINUITÀ	SIMT
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	Implementazione del sistema securblood in tutte le Strutture ospedaliere	%		100	IN CONTINUITÀ	SIMT
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	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L. 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali - Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)	%	Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art. 20 L. 67/88 sarà riconosciuto se, ai sensi dell'art. 1, comma 436 della L. n. 202/2017 e art. 4-quinquies, comma 1 del Decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, se: - sarà presentato all'Area competente il progetto da porre a base di gara e comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro la data prevista dalla normativa vigente; Per gli altri fondi statali: sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA
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	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (Interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L. 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Allineamento dati su Regis	%	L'obiettivo riguarda l'allineamento mensile di tutti i dati dell'intervento (procedurali, fisici e finanziari) su piattaforma Regis L'obiettivo si intende raggiunto se il valore dei disallineamenti risulta inferiore al 1%	<1	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA
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	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (Interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L. 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Rendicontazioni su Regis e altra piattaforma regionale	%	L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione caricata su Piattaforma, per ogni singolo rendiconto, risulta completa e corretta per almeno il 75% della documentazione: Copertura <75%=0	75	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Flusso informativo CONSUMI di dispositivi medici	%	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE > 80% = 100% Coperture < 80% = 0	80%	IN CONTINUITÀ	FARMACIA

