



## P.I.A.O.

AGGIORNAMENTO PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'  
ED ORGANIZZAZIONE PER IL TRIENNIO 2024-2026



FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA

## Sommario

<b>0. PRESENTAZIONE NUOVO PIANO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Chi siamo.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. I risultati raggiunti.....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Volumi e valori di produzione .....	13
1.2.2. Ricovero ordinario .....	14
1.2.3. Complessità media della casistica per Dipartimento ed Unità.....	14
1.2.4. Ricoveri ordinari per tipologia di invio .....	16
1.2.5. Day Hospital.....	16
1.2.6. Attività ambulatoriali.....	17
1.2.7. Attività dell'emergenza .....	18
1.2.8. P.Re.Val.E.....	20
1.2.9. I percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.....	22
<b>1.3. Gestione economico finanziaria dell'Azienda .....</b>	<b>32</b>
1.3.1. Il risultato di Gestione dell'esercizio 2022 .....	32
<b>1.4. La previsione economica per l'esercizio 2024. ....</b>	<b>34</b>
<b>2. SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>37</b>
<b>2.1. Sottosezione programmazione – Valore pubblico.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2. Interventi di efficientamento energetico presso il PTV .....</b>	<b>41</b>
<b>2.3. Sottosezione di programmazione – Performance .....</b>	<b>45</b>
2.3.1. Mission .....	45
2.3.2. Processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle Performance.....	50
2.3.2.1. <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano .....</i>	<i>50</i>
2.3.2.2. <i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio .....</i>	<i>50</i>
2.3.2.3. <i>Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance .....</i>	<i>51</i>
2.3.2.4. <i>Piano degli Obiettivi.....</i>	<i>53</i>
<b>2.4. Sottosezione di programmazione – CUG .....</b>	<b>55</b>
<b>2.5. Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza.....</b>	<b>58</b>
<b>3. SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>62</b>
<b>3.1. Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa .....</b>	<b>62</b>
<b>3.2. Sottosezione di programmazione – Organizzazione lavoro agile .....</b>	<b>62</b>
3.2.1. Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	62
3.2.2. Gli obiettivi del lavoro agile.....	64
3.2.3. Attività espletabili in modalità agile.....	65
3.2.4. Condizionalità degli accordi di lavoro agile .....	71
3.2.5. I dati del lavoro agile per l'anno 2023 .....	72
3.2.6. Ulteriore sviluppo del lavoro agile .....	75
3.2.7. Percorsi di formazione.....	77
3.2.8. Potere direttivo, di controllo e disciplinare.....	78
<b>3.3. Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni del personale .....</b>	<b>78</b>

3.3.1.	Assunzioni anno 2023.....	79
3.3.2.	Attivazioni anno 2023.....	84
3.3.3.	Assunzioni anno 2024-2025 .....	86
3.3.4.	Programmazione assunzioni anno 2024.....	87
3.3.5.	Programmazione assunzioni anno 2025.....	93
<b>3.4.</b>	<b>La Formazione Aziendale.....</b>	<b>95</b>
3.4.1.	Premessa .....	95
3.4.2.	Le attività dell'anno 2023 – Formazione Empowernt .....	96
3.4.2.1.	<i>Educazione Continua in Medicina (ECM) – Piano di Formazione ECM 2023</i> .....	98
3.4.2.2.	<i>Formazione del personale tecnico e amministrativo</i> .....	102
3.4.3.	Anno 2024: le prospettive della formazione nel futuro del PTV .....	104
3.4.3.1.	<i>La progettazione della proposta formativa 2024</i> .....	107
<b>4.</b>	<b>SEZIONE 4 – MONITORAGGIO .....</b>	<b>110</b>
<b>4.1.</b>	<b>Sottosezione di monitoraggio – Valore pubblico e Performance .....</b>	<b>110</b>
<b>4.2.</b>	<b>Sottosezione di monitoraggio – Rischi corruttivi.....</b>	<b>111</b>
<b>4.3.</b>	<b>Sottosezione di monitoraggio – Organizzazione e capitale umano .....</b>	<b>112</b>
<b>5.</b>	<b>RESPONSABILI ELABORAZIONE DOCUMENTO .....</b>	<b>113</b>
<b>6.</b>	<b>ALLEGATI.....</b>	<b>114</b>

## 0. PRESENTAZIONE NUOVO PIANO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento unico di programmazione e governance introdotto con decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, art.6, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Con Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 è stato poi emanato il “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” attraverso il quale le pubbliche amministrazioni conformano il PIAO alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel decreto, secondo lo schema contenuto nell’allegato allo stesso, che ne forma parte integrante.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;

- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera del personale;

- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;

- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;

- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano individua, altresì, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni sulla soddisfazione dell’utenza.

Con l'introduzione del PIAO si intende assicurare la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per i cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.lgs.150/2009 e della Legge 190/2012.

In conformità con il richiamato dettato normativo, la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata ha proceduto all'aggiornamento del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), 2024-2026, approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 29/01/2024, pubblicato sul Portale della Dipartimento della Funzione Pubblica e sulla sezione Amministrazione Trasparente ai seguenti links:

<https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/amministrazione-trasparente/53-disposizioni-general/1910-piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

Il presente documento si suddivide in 4 macro sezioni come di seguito esposte:

- **Scheda anagrafica dell'amministrazione:** la sezione identifica l'amministrazione.
- **Valore pubblico, performance e anticorruzione:** In questa sottosezione l'amministrazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e le strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto.
- **Organizzazione e capitale umano:** nella sezione viene presentato il modello organizzativo adottato dalla Fondazione nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro), la rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente, la consistenza in termini quantitativi è accompagnata la descrizione del personale in servizio suddiviso in relazione ai profili professionali presenti, la programmazione strategica delle risorse umane.

- **Monitoraggio:** nella sezione ove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, unitamente alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

La mancata adozione del PIAO produce i seguenti effetti:

- è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del PIAO, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti;
- l'Amministrazione non può procedere ad assunzione di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o collaborazione comunque nominati;
- nei casi in cui la mancata adozione del PIAO dipenda da omissione o inerzia dell'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna Amministrazione, l'erogazione dei trattamenti e delle premialità è fonte di responsabilità amministrativa del titolare dell'organo che ne ha dato disposizione e che ha concorso alla mancata adozione del piano.

Il PIAO include anche i contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e, pertanto, è altresì prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa non inferiore a 1.000 euro e non superiore a 10.000 euro.

## 1. SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1.1. Chi siamo

La denominazione della Fondazione è, allo stato, “*Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata*”, di seguito denominata per brevità “Fondazione”.

L'acronimo del Policlinico universitario gestito dalla Fondazione è costituito dalle tre lettere maiuscole: **PTV**.

L'utilizzo dell'acronimo in luogo della denominazione per esteso ha inteso permettere il riconoscimento della struttura da parte dell'utenza in modo semplice e diretto, secondo canoni propri della comunicazione aziendale.

La sede legale è in Roma, Viale Oxford 81, 00133 Roma, C.F. 97503840585, partita IVA 10110821005.

Il logo aziendale rimane confermato in quello già in uso dall'Azienda Policlinico e di seguito raffigurato:



Il logo raffigura un uomo inginocchiato nell'azione di piantare nella terra una pianta di alloro: i colori prescelti sono quelli del verde scuro e del verde chiaro.

Il logo ha inteso racchiudere in forma di icona le stesse ragioni d'essere della struttura. L'uomo è metafora del progetto del PTV: cura, rispetto e impegno al servizio esclusivo della persona. L'alloro, paradigma del sapere universitario, richiama nelle culture mediterranee la salute e la difesa delle leggi.

Attraverso l'uso del logo, negli strumenti di comunicazione interna ed esterna della Fondazione, si consolidano e riaffermano quotidianamente la cultura e i valori comuni che sono alla base del progetto di un nuovo modello di ospedale: un ospedale umano, aperto e sicuro.

Nella documentazione a valenza esterna, oltre al logo del PTV, sono altresì utilizzati quello della Regione Lazio e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Il sito internet aziendale, a mezzo del quale si fornisce uno strumento informativo all'utenza e si assolvono, altresì, gli obblighi di pubblicità degli atti, provvedimenti, documenti e dati, nel rispetto delle vigenti norme in tema di trasparenza e anticorruzione, è il seguente: [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it).

Il PTV si colloca all'interno di un quadro normativo di riferimento finalizzato a promuovere e disciplinare *l'integrazione delle attività di didattica e di ricerca con quelle assistenziali*, che è rappresentato, prioritariamente, dal D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., norma che trova conferma, concretezza e strumenti attuativi nei Protocolli d'intesa Regione-Università e, in particolare, in quello, da ultimo, sottoscritto tra Regione Lazio e Università di Tor Vergata in data 24 novembre 2017.

È necessario rappresentare inoltre che il Protocollo d'intesa sottoscritto in data 24.11.2017 prevedeva l'estinzione entro il 31 dicembre 2017 degli enti pre-esistenti, l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Fondazione PTV, previa costituzione della Fondazione PTV di Diritto Pubblico strumentale alla richiesta di qualificazione dell'ente quale IRCCS. La Regione e l'Università nell'art. 25 del citato Protocollo di intesa hanno definito le modalità di subentro della Fondazione PTV di Diritto Pubblico nei rapporti giuridici facenti capo alla AOU e alla Fondazione di Diritto Privato.

In data 31 maggio 2022 è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma Tor Vergata in ossequio a quanto disposto dall' art. 1 del D.lgs. n° 519 del 1999.

Nelle more della definizione di tutti gli atti conseguenti alla sottoscrizione del suddetto protocollo che porteranno alla formale attivazione dell'Azienda ospedaliera universitaria già istituita con legge regionale n° 1 del 27 febbraio 2020, la Fondazione prosegue le proprie attività secondo l'organizzazione e l'articolazione sopra descritta.

La piena integrazione tra attività didattiche, di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle assistenziali si realizza, infatti, ai sensi e per gli effetti della richiamata normativa, nel complesso ospedaliero del PTV che, nella considerazione dell'intero percorso evolutivo del proprio modello organizzativo-gestionale, viene individuato quale *Azienda di riferimento dell'Università e della Regione* nell'ambito del Protocollo d'intesa – all'art. 2.

Sempre il Protocollo d'intesa – all'art.3 – disciplina, in particolare, le modalità di collaborazione tra l'Università e la Regione per lo svolgimento delle *attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza* nell'interesse congiunto finalizzato alla tutela della salute della collettività, alla migliore formazione e allo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria.

Regione e Università - a mezzo dell'adozione di provvedimenti condivisi- promuovono, altresì, in attuazione dell'art. 5 del Protocollo d'intesa, la stretta interdipendenza e la sinergia fra *l'assistenza, la didattica e la ricerca*, con l'obiettivo condiviso di concorrere alla funzione di miglioramento del servizio pubblico con particolare riguardo alla tutela della salute sia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che con riferimento all'attività *extra* ospedaliera, obiettivi ai quali l'Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

L'inscindibilità delle descritte tre funzioni istituzionali - sancita nel contesto normativo e regolamentare ed altresì acclarata in sede giurisprudenziale - conferisce al PTV, nella sua configurazione di Policlinico universitario, una peculiare qualificazione che lo caratterizza ed identifica prioritariamente quale:

- *Ospedale di alta specializzazione*
- *Ospedale d'insegnamento*
- *Ospedale di ricerca*

Tale asset deve essere considerato anche ai fini della mappatura del contesto esterno in cui il Policlinico esercita la propria attività, non limitata pertanto al territorio provinciale ma esteso a una platea nazionale (Allegato 01- Contesto esterno).

Allo stato, per quanto riguarda il contesto interno, gli *assetti "istituzionali"*, gli *"organ"* della Fondazione di diritto privato "PTV", sono costituiti da:

- il *Presidente della Fondazione* (articolo 3 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 16 del vigente Statuto;
- il *Vicepresidente della Fondazione* (articolo 4 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 16 *bis* del vigente Statuto;
- il *Consiglio di amministrazione* (articolo 5 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 17 del vigente Statuto;
- il *Direttore generale* (articolo 6 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 18 del vigente statuto, a cui afferiscono, altresì, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera

Universitaria PTV con riguardo al personale ivi afferente (articolo 7 dell'Atto aziendale) ai sensi del combinato disposto dell'articolo 24, comma 4, del vigente Statuto e degli articoli 6, comma 1, e 26, comma 2, del Protocollo d'intesa; il Direttore generale è coadiuvato dalla Direzione amministrativa e dalla Direzione sanitaria che, unitamente alle strutture/funzioni di staff della stessa Direzione generale, costituiscono complessivamente la Direzione aziendale, individuata altresì, agli effetti del presente Piano, quale “*area di governo/direzione aziendale* (“DAZ”)” (cfr. paragrafo 3.3.). Con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00167 del 1° luglio 2019 nonché con deliberazione del Consiglio di amministrazione assunta in data 1° luglio 2019, è stato nominato il Commissario straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e dell'Azienda ospedaliera universitaria PTV Policlinico Tor Vergata;

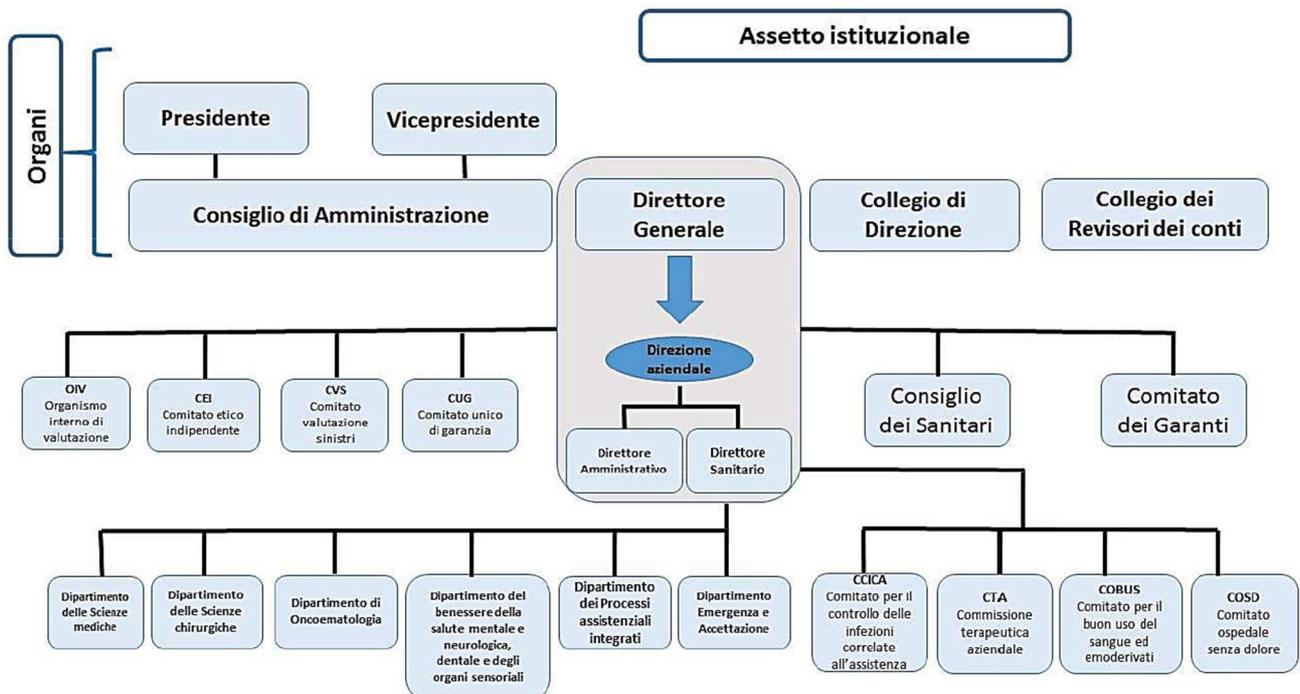
- il *Collegio dei revisori dei conti* (articolo 8 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 19 del vigente Statuto;
- il *Collegio di direzione* (articolo 9 dell'Atto aziendale), non previsto dal vigente Statuto ma già attivato ai sensi dell'articolo 23 dell'Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV del 1° agosto 2008, e qualificato come “*organo*” in base al successivo D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 189/2012, ferme restando le attuali competenze generali ascritte all'*Assemblea dei soci fondatori*, Regione Lazio e Università degli Studi di Roma Tor Vergata (articolo 2 dell'Atto aziendale), già prevista dall'articolo 10 del vigente Statuto.

Con riguardo agli *assetti “organizzativi”*, vale a dire le strutture deputate allo svolgimento delle attività produttive in campo assistenziale, in integrazione con le funzioni didattico-scientifiche ascritte alla Università, gli stessi assetti fanno capo ai Dipartimenti ad attività integrata (DAI) nel cui ambito sono articolate le ulteriori strutture/funzioni assistenziali rappresentate dalla Unità Organizzativa Complessa (UOC) - al cui interno possono essere ricomprese Unità operative semplici (UOS) - dalle Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) nonché dagli incarichi professionali, tra i quali, specificamente riportati nell'organigramma allegato all'Atto aziendale, gli incarichi di Unit.

Tali *assetti organizzativi*, che assumono valenza stabile, sia in termini di previsione che in termini di conferimento del sottostante incarico soggettivo, costituiscono, agli effetti del presente Piano, l'“*area della produzione*” (“APr”), articolata, appunto, nei Dipartimenti ad attività integrata (“DAI”) e relative strutture/funzioni afferenti (AF/UOC/UOSD/UOS/Unit). (paragrafo 3.3 qui di

seguito si riporta il prospetto relativo all'assetto istituzionale, unitamente alla matrice sintetica descrittiva della

Direzione aziendale di cui all' "area di governo/direzione aziendale ("DAZ")" e dell'"area della produzione" ("APr").



La Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda ASL Roma2, in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma - Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL Roma2 e i distretti H1 e H3 della ASL Roma6, mentre la struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone.

Le linee di sviluppo del "PTV" debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un'offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento in particolare della ASL Roma2, della ASL Roma5 e ASL Roma6.

Al PTV sono stati riconosciuti, con Determinazione n. 869 del 07 dicembre 2023 n. 869 “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015” n. 671 posti letto complessivi tra ordinari e day hospital. Al momento sono attivi 505 posti letto compresi i posti letto di day hospital.

Con la medesima DGR, il PTV è stato classificato, all’interno della rete dell’emergenza regionale, DEA di II livello. Il PTV è DEA di riferimento per l’asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL di Frosinone, Roma 2 (ex RM/B e RM/C) e Roma 6.

In considerazione di quanto previsto nei DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 e da ultimo con il citato allegato tecnico “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015” sono state attribuite al PTV le funzioni di Hub per le alte specialità:

- ictus cerebrale: rete Ictus (con dotazione UTN di secondo livello).
- cardiologia e cardiocirurgia: rete emergenza cardiologica e cardiocirurgica (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica);
- medicina trasfusionale;
- terapia del dolore.

Sono inoltre presenti nel PTV le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete:

- trauma grave;
- malattie infettive.

Il PTV riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il trapianto di organi e tessuti. È presente al suo interno una U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti che, nell’anno 2021, ha eseguito 24 trapianti di fegato e 30 trapianti di rene totali.

L’attività trapiantologica è stata fortemente influenzata dall’emergenza pandemica che ha comportato la riconversione delle sale operatorie.

Nell’area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo. Nell’ambito della rete Rome Transplant Network (RTN), il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

## 1.2. I risultati raggiunti

### 1.2.1. Volumi e valori di produzione

La Fondazione opera per garantire il più alto livello di soddisfazione della domanda di salute - *intesa come espressione del benessere psicofisico e sociale* - secondo gli obiettivi determinati dalla programmazione regionale, dagli accordi tra la Regione Lazio e l'Università, nonché dai propri atti di programmazione a valenza pluriennale e annuale, coerentemente con gli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione e, in sintesi, attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- la proposta di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di “modelli aperti”, quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del moderno concetto della “*presa in carico*” e della “*continuità delle cure*”, che corrisponde all'attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “*high care*”, “*low care*” e “*catena della cronicità*”;
- la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull'evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana, a favore della *sicurezza del paziente* e di una *riduzione del rischio clinico*;
- l'assunzione dell'impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l'attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto del vincolo di bilancio annuale teso al conseguimento dell'equilibrio di costi e ricavi, secondo quanto previsto dall'art. 17 del Protocollo d'intesa Regione-Università;
- la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell'implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al PTV quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;
  - nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;
  - nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse.

Nelle successive sotto sezioni sono descritti gli elementi più significativi relativi alle attività sanitarie svolte nell'esercizio 2023 anche in confronto del risultato ottenuto nel 2022.

A tal fine è necessario considerare che i valori indicati per l'anno 2023 rappresentano la proiezione dei dati effettivamente registrati al 30 novembre 2023 pertanto saranno oggetto di successivo aggiornamento.

### 1.2.2. Ricovero ordinario

Nel corso dell'anno 2023 si è registrato un progressivo aumento del numero dei dimessi di circa il 10% rispetto al 2022 e un aumento dei ricavi di circa +2%.

DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		DIF	RICAVI		DIF
	2022	2023 (*)	%	2022	2023 (*)	%
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.306	2.521	9%	€ 12.656.799	€ 13.190.893,09	4%
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	2.063	2.345	14%	€ 12.931.965	€ 13.090.191,00	1%
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	988	976	-1%	€ 9.385.888	€ 9.133.782,16	-3%
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	553	552	0%	€ 3.544.074	€ 2.984.484,60	-16%
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	3.880	4.234	9%	€ 26.971.461	€ 27.210.574,53	1%
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	4.661	5.245	13%	€ 27.676.972	€ 29.487.345,00	7%
<b>TOTALE</b>	<b>14.451</b>	<b>15.874</b>	<b>10%</b>	<b>€ 93.167.162</b>	<b>€ 95.097.270</b>	<b>2%</b>

(\*) Dati Gennaio-Novembre con proiezione a Dicembre escluso il 13° mese

### 1.2.3. Complessità media della casistica per Dipartimento ed Unità

Il peso medio registrato nel corso del 2023 è leggermente inferiore rispetto al 2022, ciò dipende dall' incremento di attività nelle discipline mediche rispetto a quelle chirurgiche.