C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Flusso informativo consumi farmaci ( File F e File R)	n.	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	12	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Flusso informativo CONTRATTI di dispositivi medici	%	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati > 75% = 100%	75%	IN CONTINUITÀ	FARMACIA DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Inserimento nel Flusso SIO delle SDO entro h. 24 dal ricevimento	%	SDO inserite/totali SDO	95	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Monitoraggio del rispetto degli orari di inizio e chiusura delle sedute operatorie programmate, feedback alle UU.OO. e redazione verbale settimanale	n.	trasmissione report alle UU.OO. e alla Direzione Sanitaria Aziendale	52	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Monitoraggio del rispetto dei tempi e della saturazione delle sedute operatorie, feedback alle UU.OO. e redazione verbale settimanale	n.	trasmissione report alle UU.OO. e alla Direzione Sanitaria Aziendale	52	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Monitoraggio mensile sulle tempistiche e sulla corretta chiusura delle cartelle cliniche, feedback alle UU.OO. e redazione verbale mensile	si/no	trasmissione verbale alla Direzione Sanitaria Aziendale, Risk Management e Controllo di Gestione	si	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Rilevazione dei fabbisogni con esautività degli stessi e trasmissione alla UOC Appalti e Contratti	%	Trasmissione documento alla UOC Appalti e Contratti 6 mesi prima delle procedure sopra soglia;	100	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Rilevazione dei fabbisogni con esautività degli stessi e trasmissione alla UOC Appalti e Contratti	%	Trasmissione documento alla UOC Appalti e Contratti 60 gg prima delle procedure sotto soglia.	100	IN CONTINUITÀ	FARMACIA
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Verifica mensile dei requisiti formali e sostanziali delle cartelle cliniche, feedback alle UU.OO. e redazione verbale mensile	%	cartelle cliniche verificate / totale cartelle ricevute >= 10%	>= 10	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Verifica mensile dei requisiti formali e sostanziali delle SDO, feedback ai reparti e redazione verbale mensile	n.		12	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Verifiche erogabilità prestazioni nel setting di ricovero (ciclo diurno)	%	Effettuazione verifiche su percentuale ricoveri diurni e trasmissione report alle UU.OO. e alla DSA	20	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C5	MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI	Rispetto delle tempistiche di trasmissione, qualità ed attendibilità dei dati	Verifiche mensili appropriatezza giornate di degenza in reparti di area medica	%	Effettuazione verifiche su percentuale dimissioni e trasmissione report alle UU.OO. e alla DSA	20	IN CONTINUITÀ	DIREZIONE PRESIDIO
C7	PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE	Sensibilizzazione e azioni di contrasto alla violenza di genere	Eventi di sensibilizzazione sulle azioni di contrasto alla violenza di genere	si/no		si	IN CONTINUITÀ	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	Inserimento lettera dimissioni nel Fascicolo Sanitario Elettronico	%	(N. lettere di dimissione trasmesse al FSE / Totale dimissioni ospedaliere effettuate) * 100	100	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO TECNICO E DELLA COMMITTENZA DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DIPARTIMENTO DI EMERGENZA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE 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	Programmazione e Produzione materiale di comunicazione conforme all'identità visiva che la regione lazio ha adottato per le case di comunità	si/no		si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
C8	SEMPLIFICAZIONE, REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI, DIGITALIZZAZIONE, SANITÀ DIGITALE	Applicazione dei processi e delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario	Redazione contenuti e informazioni casa di comunità nelle pagine del sito aziendale	si/no		si	NUOVO	DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE STRATEGICA
C9	CRESCITA E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	Formazione del personale	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/08 e/o D.Lgs 101/20	si/no		si	IN CONTINUITÀ	ASSEGNATO A TUTTI I CDR
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Adozione Piano di azione locale igiene delle mani: utilizzo gel idroalcolico per igiene delle mani	l	≥ 20 litri per 1.000 giornate di degenza	≥20	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie Ospedaliere
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Elaborazione e implementazione "Progetto di Qualità, Appropriata clinica e Gestione del Rischio Clinico"	n.		1	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Esecuzione indagine prevalenza puntuale ICA: Partecipazione ad un'indagine di prevalenza puntuale	si/no		51	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie Ospedaliere
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Prescrizione antibiotici nel rispetto delle indicazioni contenute nelle specifiche schede prescrittive regionali (Determina G05080 del 28/04/2022)	%	(N. prescrizioni di antibiotici corredate da scheda regionale conforme alla Det. G05080/2022 / Totale prescrizioni di antibiotici soggetti a monitoraggio regionale) * 100	≥ 95	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie Ospedaliere
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Prevenzione ICA da germi alert: Attivazione procedura aziendale germi alert	%	100% dei germi isolati dal Laboratorio Analisi	100	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie Ospedaliere
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Segnalazione dei near miss, degli eventi avversi ed eventi sentinella: incremento della segnalazione secondo le indicazioni della procedura aziendale di incident reporting	%	[(N. segnalazioni effettuate nel 2026 - N. segnalazioni anno precedente) / N. segnalazioni anno precedente] * 100	≥10	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA DCA 469/2017 - (6° criterio/fattore di qualità)	Sorveglianza attiva CRE: effettuazione del tampone rettale di screening	%	(N. pazienti sottoposti a tampone rettale di screening per CRE / Totale pazienti per i quali è previsto lo screening da protocollo aziendale) * 100	≥10	IN CONTINUITÀ	Tutte le UU.OO. Sanitarie Ospedaliere
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	PANFLU - Piano di approvvigionamento e di gestione locale delle scorte	Adozione del piano di approvvigionamento e di gestione locale delle scorte	si/no	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano di approvvigionamento e di gestione locale delle scorte PANFLU	si	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
C10	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	Piano Aziendale di Prevenzione (PAP)	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP)	si/no	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione	si	IN CONTINUITÀ	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ALLEGATO 2) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 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 (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1)	Monitoraggio - Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4, d.l. n. 80/2021	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) /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, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio: al 20 giugno Responsabile: RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari generali e legali
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, 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 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari generali e legali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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: Direttore UOC Affari generali e legali
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari generali e legali
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di comportamento	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, UOC Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Gestione del Personale
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario 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	Tempestivo	Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.n.97/2016		
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.n.10/2016		
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.n.10/2016		
		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	Tempestivo (ex art. 8, 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		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, 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	Tempestivo (ex art. 8, 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	Tempestivo (ex art. 8, 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, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			

Organizzazione

<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>	<p>Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)</p>	<p>1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]</p>	<p>Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>		<p>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: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p>	<p>Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982</p>		<p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi 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 superi 5.000 €)</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982</p>		<p>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 (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]</p>	<p>Annuale</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Curriculum vitae</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p>		<p>Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>	<p>Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013</p>	<p>1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]</p>	<p>Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>		<p>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: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p>	<p>Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982</p>		<p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi 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 superi 5.000 €)</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>non applicabile</p>		
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982</p>		<p>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 (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]</p>	<p>Annuale</p>	<p>non applicabile</p>		