DIPARTIMENTO	PESO MEDIO DRG 2022	PESO MEDIO DRG 2023 (*)	DIFF
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	1,57	1,57	-0,01
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	1,59	1,53	-0,06
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	1,63	1,61	-0,02
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	2,56	2,56	0,00
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	2,01	1,87	-0,14
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1,75	1,62	-0,13

DIPARTIMENTO	UNITA'	PESO MEDIO DRG ORD 2022	PESO MEDIO DRG ORD 2023 (*)	DELTA PESO MEDIO DRG ORD
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	U.O.C. Malattie Infettive	1,56	1,54	-0,02
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	1,77	1,70	-0,07
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	U.O.C. Neurochirurgia	2,40	2,27	-0,13
	U.O.C. Neurologia	1,09	1,03	-0,05
	U.O.S. SPDC	0,75	0,76	0,01
	U.O.S.D. Oculistica	0,79	0,82	0,03
	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	1,22	1,14	-0,09
	U.O.S.D. Stroke Unit	2,58	2,73	0,14
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	1,29	1,47	0,17
	U.O.C. Cardiologia	2,01	1,44	-0,57
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	1,68	2,01	0,32
	U.O.C. Gastroenterologia	1,35	1,52	0,17
	U.O.C. Epatologia e Nutrizione clinica	1,57	1,41	-0,16
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	1,38	1,23	-0,15
	U.O.C. Medicina Interna - Centro per l' Ipertensione	1,32	1,02	-0,31
	U.O.C. Reumatologia	1,26	1,19	-0,08
	U.O.S. UTIC	2,26	4,12	1,85
	U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	1,34	1,33	-0,01
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	Unità Geriatria		1,40	
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	9,43	8,05	-1,37
	U.O.S.D. Oncologia	1,40	1,30	-0,10
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	1,89	1,90	0,01
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	3,74	3,62	-0,12
	U.O.C. Cardiocirurgia	4,65	4,53	-0,12
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti	2,82	2,16	-0,67
	U.O.C. Chirurgia Toracica	1,89	1,87	-0,02
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	1,80	1,87	0,07
	U.O.C. Ginecologia	1,14	1,07	-0,07
	U.O.C. Ortopedia	1,53	1,53	0,00
	U.O.S.D. Breast Unit	1,02	1,05	0,04
	U.O.S.D. Cardio Toraco Vascolare Anestesia	7,26	7,21	-0,05
	U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	1,55	1,60	0,05
	U.O.S.D. Terapia intensiva post operatoria	5,52	6,44	0,91
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	U.O.S.D. Urologia	0,95	1,03	0,08
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	1,43	1,42	-0,01
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	1,66	1,65	-0,01
	U.O.S.D. Chirurgia d' Urgenza	1,83	1,81	-0,03
	U.O.S.D. Maxillo Facciale	1,26	1,20	-0,06
	U.O.S.D. OBI e Medicina d' urgenza	1,46	1,25	-0,21
	U.O.S.D. Terapia Intensiva DEA	4,27	3,10	-1,17

### 1.2.4. Ricoveri ordinari per tipologia di invio

Il numero dei ricoveri è leggermente aumentato soprattutto in relazione alle attività in elezione.

TIPO DI PROVENIENZA	2022		2023 (*)	
P.S. PTV	8.596	59%	9.130	58%
ELEZIONE	5.533	38%	6.466	41%
DA P.S. DI ALTRO ISTITUTO	55	0%	49	0%
TRASFERIMENTO DA ALTRO ISTITUTO	267	2%	229	1%
<b>TOTALE</b>	<b>14.451</b>		<b>15.874</b>	

(\*) Dati Gennaio-Novembre con proiezione a Dicembre escluso il 13° mese

### 1.2.5. Day Hospital

Con riferimento alle attività di Day Hospital al momento della redazione del presente documento, per l'anno 2023, sono disponibili esclusivamente i dati dei pazienti dimessi fino a novembre. Ciò non consente il confronto con i dati dell'anno 2022 in considerazione del fatto che, di norma, le Cartelle cliniche riferite ai Day Hospital, soprattutto di area medica, sono "chiuse" nell'ultimo mese dell'anno.

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023 (**)
N° RICOVERI	5.188	6.060	7.283	6.082
RICAVI	€ 5.984.989	€ 6.660.970	€ 6.644.366	€ 4.577.068

DIPARTIMENTO	N° RICOVERI		RICAVI		VARIAZ %	
	2022	2023 (**)	2022	2023 (**)	RICOV	RICAV
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	363	507	325.997	€ 412.410	40%	27%
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.579	2.319	1.955.973	€ 1.451.667	-10%	-26%
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	1360	862	603.294	€ 375.642	-37%	-38%
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	1410	850	3.225.405	€ 751.820	-40%	-77%
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	1.155	1.109	1.139.121	€ 1.219.885	-4%	7%
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	416	434	342.201	€ 365.644	4%	7%
<b>TOTALE</b>	<b>7.283</b>	<b>6.082</b>	<b>7.591.992</b>	<b>€ 4.577.068</b>	<b>-16%</b>	<b>-40%</b>

(\*\*) Dati Gennaio-Novembre con proiezione a Dicembre. Si ricorda che la maggior parte delle Cartelle di DH vengono chiuse e quindi valorizzate nel mese di Dicembre

### 1.2.6. Attività ambulatoriali

Durante il 2023 le attività ambulatoriali sono tornate a pieno regime. Confrontando prestazioni e ricavi del 2022 rispetto al 2023 si evidenziano chiaramente i buoni risultati raggiunti. La numerosità delle prestazioni risulta incrementata complessivamente del 17%, mentre i ricavi sono cresciuti dell'11%. La crescita dei ricavi risulta meno che proporzionale ai volumi in quanto, nel corso del 2023 sono state recuperate anche quelle prestazioni non urgenti e non complesse che erano state momentaneamente rimandate durante i periodi covid.

ATTIVITA' AMBULATORIALI		
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI
2020	1.123.842	€ 27.038.165
2021	1.434.765	€ 35.029.890
2022	1.873.688	€ 43.190.285
2023 (*)	2.197.070	€ 48.071.916

N° PRESTAZIONI EROGATE			
AREA DI ATTIVITA'	2022	2023 (*)	Variazione
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	201.124	205.317	2%
AREA MEDICINA DI LABORATORIO	1.262.170	1.471.397	17%
AREA POLIAMBULATORIALE	410.394	520.357	27%
<b>TOTALE</b>	<b>1.873.688</b>	<b>2.197.071</b>	<b>17%</b>

RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
AREA DI ATTIVITA'	2022	2023 (*)	Variazione
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 19.914.311,00	€ 18.949.856,21	-5%
AREA MEDICINA DI LABORATORIO	€ 11.351.238,00	€ 10.211.916,12	-10%
AREA POLIAMBULATORIALE	€ 11.924.736,98	€ 18.910.144,65	59%
<b>TOTALE</b>	<b>€ 43.190.285,98</b>	<b>€ 48.071.916,98</b>	<b>11%</b>

(\*) Dati Gennaio-Novembre con proiezione a Dicembre escluso il 13° mese

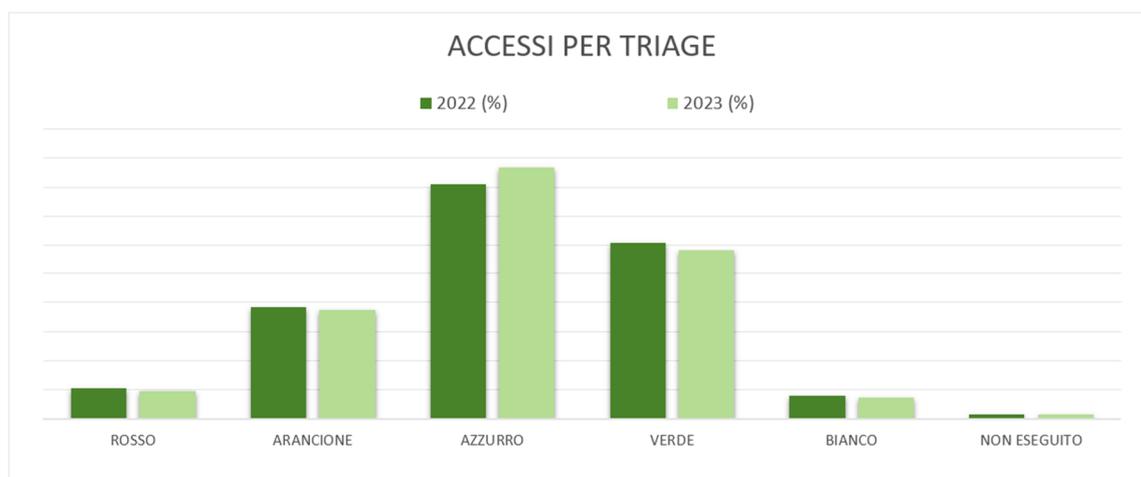
### 1.2.7. Attività dell'emergenza

I dati riferibili all'anno 2023 evidenziano un leggero aumento del numero degli accessi al Pronto soccorso rispetto all'anno 2022. In proporzione rimangono percentualmente stabili i casi complessi (accessi con codice rosso e arancione sono il 24% del totale).

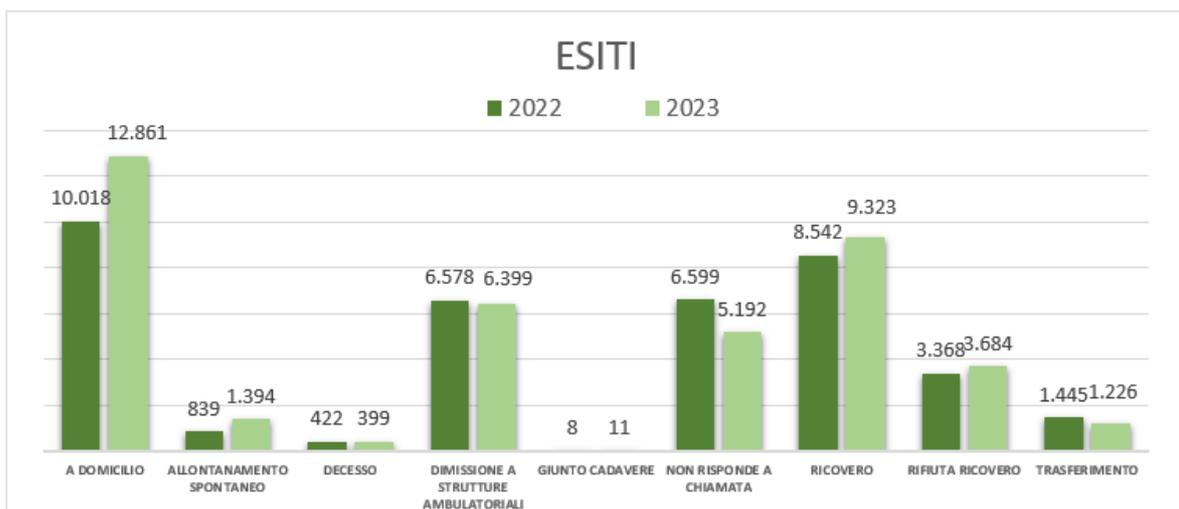
PRONTO SOCCORSO GENERALE					
TRIAGE	ACCESSI 2022	ACCESSI 2023 (*)	2022 (%)	2023 (%)	VARIANZA %
ROSSO	1.963	1.926	5%	5%	-2%
ARANCIONE	7.228	7.618	19%	19%	5%
AZZURRO	15.309	17.808	40%	44%	16%
VERDE	11.524	11.484	30%	28%	0%
BIANCO	1.521	1.429	4%	4%	-6%
NON ESEGUITO	274	240	1%	1%	-12%
<b>TOTALE</b>	<b>37.819</b>	<b>40.505</b>			<b>7%</b>

(\*) Dati Gennaio-Dicembre escluso il 13° mese

Di seguito viene data rappresentazione dei suddetti trend.



Di seguito viene data rappresentazione grafica degli esiti degli accessi di PS relativamente all'esercizio 2022 e 2023. Si evidenzia che nel corso dell'anno 2023 è notevolmente cresciuto, a fronte della stessa percentuale di casi severi (codice rosso e arancione), il numero dei pazienti dimessi "a domicilio" (circa 2800 casi in più). Tale dato dimostra una maggiore appropriatezza nel trattamento dei pazienti.



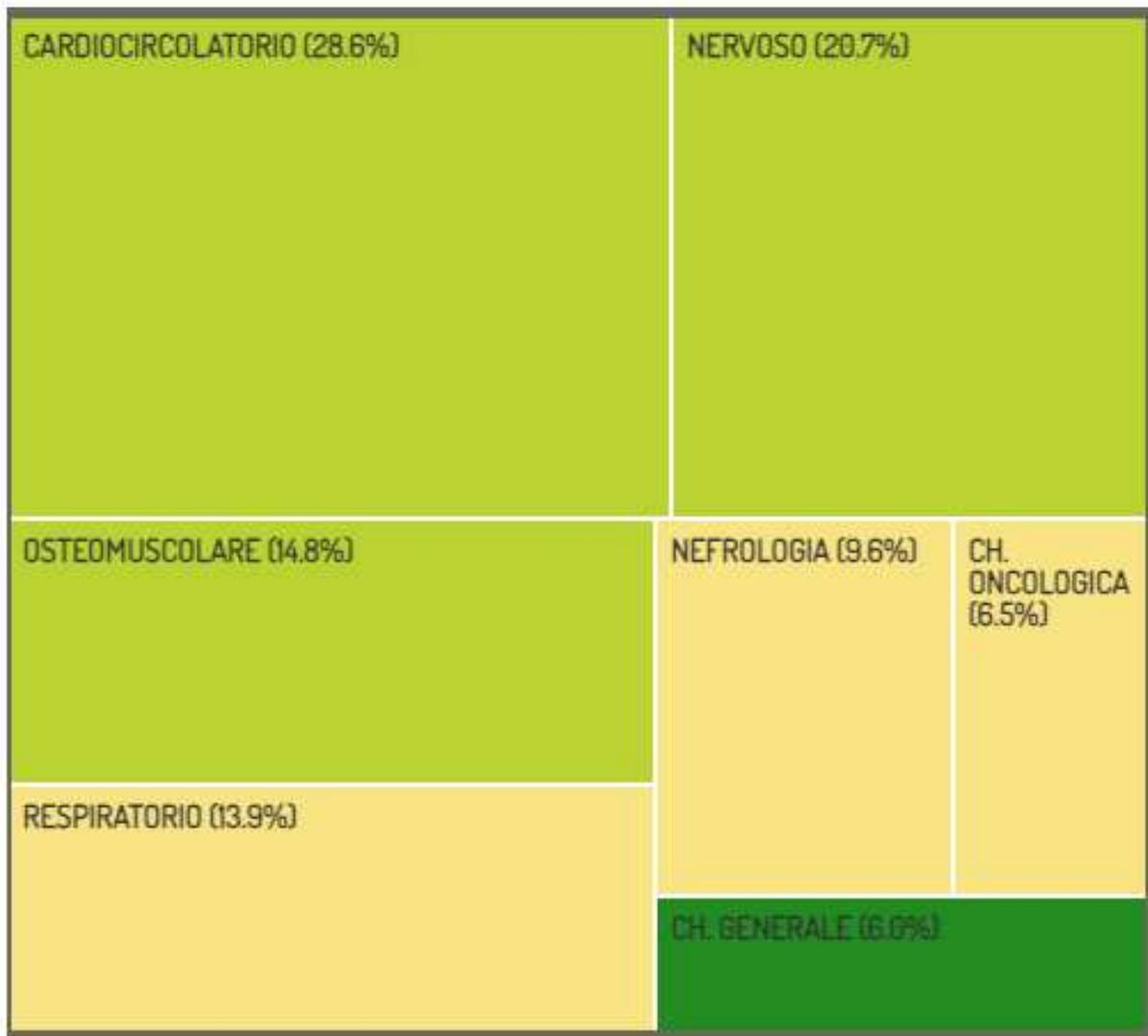
(\*) Dati Gennaio-Dicembre escluso il 13° mese

Il Pronto Soccorso odontoiatrico, riattivato dopo la momentanea sospensione durante le fasi della pandemia, continua il suo trend positivo, aumentando ulteriormente gli accessi di circa il 15% rispetto al 2022 per un numero pari a 2.079 accessi.

PRONTO SOCCORSO ODONTOIATRICO					
TRIAGE	ACCESSI 2022	ACCESSI 2023 (*)	2022 (%)	2023 (%)	VARIANZA %
ROSSO	/	/	/	/	/
GIALLO	/	/	/	/	/
ARANCIONE	/	/	/	/	/
AZZURRO	26	15	1%	1%	-42%
VERDE	1.687	1.979	93%	95%	17%
BIANCO	95	77	5%	4%	-19%
NON ESEGUITO	5	9	0%	0%	0%
<b>TOTALE</b>	<b>1.813</b>	<b>2.079</b>			<b>15%</b>

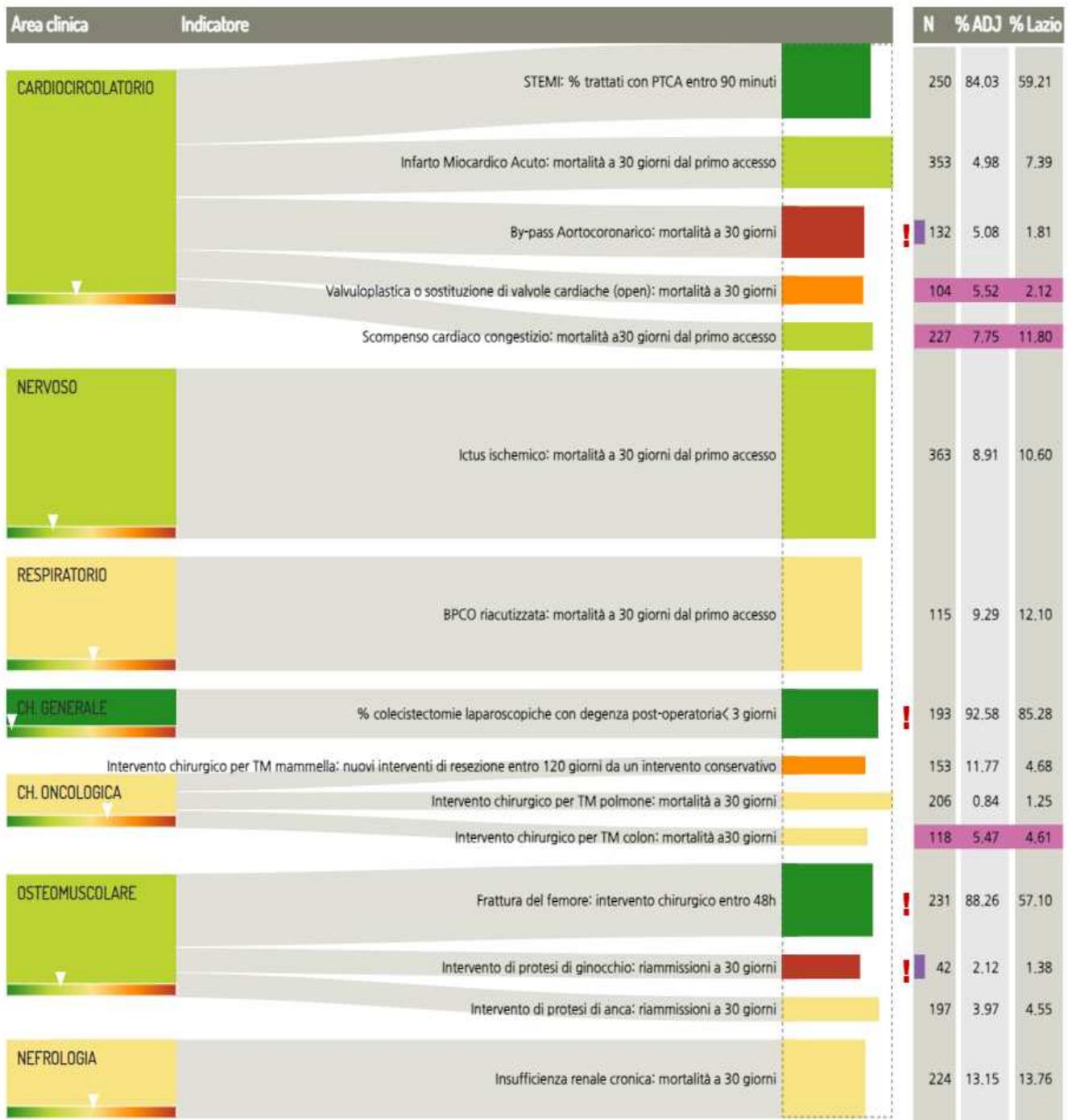
### 1.2.8. P.Re.Val.E.

Di seguito si dà evidenza del treemap elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio per l'anno 2022 (ultima analisi disponibile).



La rappresentazione conferma un generale buon livello di aderenza agli standard di qualità. Tutte le aree oggetto di analisi oscillano da un livello di aderenza agli standard Prevale “medio” (Nefrologia, Ch. Oncologica e area Respiratoria) ad un livello “molto alto” (area ch. Generale).

Di seguito il treemap di dettaglio:



### **1.2.9. I percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali**

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, meglio noti come PDTA, rappresentano una strategia innovativa e altamente efficace per garantire un'assistenza sanitaria completa e di alta qualità a pazienti affetti da patologie croniche e complesse, promuovendo la standardizzazione basata su evidenze scientifiche, l'integrazione delle cure e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti. I PDTA rappresentano un fondamentale strumento nell'ambito dell'assistenza sanitaria, progettati per affrontare le esigenze complesse e specifiche dei pazienti affetti da patologie croniche e/o complesse. Questi percorsi si caratterizzano per la loro multidisciplinarietà e per la complessità degli interventi clinici che coinvolgono.

I PDTA sono progettati come sistemi integrati di servizi e prestazioni erogati da équipe multidisciplinari che operano in diversi contesti organizzativi, sia ospedalieri che territoriali. L'obiettivo principale dei PDTA è quello di garantire ai pazienti affetti da patologie croniche non solo il corretto trattamento della loro malattia, ma anche il miglioramento del loro stato funzionale e la prevenzione delle ricadute. Il PDTA è il documento che delinea il percorso che una persona affetta da problemi di salute intraprende attraverso una o più organizzazioni sanitarie. Esso definisce la sequenza ottimale di azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi di salute individuati in anticipo. Una delle principali caratteristiche del PDTA è la sua capacità di superare i "compartimenti stagni" e di andare oltre il concetto di singole prestazioni, promuovendo una visione globale dell'assistenza.

Questo approccio globale all'assistenza presuppone che tutte le organizzazioni pubbliche e private ASL o Aziende Ospedaliere, Aziende ospedaliere Universitarie collaborino alla presa in cura del paziente condividendo percorsi ed expertise che si sviluppano secondo il bisogno assistenziale e il setting di cura più appropriato.

Partendo da queste indicazioni l'Azienda Ospedaliera Universitaria del Policlinico Tor Vergata nel 2021 ha inserito tra i suoi obiettivi strategici la realizzazione dei percorsi di presa in cura sia aziendali che in collaborazione con le Asl limitrofe allo scopo di garantire un'assistenza continua che assicuri una sequenza coerente di interventi clinici, spesso svolti in diversi contesti e luoghi di cura, dall'ospedale al territorio in collaborazione con i servizi sociali del Municipio VI di Tor Bella Monaca dove è inserito il Policlinico Tor Vergata.