		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza			
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013				Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente 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	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente 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 a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza		
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Dirigente UOS Trattamento economico e Previdenza			
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ANAC			
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	Tempestivo (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	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile URP e Comunicazione	
Telefono e posta elettronica		Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (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	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (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 Direttore UOC Gestione del Personale	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza			
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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 oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (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 Contabilità	
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	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			
Incarichi di collaborazione, consulenza, professionali		art. 15-bis, co. 1, d.lgs. n. 33/2013	Da pubblicare in formato tabellare raggruppati per annualità per ogni incarico	Nominativo, Estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, Oggetto della prestazione, Ragione dell'incarico, Durata, Curriculum vitae del soggetto incaricato, Compensi comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, nonché agli incarichi professionali, inclusi quelli arbitrali, Tipo di procedura seguita per la selezione del contraente, Numero di partecipanti alla procedura	Entro 30 gg dal conferimento e per i due anni successivi cessazione	Tutti i responsabili di struttura per le parti di rispettiva competenza		<a href="https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/incarichi-di-collaborazione-consulenza-professionali/">https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/incarichi-di-collaborazione-consulenza-professionali/</a>	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali		Monitoraggio Semestrale 30 giugno -	

Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 3 mesi dal conferimento incarico	31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari Generali e Legali	
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 3 mesi dal conferimento incarico	Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari Generali e Legali
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali		
	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	non applicabile - vedasi tabella dello scorso anno	
	Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			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: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	non applicabile - vedasi tabella dello scorso anno	
	Art. 14, c. 1, lett. i) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		3) 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 (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	non applicabile - vedasi tabella dello scorso anno		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 30 giorni dalla dichiarazione	Monitoraggio Semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Direttore UOC Affari Generali e Legali	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali					
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	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	Per ciascun titolare di incarico:			entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Gestione del Personale	
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore 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		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore 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		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza			
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore 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		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza			
	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza			

Personale

Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	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	Discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore 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		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: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore 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 coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	Entro 30 gg dalla dichiarazione	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Gestione del Personale
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	non applicabile		
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	entro 6 mesi dalla cessazione	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio Responsabile: Gestione del Personale
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore 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	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	entro 6 mesi dalla cessazione	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale
	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 a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile 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	Nessuno	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	Entro 30 gg dal ricevimento	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: RPCT
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale

Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore 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)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore 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. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza		
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre	
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Gestione del personale	Entro 90 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 autentiche	Tempestivo (ex art. 8, 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 revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Dirigente UOC Gestione del personale	Entro 31/01 di ogni anno	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, 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, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali		
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali		
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Gestione del personale	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale
	art. 41, co. 2 e 19)	Procedure di conferimento incarichi dirigenza sanitaria	Stato: Possibili valori: In corso/Concluso Denominazione: Oggetto della procedura selettiva con indicazione del tipo di incarico che si intende conferire a scelta tra uno dei seguenti: •Direttore generale; •Direttore sanitario; •Direttore amministrativo; •Responsabile di dipartimento; •Responsabile di struttura semplice •Responsabile di struttura complessa •Direttore dei Servizi Socio-Sanitari Avviso di selezione: Link al documento pubblicato nel sito istituzionale Composizione della Commissione, ove di essa sia prevista la pubblicazione in base alla normativa nazionale in materia: Nominativi Link al documento pubblicato nel sito istituzionale Criteri di valutazione della Commissione: Pubblicazione dei criteri di valutazione o in alternativa Link al documento dei criteri di valutazione della Commissione di esame, pubblicato nel sito istituzionale (doc in formato aperto)		Dirigente UOC Gestione del personale		<a href="https://www.asiroma5.it/amministrazione-trasparente/procedure-di-conferimento-incarichi-dirigenza-sanitaria/">https://www.asiroma5.it/amministrazione-trasparente/procedure-di-conferimento-incarichi-dirigenza-sanitaria/</a>
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Dirigente UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di gestione	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: UOC Organizzazione, programmazione e Controllo di Gestione
	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di gestione	Entro 31/01 di ogni anno	
		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di gestione	entro 31/07 di ogni anno	

Performance	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi  (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati  Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione del Personale/Responsabile UOS Trattamento economico e Previdenza	Entro 30/09 ogni anno	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio  Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi  Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di gestione	Entro 30/09 ogni anno	Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 gennaio. Responsabile: Gestione del Personale	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016			
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
	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		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
					7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	non applicabile		
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	non applicabile			
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile			
Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013				Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite 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, e 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			
				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) misura dell'eventuale 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			

Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	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: Bilancio e contabilità
				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) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	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. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali			
			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Temporaneo (ex art. 8, 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 o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			Per ciascuno degli enti:		non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			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)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione			
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	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 controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione		
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, 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 degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
			Per ciascuna tipologia di procedimento:					

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, 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
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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		
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni		
Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza				
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, 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			
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza	Entro 30 gg dalla fine del semestre	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e 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	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	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
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e 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	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
Controlli sulle imprese	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			

	Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Conseguenze in caso di infrazione del d.lgs. 97/2016	Conseguenze in caso di infrazione del d.lgs. 97/2016		
<b>All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera n.601 del 19 dicembre 2023</b>							
<b>- ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</b>							
	Art. 30, d.lgs. 36/2023		Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro il 31/01 di ogni anno	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro il 31/01 di ogni anno	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.		non applicabile		
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro il 31/01 di ogni anno	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro il 31/01 di ogni anno	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Dirigente UOC Tecnica	Entro il 31/01 di ogni anno	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Tecnica
<b>PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 PER CIASCUNA</b>							
<b>Pubblicazione</b>	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)  Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio		1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato  Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	non rientra nell'ambito soggettivo di applicazione	Entro 30 gg	
	Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)		Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi
	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi

Affidamento	<p>art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, conv. con modificazioni dalla l. 108/2021</p> <p>D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta</p>	<p>Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure</p>	<p>Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>	<p>Entro 30 gg</p>	<p>Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>
	<p>Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2;</p> <p>D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica</p>	<p>Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:</p> <p>1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);</p> <p>2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);</p> <p>3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;</p> <p>4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2);</p> <p>5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)</p>			<p>non applicabile</p>	
Esecutiva	<p>Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023</p> <p>Collegio consultivo tecnico</p>	<p>Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi)</p> <p>CV dei componenti</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>	<p>Entro 30 gg</p>	<p>Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>
	<p>Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021</p> <p>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati</p> <p>D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti</p> <p>2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 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 triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>	<p>Entro 30 gg</p>	<p>Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>
Sponsorizzazioni	<p>Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023</p> <p>Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato</p>	<p>Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro:</p> <p>1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>	<p>Entro 30 gg</p>	<p>Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi</p>

	<b>Procedure di somma urgenza e di protezione civile</b>	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: Dirigente UOC Acquisizione Farmaci e forniture per malattie rare - Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	
	<b>Finanza di progetto</b>	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	Entro 30 gg	Monitoraggio annuale Responsabile: Dirigente UOC Tecnica -Dirigente UOC Acquisizione altri beni sanitari, non sanitari e servizi	
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Governo della rete degli erogatori/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. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	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. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità	Entro 30 gg dall'approvazione dell'atto	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità	Entro 31/01 di ogni anno					
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo certificato	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011, Art. 41, c. 6		Link al documento pubblicato sul sito dell'amministrazione/ente, o ai dati pubblicati ai sensi dell'art. 29 del dlgs. 33/2013 in conformità allo schema predisposto da ANAC ex art. 48 (ove utilizzato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			Entro 30 gg dall'approvazione regionale
	Bilancio consuntivo certificato	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011, Art. 41, c. 6		Link al documento pubblicato sul sito dell'amministrazione/ente, o ai dati pubblicati ai sensi dell'art. 29 del dlgs. 33/2013 in conformità allo schema predisposto da ANAC ex art. 48 (ove utilizzato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs 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, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio e Contabilità	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità	
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOS Patrimonio	Entro 30 gg da nuove acquisizioni	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Tecnica/Dirigente UOS Patrimonio	Entro 30 gg dalla variazione	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore UOC Bilancio e contabilità	
				Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.NAC.	Dirigente UOC Organizzazione, Programmazione e Controllo di Gestione	Termine previsto da ANAC	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: RPCT	