L'approccio metodologico al fine di costruire un modello di presa in cura a prescindere dal sito di accesso deve contemplare una completa interoperabilità tra i setting assistenziali sia intra che interospedalieri con le strutture territoriali limitrofe. Questo approccio che tutela il paziente è stato

possibile realizzarlo con l'introduzione di un modello innovativo del case management (delibera N° 1120 del 26/09/2023) che organizza un sistema di presa in carico da parte del personale infermieristico. I case manager senior intercettano i pazienti che devono essere presi in carico nei diversi PDTA per poi essere indirizzati attraverso i case manager di setting (unità Operativa) alle unità operative secondo il bisogno assistenziale

La presa in carico del paziente avviene a prescindere dal luogo di accesso (pronto soccorso, ambulatorio, medico di medicina generale) e viene tutelata in tutto il percorso diagnostico e terapeutico garantendo che tutte le prestazioni di ricovero o ambulatoriali necessarie siano assicurate secondo i tempi stabiliti.

La realizzazione dei PDTA è scaturito dalla collaborazione di un grande gruppo di lavoro rappresentato dai medici delle unità operative, dai case manager, dal controllo di gestione, dai sistemi informativi, segreteria CUP.

Il PTV è un

- DEA di II Livello
- Ospedale con una grande componente Universitaria
- Eccellenze internazionali per molte discipline
- Centro di riferimento di malattie rare
- Centro di riferimento di patologie oncologiche ad alto impatto
- Partecipa a tutte le reti tempo dipendenti

Ma è anche Inserito in un territorio ad altissimo rischio per problemi sociali ed economici della popolazione e con un Pronto soccorso che non ha accessi limitati alle patologie per le quali il policlinico è riconosciuto, ma per tutte le patologie croniche che affliggono le persone più fragili che gravitano in un territorio altamente problematico dal punto di vista economico e sociale.

La programmazione dei PDTA è stata inserita in un processo di Project Management secondo quanto rappresentato nella figura successiva

# Project management



Tutte le dimensioni quali accesso alle cure, appropriatezza, innovazione e sostenibilità sono state valutate secondo i cardini della SWOT: opportunità, minacce, punti di forza, punti di debolezza.

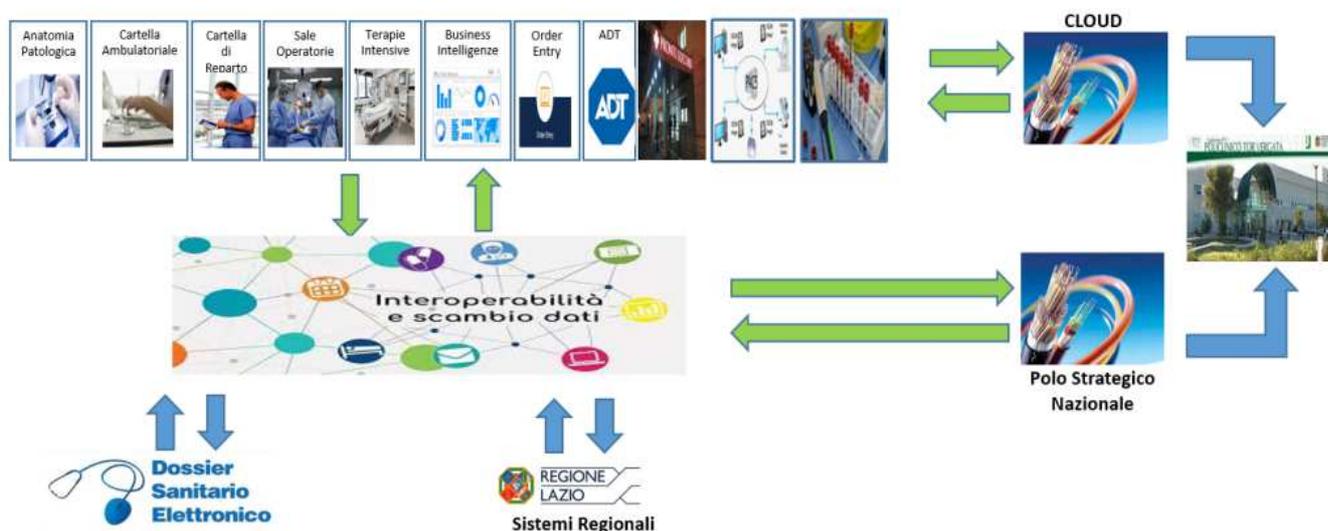
Gli strumenti utilizzati sono

- Unità di Valutazione multidimensionale interna che lavora con il suo gruppo di operatori su delega della ASL Roma 2
- Ambulatorio della cronicità gestito dal gruppo infermieristico
- Accordi QUADRO con le ASL vicine e il Municipio VI
- Realizzazione di spazi idonei e dignitosi e attenzione all'accoglienza.
- Coinvolgimento di tutto il personale amministrativo
- Coinvolgimento del controllo di gestione
- Individuazione di una COT e di un OSPEDALE DI COMUNITA' all'interno del PTV
- Ambulatorio presso il Pronto soccorso dei Codici 4 e 5

Modalità operative utilizzate sono:

- Valutazione del numero e tipologia delle prestazioni
- ottimizzazione delle agende di prenotazione secondo uno studio delle richieste
- incontri periodici con gli operatori sanitari per valutazione percorsi interni anche per i pazienti non presi in carico con PDTA
- creazione gruppi di lavoro sulle patologie a più alto impatto
- promozione attività di comunicazione con incontri sui PDTA
- inserimento come obiettivi di budget

Un altro strumento che ha determinato un cambio di passo in termini di facilitazione nella presa in carico è stata la digitalizzazione che ha permesso un processo di riorganizzazione e riprogettazione delle piattaforme in modo altamente integrate. Sono state adottate soluzioni applicative integrate ed interoperabili per consentire una fruizione ottimale e controllate delle informazioni attraverso sistemi centralizzati dei dati clinici dei pazienti dalla cartella ambulatoriale, di cartella di reparto, sistema di gestione sale operatorie, ADT, Order Entry, Sistema di Anatomia Patologia, Business Intelligence, Terapie intensive. È attualmente in corso un progetto con i responsabili della Privacy per attivare un dossier sanitario che, previo consenso del paziente, prevede l'accessibilità ai dati clinici da parte degli operatori che hanno in cura il paziente inserito in diversi PDTA secondo il bisogno assistenziale.



Partendo da questi strumenti e da queste modalità operative sono stati progressivamente siglati accordi con le Asl limitrofe per:

- condividere PDTA ospedale territorio
- mettere a disposizione slot di prestazioni necessarie al territoriorogate esclusivamente dal PTV
- supportare in sede di specialisti del PTV presso gli ambulatori delle ASL
- attivare di ambulatori per la fragilità presso la ASL Roma 2
- supportare nello screening di II livello per il colon retto presso la ASL Roma 5
- riapertura di un ambulatorio di diabetologia pediatrica con il supporto dell'Ospedale Bambin Gesù

Sino alla stesura del presente documento sono stati deliberati i seguenti PDTA Intraziendali

1. DDG 407 – 19.04.2022 Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) della Patologia Tiroidea
2. DDG 491 – 12.05.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) della Cataratta.
3. DDG 498 – 12.05.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) delle Malattie infiammatorie croniche immuno-mediate (IMIDs).
4. DDG 514 – 18.05.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) dell'incontinenza urinaria maschile post chirurgia e radioterapia.
5. DDG 593 – 06.06.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) del paziente con melanoma cutaneo.
6. DDG 955 – 16.09.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Carenza congenita di Alfa 1 Antitripsina (AAT).
7. DDG 956 – 16.09.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Fibrosi polmonare idiopatica (IPF).
8. DDG 1312 – 12.12.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle patologie valvolari.
9. DDG 1314 – 12.12.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della U.O.S.D. Breast Unit.
10. DDG 1310 – 12.12.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) PAZIENTE CON LESIONE POLMONARE.
11. DDG 1311 – 12.12.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO.
12. DDG 1444 – 28.12.2022 approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) PAZIENTE CANDIDATO AL TRAPIANTO DI RENE.
13. DDG 334 – 15.03.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della paziente affetta da carcinoma dell'endometrio
14. DDG 663 – 01.06.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia
15. DDG 694 – 07.06.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Fracture and Fragility Liaison Service.
16. DDG 699 – 12.06.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'assistenza ai pazienti 0-18 anni con diabete mellito di tipo 1

17. DDG 700 – 12.06.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente affetto da tumore alla vescica.

18. DDG 812 – 30.06.2023 approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) immunodeficienze primitive.

Per quanto riguarda la collaborazione con il territorio soprattutto con la ASL Roma 2 dove si inserisce il Policlinico al momento sono stati attivati 12 tavoli di lavoro di cui:

- 6 hanno definito un percorso di presa in carico condivisa, siano essi Percorsi Territorio/Ospedale (PTO) o PDTA;
- 3 hanno prodotto un documento condiviso (flow-chart sanitaria o documento completo) in attesa di ulteriori disposizioni da parte di Regione Lazio rispettivamente su TAVI, Diabete Mellito Pediatrico e Sclerosi Multipla;
- 1 percorso è tuttora aperto (PDTA Artriti).
- 2 percorsi sono in discussione per la condivisione di setting assistenziali (PDTA Mammella, PDTA Tumori Cutanei)

I 6 PDTA attualmente condivisi sono:

- PDTA per la Malattia di Parkinson (16/02/2022)
- Percorso Territorio-Ospedale per le Trasfusioni (16/02/2022)
- Percorso Territorio-Ospedale per la Radioterapia (18/02/2022)
- PDTA per il Glaucoma (10/05/2022)
- PDTA per il riconoscimento precoce dei bambini a rischio di disturbi del neurosviluppo e la gestione dei casi sintomatici complessi (fascia 0-5 anni) (16/06/2022)
- PDTA per l'anemia sideropenica (25/11/2022)
- Condivisione progetto Regionale Fondo per l'individuazione precoce dei pazienti affetti da demenze

La condivisione dei dati clinici attraverso l'utilizzo di una unica raccolta dati clinici su un sistema della Roma 2 e la condivisione delle agende CUP ambulatoriali aperte nei due sensi da e verso il PTV e da e verso ASL, ha permesso una presa in carico del paziente interconnessa con una migliore gestione delle patologie croniche e una maggiore efficacia nell'assistenza sanitaria.

Paziente

Cognome **PAGANELLI** Nome **CINZIA** Data di nascita **28/12/1975** Sesso **F** Età **45 anni** Telefono

Cartella **468822** Questo Operatore **PROVA PROVA** Data Apertura **14/12/2021** Ergogatore **PDTA PARKINSON NEUROLOGIA CDS [BVNE10]**

**Ambulatorio: PDTA PARKINSON NEUROLOGIA CDS [BVNE10]**

**Prestazioni da svolgere**

Appuntamento	Esami	Stato	Unità
21/12/2021 15:00	VISITA NEUROLOGICA	Acquisito	PDTA PARKINSON NEUROLOGIA CDS ...

**Terapia**

Famaco	Data	Fine	Medico	U.O.
NEUPRO® 4 MG/24 H 28 CEROTTI (GR 2020-3)	15/12/2021		PROVA PROVA	PDTA PARKINSON NEURO
TACHIPIRINA®500 MG 20 CPR (GRL 2017 / BIS LOTTO 381)	15/12/2021	20/12/2021	PROVA PROVA	PDTA PARKINSON NEURO
APROVEL® 150 MG 28 CPR (GR 2020 - 2)	15/12/2021		PROVA PROVA	PDTA PARKINSON NEURO

**Visite specialistiche**

Ergogatore	Data	Stato	Esami
PDTA PARKINSON NEUROLOGIA CDS [BVNE10]	14/12/2021 10:08	Referato	VISITA NEUROLOGICA
PDTA PARKINSON NEUROLOGIA PTV-CDS [BVNE01]	15/12/2021 12:54	Referato	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZI...
PDTA PARKINSON NEUROLOGIA CDS [BVNE10]	20/12/2021 14:00	Referato	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLL...

**Indagini diagnostiche**

Ergogatore	Data	Stato	Esami
	14/12/2021 11:02	Referato	TORACE (2 pr)
	16/12/2021 11:00	Referato	Eccardiogramma Trans Toracico
	23/06/2021 13:06	Referato	Folati
	19/06/2021 10:25	Referato	ESAME ENDOCRINOCITOMETRICO

**Problemi**

Problema	ICD	Apertura	Stato	Chiusura
Ustione da incidente domestico	943	14/10/2021	APERTO	17/12/2021

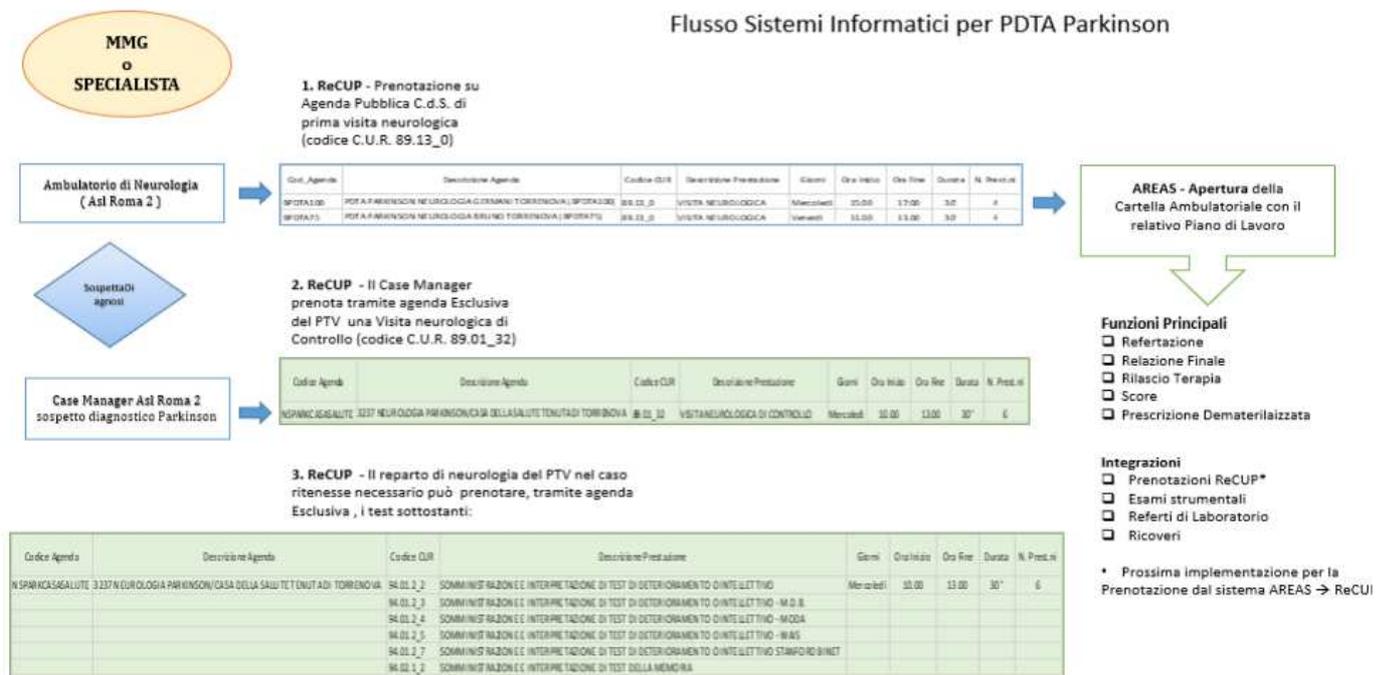
**Evidenze**

Evidenza	ICD	Data
Affetta da M. di Parkinson da svariati anni.	332	15/12/2021

Anamnesi | Esame Ob | Percorso PDTA | Impegnativa | Diagnosi | Par. Clinici | Terapia | Diario

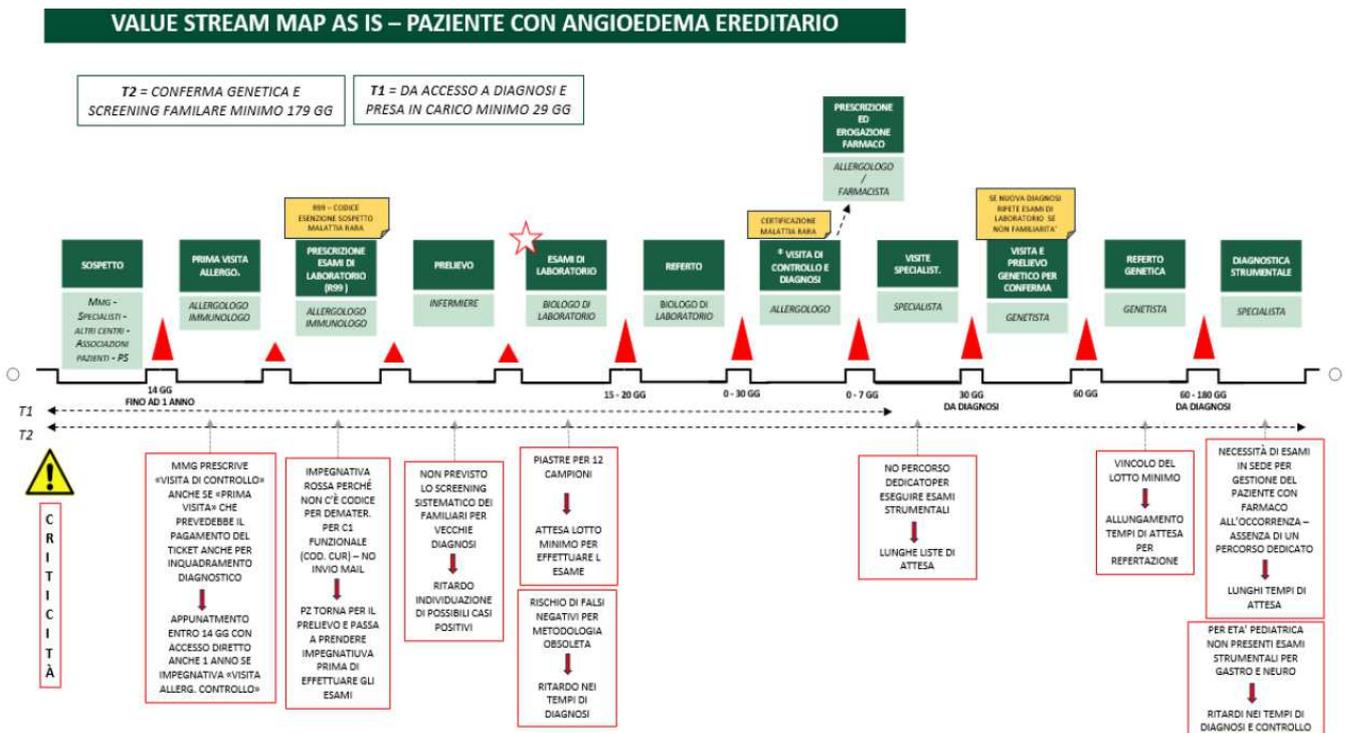
Allegati (1) | Moduli | Antefirma | Stampa | Chiudi Cart. | Esci

Condivisione dati clinici



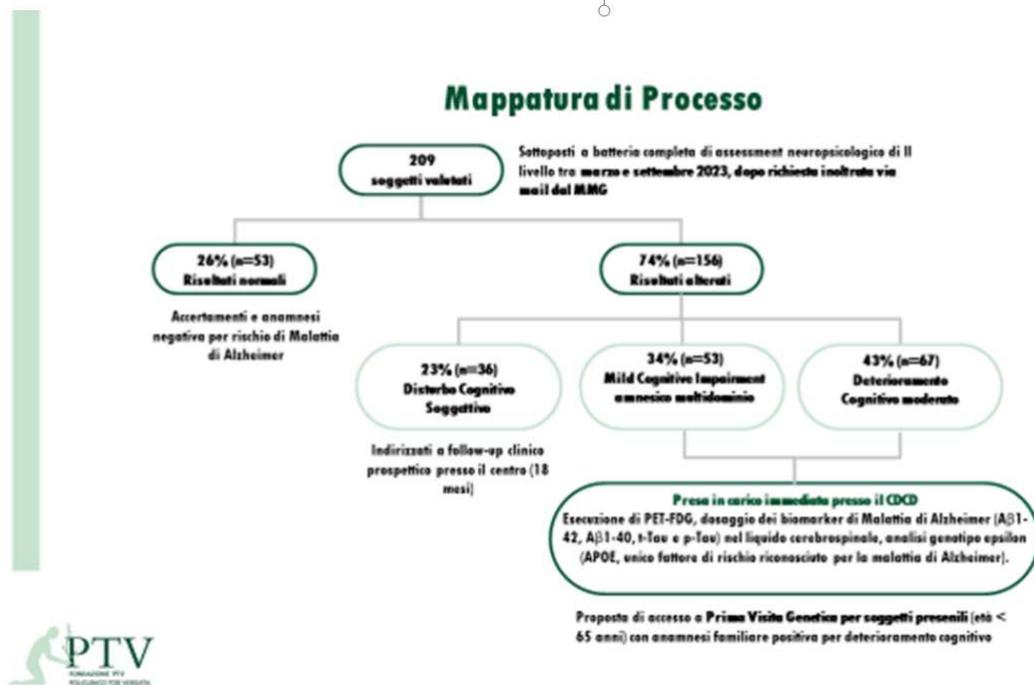
Condivisione agende PTV e Roma 2

Abbiamo iniziato to un lavoro di assessment dei PDTA deliberati utilizzando il metodo lean per valutare le criticità nelle dinamiche cliniche e organizzative e le possibili soluzioni da attuare. Questo è un esempio sul PDTA angioedema ereditario per il quale abbiamo avuto un riconoscimento al concorso LEAN.

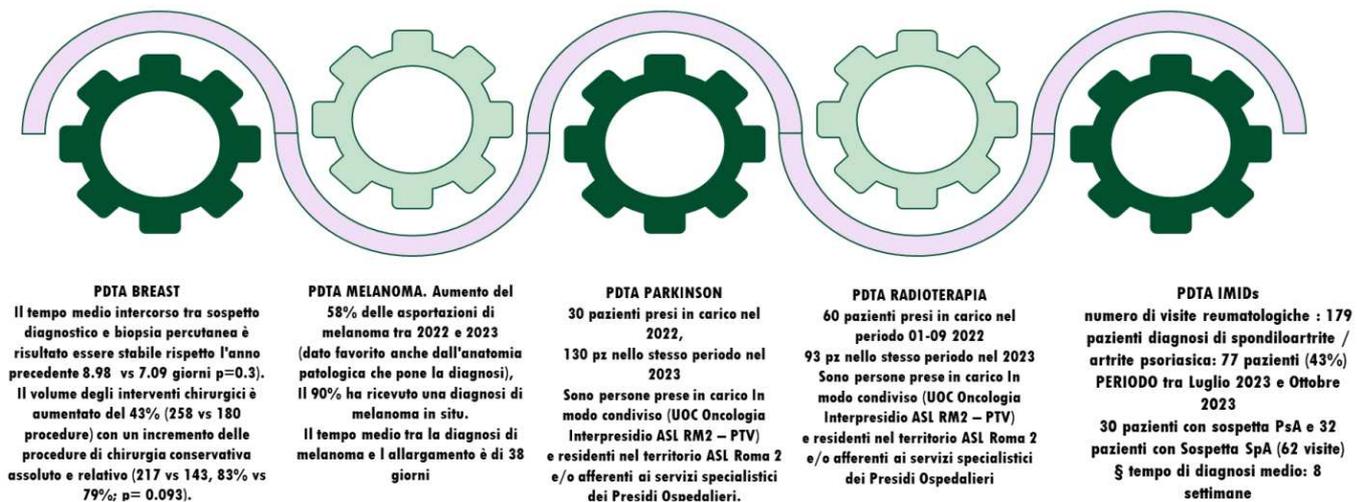


I risultati di questa attività sono rappresentati nelle figure seguenti

## PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da demenze



## Incremento del numero di prestazioni espresse in percentuale



La presa in carico integrata con i PDTA presenta ancora un problema sulla valutazione della qualità dell'assistenza erogata che può essere fatta solo attraverso la valutazione dei diversi flussi istituzionali e secondo le indicazioni del nuovo sistema di garanzia.