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	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	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'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	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	Tempestivo (ex art. 8, 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 o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Bilancio e Contabilità	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 ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dal rilievo	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direzione strategica
Servizi erogati	Aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	art. 41, co. 6 d.lgs. 33/2013	Aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	Dati o Link al documento pubblicato nel sito istituzionale		Dirigente UOC Programmazione, Organizzazione e Controllo di gestione	annuale	<a href="https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/aspectti-qualitativi-e-quantitativi-dei-servizi-erogati-e-sullattivita-medica-svolta/">https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/aspectti-qualitativi-e-quantitativi-dei-servizi-erogati-e-sullattivita-medica-svolta/</a>
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: URP e Comunicazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza	Entro 30 gg dalla notizia	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: direttore Affari Generali e Legali
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza	Entro 30 gg dal ricevimento della sentenza	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	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. 33/2013 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. 10, 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
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Macrocategorie di prestazioni erogate: - prestazioni ambulatoriali - prestazioni ricovero - prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica	<b>Prestazioni ambulatoriali</b> - Classe di priorità per prestazioni: I valori sono: • U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; • B (Breve), da eseguire entro 10 giorni; • D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; • P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni opzione vincolata - Ambiti di garanzia: Indicare l'ambito di garanzia individuato nel piano attuativo aziendale, secondo quanto previsto nel piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 - Tempi di attesa massimi per la prestazione per classe di priorità - Tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni prenotate per classe di priorità <b>Ricoveri</b> - Classi di priorità per ricoveri: I valori sono: • A Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi • B Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. • C Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi • D Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi - Ambiti di garanzia: Indicare l'ambito di garanzia individuato nel piano attuativo aziendale, secondo quanto previsto nel piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 - Numero interventi/ricoveri per classe priorità - Tempi medi effettivi di attesa per ricoveri programmati per classe priorità	Tempestivo (ex art. 8, 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 assistenziali	

	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	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 fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		monitoraggio annuale. Responsabile URP e Comunicazione
Pagamenti	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale (SSN)	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 e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase 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
			Spese e pagamenti effettuati	<p>Macrocategoria-Tipologia spesa</p> <p>Possibili valori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavoro: Lavori di ristrutturazione straordinari, lavori di manutenzione ordinaria e riparazioni di immobili e loro pertinenze</li> <li>Bene: Acquisto di beni (ad es. prodotti farmaceutici, dispositivi medici, vaccini)</li> <li>Servizio: Acquisti di servizi (ad es. servizi sanitari di vario tipo ma anche acquisti di prestazioni di psichiatria e socio-sanitarie), assicurazioni, spese legali, manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari, consulenze)</li> <li>Importo: Importo pagato nel trimestre di riferimento</li> <li>Beneficiario: Beneficiario del pagamento N.B: Laddove i destinatari dei pagamenti siano persone fisiche, le amministrazioni hanno cura di non pubblicare i nominativi dei beneficiari, utilizzando adeguate soluzioni tecniche per oscurare i dati identificativi, ad esempio, sostituendo il nominativo con l'espressione "Soggetto privato" oppure con l'inserimento di "omissis", etc.</li> </ul>	Trimestrale	Dirigente UOC Bilancio e Contabilità		<a href="https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/spese-e-pagamenti-effettuati/">https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/spese-e-pagamenti-effettuati/</a>
	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013		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	Art. 33, co. 1, d. lgs. n. 33/2013			Trimestrale	Dirigente UOC Bilancio e Contabilità	Entro 30 gg dalla fine del trimestre	
	Ammontare complessivo dei debiti e numero delle imprese creditrici		Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		(art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente UOC Bilancio e Contabilità	Entro 31/01 di ogni anno	
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, 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	Nuclei 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)	Tempestivo (ex art. 8, 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. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, 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 o completate.  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal	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	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo (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. 39, 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	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		

Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013, Art. 2 c.1 lett.a d.lgs. 195/2005	Misure incidenti sull'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 ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (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 ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile		
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (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 influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (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	Tempestivo (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 tabelle)	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 interscorsi con le strutture private accreditate	Accordi interscorsi 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 tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza	Entro 30 gg dal provvedimento	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 adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture aziendali per le parti di rispettiva competenza		
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (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. a), 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 individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	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	Tempestivo	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 (laddove adottati)	Tempestivo	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 recante i risultati dell'attività svolta (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	Termine 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. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Entro 30 gg dal ricevimento del provvedimento	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile 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. 2, 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 mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: RCPT
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti 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	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Entro 30 gg	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza		
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati metadati e	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al Catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Direttore UOC IT	Entro 31/01 di ogni anno	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOC IT	Entro 31/01 di ogni anno	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile:

	banche dati	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore UOC IT	Entro 31/01 di ogni anno	31 dicembre - responsabilità: Direttore UOC IT
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ☒	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 30 giugno - 31 dicembre Responsabile: RCPT