**Per la misura della qualità dell'Assistenza si sta sviluppando un cruscotto di Business Intelligence che parte dai:**

- ❑ **Flussi informativi** La fonte dei dati è costituita, principalmente, **archivi sanitari elettronici amministrativi** attivi in tutte le Regioni e Province autonome italiane e che alimentano i **flussi informativi nazionali** verso il Ministero della Salute.
- ❑ **Basi dati gestionali aziendali/regionali** La fonte dei dati può essere costituita anche dai sistemi gestionali aziendali/regionali (in base all'ambito di riferimento e alla composizione dei Sistemi Informativi).
- ❑ **Open Data** Importanti sono anche le fonti **Open Data nazionali**, come l'ISTAT, che mettono a disposizione un ricco patrimonio informativo

In sintesi, questi percorsi sono gestiti da un team multidisciplinare di professionisti della salute e mirano a raggiungere una serie di obiettivi chiave:

**Globalità.** I PDTA assicurano che ogni paziente riceva un approccio completo e personalizzato alla sua patologia. Ciò significa che vengono fornite tutte le cure necessarie per gestire efficacemente la specifica condizione di salute.

**Appropriatezza e qualità delle prestazioni.** Con l'applicazione rigorosa dei PDTA, le prestazioni sanitarie sono erogate con elevati standard di qualità e in modo appropriato alle esigenze individuali di ciascun paziente.

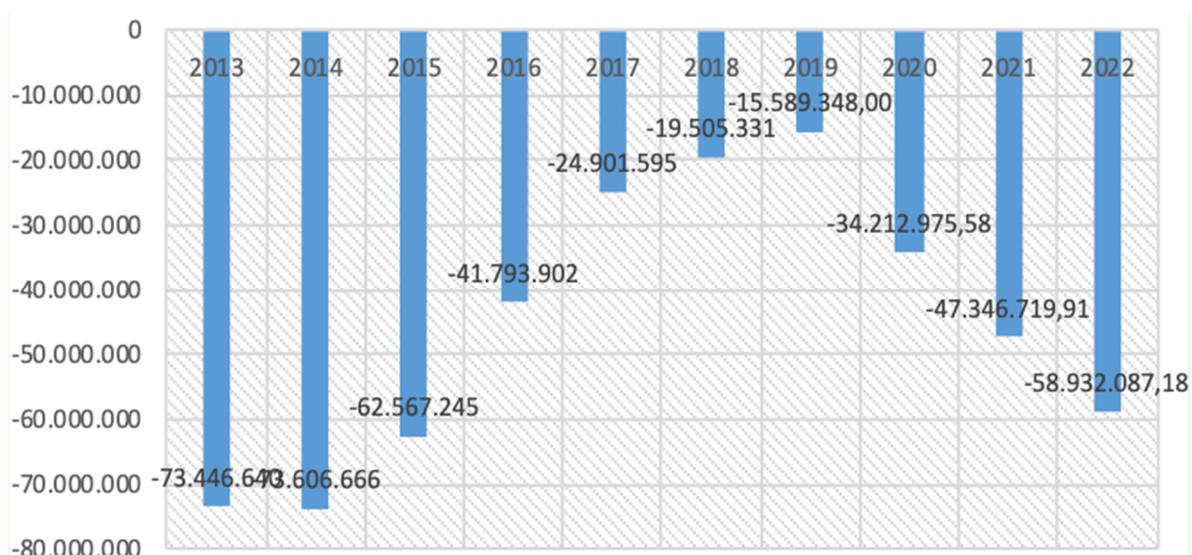
**Continuità delle cure.** I PDTA garantiscono una transizione continua tra i diversi setting assistenziali distribuiti tra ospedale e territorio.

**Riduzione della variabilità.** L'applicazione dei PDTA contribuisce a ridurre la variabilità nei trattamenti e promuove l'equità nell'accesso alle cure e migliora la coerenza degli interventi.

## 1.3. Gestione economico finanziaria dell'Azienda

### 1.3.1. Il risultato di Gestione dell'esercizio 2022

Il risultato di gestione per l'esercizio 2022 è pari a € - **58.932.087**.



Anche il risultato economico dell'esercizio 2022 è fortemente influenzato dal riavvio delle attività e dal trascinarsi degli effetti della pandemia sull'organizzazione, e soprattutto dall'incremento del costo dei vettori energetici e delle assunzioni di personale effettuate nel corso dell'anno.

Va segnalato un incremento della produzione di circa 16 milioni e una riduzione della contribuzione di oltre 3 milioni che invece aveva fortemente sostenuto la gestione degli esercizi precedenti.

Si segnala un utilizzo di circa 6 milioni di contributi destinati alla copertura di investimenti non coperti dalle relative fonti di finanziamento. Questo utilizzo autorizzato dalla Regione in sede di concordamento ha permesso al PTV di effettuare una serie di interventi improcrastinabili ed urgenti a livello impiantistico e relativamente all'acquisto di piccole attrezzature ormai vetuste e non riparabili ma essenziali per le attività sanitarie.

A fronte della maggior produzione realizzata si registrano maggiori costi per oltre 15 milioni per beni, servizi e personale. Come già rappresentato dei 15 milioni di incremento oltre 9 milioni sono relativi all'incremento dei vettori energetici.

Di seguito si rappresenta un'analisi del risultato economico raggiunto analizzando le diverse componenti che hanno contribuito al suo raggiungimento, anche mediante un confronto tra i valori economici dei bilanci consuntivi 2021 e 2022.

CODICE MIN	VOCE	2022	2021	2022-2021	Diff(%)
<b>A)</b>	<b>Valore della produzione</b>				
A.1)	Contributi in c/esercizio	52.124.788,18	56.041.543,51	-3.916.755,33	-7%
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.845.550,92	-280.889,86	-5.564.661,06	1.981%
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	14.709,36	2.772.538,71	-2.757.829,35	-99%
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	213.797.965,40	197.005.932,92	16.792.032,48	9%
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	3.026.923,91	3.140.729,19	-113.805,28	-4%
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.166.776,63	2.299.243,21	867.533,42	38%
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.389.975,61	2.354.316,22	2.035.659,39	86%
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	
A.9)	Altri ricavi e proventi	1.646.575,09	1.900.998,63	-254.423,54	-13%
	<b>TOTALE A)</b>	<b>272.322.163,26</b>	<b>265.234.412,53</b>	<b>7.087.750,73</b>	<b>3%</b>
<b>B)</b>	<b>Costi della produzione</b>				
B.1)	Acquisti di beni	112.859.472,44	107.047.415,02	5.812.057,42	5%
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	47.119.603,31	48.818.279,22	-1.698.675,91	-3%
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	49.900.453,02	36.866.353,43	13.034.099,59	35%
B.4)	Manutenzione e riparazione	12.062.231,39	10.862.974,12	1.199.257,27	11%
B.5)	Godimento di beni di terzi	3.189.250,79	3.063.234,30	126.016,49	4%
B.6)	Costi del personale	87.295.898,91	78.299.349,67	8.996.549,24	11%
B.7)	Oneri diversi di gestione	2.365.253,35	1.861.993,06	503.260,29	27%
B.8)	Ammortamenti	4.828.472,64	3.702.714,97	1.125.757,67	30%
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	611.473,84	0,00	611.473,84	
B.10)	Variazione delle rimanenze	617.343,80	3.392.194,15	-2.774.850,35	-82%
B.11)	Accantonamenti	5.717.477,99	9.257.139,73	-3.539.661,74	-38%
	<b>TOTALE B)</b>	<b>326.566.931,48</b>	<b>303.171.647,67</b>	<b>23.395.283,81</b>	<b>8%</b>
	<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>-54.244.768,22</b>	<b>-37.937.235,14</b>	<b>16.307.533,08</b>	<b>43%</b>
<b>C)</b>	<b>Proventi e oneri finanziari</b>				
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	53.271,78	0,93	53.270,85	5.728.048%
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	95.082,63	3.038.924,92	-2.943.842,29	-97%
	<b>TOTALE C)</b>	<b>-41.810,85</b>	<b>-3.038.923,99</b>	<b>2.997.113,14</b>	<b>-99%</b>
<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	
	<b>TOTALE D)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>E)</b>	<b>Proventi e oneri straordinari</b>				
E.1)	Proventi straordinari	4.124.912,23	661.799,00	3.463.113,23	523%
E.2)	Oneri straordinari	1.876.483,54	552.475,28	1.324.008,26	240%
	<b>TOTALE E)</b>	<b>2.248.428,69</b>	<b>109.323,72</b>	<b>2.139.104,97</b>	<b>1.957%</b>
	<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>-52.038.150,38</b>	<b>-40.866.835,41</b>	<b>11.171.314,97</b>	<b>27%</b>
<b>Y)</b>	<b>Imposte sul reddito dell'esercizio</b>				
Y.1)	IRAP	6.893.936,80	6.479.884,50	414.052,30	6%
Y.2)	IRES	0,00	0,00	0,00	
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	
	<b>Totale Y)</b>	<b>6.893.936,80</b>	<b>6.479.884,50</b>	<b>414.052,30</b>	<b>6%</b>
	<b>Utile (perdita) dell'esercizio</b>	<b>-58.932.087,18</b>	<b>-47.346.719,91</b>	<b>11.585.367,27</b>	<b>24%</b>

#### **1.4.La previsione economica per l'esercizio 2024.**

Il PTV, secondo le indicazioni regionali (nota prot. u.1401602.04-12-2023.ad oggetto "Linee guida per la redazione del Bilancio Economico Preventivo 2024"), ha elaborato la sua proposta economica per l'esercizio 2024 inviando la stessa ai competenti uffici regionali tramite l'applicazione SIGES.

In particolare, la previsione per l'anno 2024, è stata determinata sulla base dei valori tendenziali dell'esercizio 2023, con eccezioni di volta in volta specificate determinate da valutazioni circa la congruità del dato e tenendo conto della programmazione delle attività per il 2023.

Si precisa che la stima dei valori del Bilancio Preventivo dell'esercizio 2024 si è basata su una ipotesi di continuità delle attività aziendali, sia in termini di valore della produzione, sia in termini di costi.

La previsione è stata redatta secondo i documenti di programmazione regionale che interessano il PTV per l'esercizio 2024 che ha riconosciuto al PTV 605 posti letto ordinari e 66 day hospital, e ulteriori documenti di programmazione tra cui quello relativo alla riorganizzazione della rete cardiologica.

Si rappresenta inoltre che nel corso del 2024 – 2025 si realizzerà un adeguamento strutturale del DEA, con ampliamento degli attuali spazi e separazione del percorso del paziente infetto; verrà inoltre spostata la sala rossa nell'attuale Terapia intensiva DEA, mentre la Terapia intensiva DEA verrà collocata al I piano: dotazione personale anestesista ed infermieristico adeguato alle necessità di un DEA di II livello.

Di rilievo inoltre:

- Incremento della Urologia a 21 posti letto ordinari ed implementazione della chirurgia urologica mininvasiva robotica (1 UOSD con relativa dotazione di personale e apparecchiature)
- Progetto Trapianto di cuore

- UOSD chirurgia plastica e ricostruttiva e UOS maxillofacciale con 9 posti letto ordinari
- Apertura di n. 40 posti letto di Medicina generale per un totale di n. 100 posti letto
- Apertura di n. 20 posti letto ordinari di Geriatria
- Incremento di posti letto di UTN da 8 a n. 12
- Incremento dei posti letto di Pneumologia da 20 a 28 con apertura di n. 8 posti letto di terapia subintensiva respiratoria
- Attivazione di 5 posti letto di Epatologia e Nutrizione clinica
- Incremento dei posti letto di Oncologia da 10 a 12
- Incremento dei posti letto di Oculistica a n. 4
- Incremento dell'Ortopedia e Traumatologia fino a n. 34 posti letto ordinari
- Attivazione di n. 6 posti letto ordinari di Neuropsichiatria infantile
  - Attivazione di n. 20 posti letto di Riabilitazione
  - Attivazione di n. 20 posti letto di Lungodegenza

Si realizzerà inoltre lo spostamento dell'attività di preospedalizzazione in uno dei moduli ambulatoriali ad oggi utilizzati dalle Medicine e il piano di degenza verrà utilizzato in parte per l'area dell'emergenza ed in parte per la chirurgia robotica urologica.

La Regione Lazio ha convocato le Aziende regionali nelle giornate del 19 e 20 dicembre 2023 per discutere con le stesse le previsioni formulate e in esito agli incontri la Regione ha definito per gli aggregati gestionali oggetto della previsione stessa un limite massimo di compatibilità sulla quale è stata definita la previsione economica per l'esercizio 2024.

Il PTV con DDG n. 1510 del 29.12.2023 ha approvato la proposta di bilancio di previsione per l'esercizio 2024, approvata dal CDA nella seduta del 30.12.2023.

La Regione Lazio con DGR 991 del 29.12.2023 ad oggetto "Approvazione assestamento Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2023 e approvazione del Bilancio Economico

Preventivo (BEP) per l'esercizio 2024 degli Enti del S.S.R. rientranti nel perimetro di consolidamento, della GSA e del Consolidato S.S.R. ai sensi dell'art. 32, c. 5 del D.Lgs 118/2011" ha definito per gli aggregati gestionali economici la previsione per l'esercizio 2024 di seguito riportata:

<b>CE</b>	<b>CONTO ECONOMICO</b>	<b>Previsione 2024</b>
A1	Contributi F.S.R.	42.264.308
A2	Saldo Mobilità	235.288.669
A3	Entrate Proprie	12.977.726
A4	Saldo Intramoenia	451.363
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.400.000
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>288.582.066</b>
B1	Personale	107.916.043
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	92.000.000
B3	Altri Beni E Servizi	137.216.713
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	371.269
B5	Accantonamenti	6.136.318
B6	Variazione Rimanenze	-
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>343.640.343</b>
C1	Medicina Di Base	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	-
C3	Prestazioni Da Privato	12.524.236
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>12.524.236</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>356.164.578</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>-67.579.715</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	95.083
F3	Oneri Fiscali	8.874.938
F4	Saldo Gestione Straordinaria	
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>8.970.021</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>-76.552.534</b>

## **2. SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **2.1. Sottosezione programmazione – Valore pubblico**

La Fondazione è un luogo di cura che opera secondo le finalità pubbliche del Servizio Sanitario Regionale e che impiega le risorse disponibili nel modo più appropriato, efficiente ed efficace garantendo, al tempo stesso, un servizio di elevata qualità.

Rappresenta un riferimento per i cittadini, si ispira ai principi di innovazione, appropriatezza clinica e organizzativa, integrazione multidisciplinare, equità e trasparenza ed opera sinergicamente nell'ambito di svariate discipline mediche e chirurgiche.

Le leve strategiche presenti nel contesto aziendale mirano a diffondere nell'organizzazione principi generali e condotte comportamentali volti a:

- garantire la sicurezza, la riservatezza, la lealtà, la trasparenza e la qualità, mantenendo condotte integre, equilibrate e rispettose dell'individualità altrui ispirate a principi di etica professionale, onestà, correttezza e responsabilità verso tutti i portatori di interesse;
- sviluppare il senso di appartenenza ed il lavoro di squadra condividendo gli obiettivi e partecipando con professionalità e massima collaborazione alle iniziative aziendali volte al miglioramento dell'immagine;
- aumentare l'eccellenza di tutte le aree garantendo l'applicazione di procedure mirate allo svolgimento dell'attività con appropriatezza, professionalità, dinamismo, precisione, rapidità di decisione, immediata esecuzione;
- sostenere lo sviluppo di modelli di umanizzazione delle cure volti a garantire livelli elevati di soddisfazione degli utenti, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi;
- favorire procedure gestionali innovative e tecnologiche che consentano di coniugare l'eccellenza delle prestazioni ad un più razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strumentali e professionali.

Di seguito si rappresenta la mappa logica in base alla quale partendo dalla missione aziendale, sopra sintetizzata, vengono identificate le aree strategiche tenendo conto degli indirizzi nazionali e regionali e delle risorse disponibili.

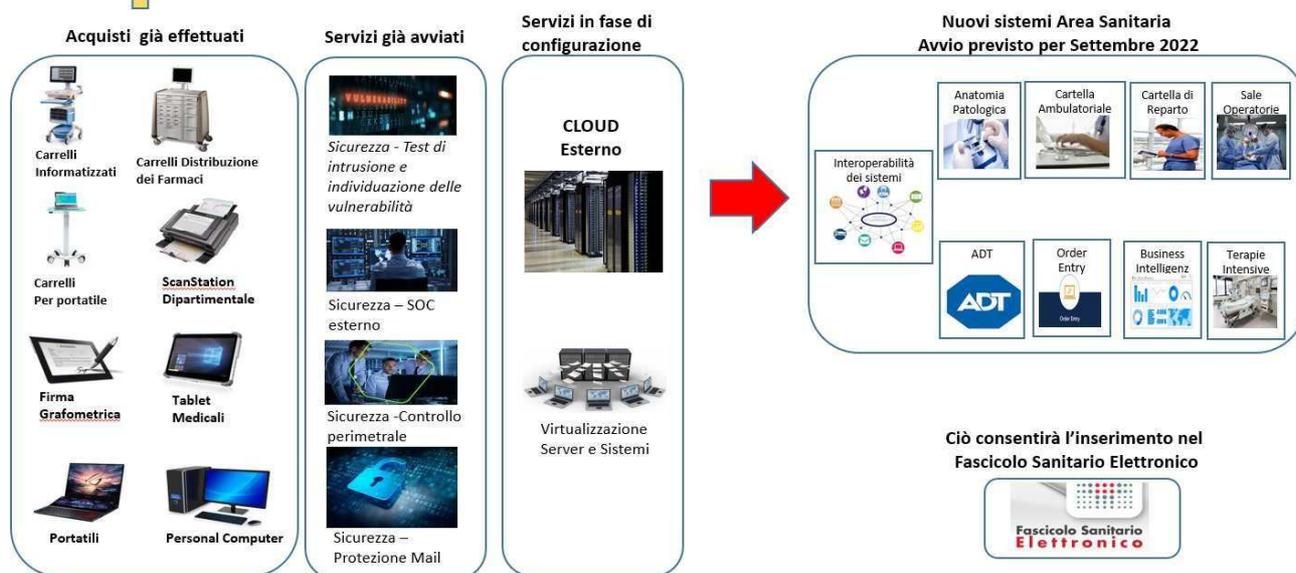
Si tratta fondamentalmente di almeno 4 aree che sono trasversali a più unità operative le cui azioni specifiche sono rappresentate nel successivo paragrafo 4:



La programmazione strategica si concretizza in un orizzonte temporale pluriennale e mira al conseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionali e nazionali.

Il punto di partenza, quindi, è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini.

In particolare la struttura di base prevede la definizione di obiettivi generali, obiettivi di salute e funzionamento dei servizi ed obiettivi specifici definiti come di seguito in base agli atti di programmazione regionale. Il risultato finale si presenta attraverso un articolato processo volto ad identificare il piano di azioni in funzione dei bisogni, delle risorse disponibili concretizzato tramite obiettivi specifici, all'attuazione di procedure volte a semplificare e reingegnerizzare il sistema anche mediante l'ausilio di appositi strumenti digitali.



In merito alla tematica della digitalizzazione del Policlinico Tor Vergata sono state effettuate, nel 2023, una serie di acquisti e attività mirati che hanno consentito di dotarsi di strumenti, hardware e software, necessari per un proficuo processo di evoluzione.

Di seguito in sintesi gli elementi principali con le note inerenti lo stato di avanzamento al 31.12.2023:

## 1. Hardware

- carrelli informatizzati per il giro visita (è previsto la consegna di 6 unità)
- carrelli per la distribuzione dei farmaci (è previsto la consegna di 9 unità)
- armadi di reparto informatizzati (è previsto la consegna di 11 unità)
- carrelli semplici di supporto postazioni di lavoro (acquistati 20 unità)
- postazioni di scannerizzazione dipartimentali (acquistati 25 unità)
- sistema di firma grafometrica e software (avviato ufficio RAO per il rilascio firme digitali)
- tablet e portatili e postazioni di lavoro (acquistati 80 portatili e 500 postazioni PC)

## 2. Sicurezza informatica

- SOC per il controllo dei sistemi (Attivo)
- Sistema di protezione della posta aziendale (Attivo)

### **3. Cloud**

- a. Utilizzo del Cloud di Telecom (Attivo)
- b. Virtualizzazione delle postazioni di lavoro (In fase di valutazione e test)

### **4. Piattaforme software**

- a. ADT per la gestione dei ricoveri (Attivo)
- b. Order Entry per la gestione delle richieste e flussi (Attivo)
- c. Sistema di Anatomia Patologica (Attivo)
- d. Sistema di Cartella di Reparto (In fase di sperimentazione e completamento)
- e. Sistema di Cartella di Ambulatorio (Attivo)
- f. Sistema di Cartella di Terapia Intensiva (In fase di completamento sviluppo)
- g. Sistema per la gestione delle sale operatorie (Attivo)
- h. Business Intelligence. (Attivo e in fase di ampliamento)

### **5. LAN**

- a. Rifacimento infrastruttura LAN interna (In fase di realizzazione)
- b. Wi-Fi interna (In fase di realizzazione)

Per gli anni successivi i punti principali su cui si andrà a concentrarsi sono:

#### **1. Hardware**

- a. carrelli informatizzati per il giro visita (fondi PNRR)
- b. carrelli per la distribuzione dei farmaci (fondi PNRR)
- c. armadi di reparto informatizzati (fondi PNRR)
- d. PC per ufficio (saranno consegnati i primi 250 e successivamente si procederà ad un secondo ordine di altri 250.) (Fondi PNRR)
- e. sistema di firma grafometrica

#### **2. Sicurezza informatica**

- a. Sistema di protezione e autenticazione a doppio fattore

#### **3. Cloud**

- a. Migrazione sul PSN (Fondi PNRR)
- b. Virtualizzazione delle postazioni di lavoro

#### **4. Piattaforme software**

- a. Sistema di interoperabilità (Fondi PNRR)
- b. Organizzazione dello sviluppo in house di tutti i sistemi interni di area sanitaria
- c. Piattaforma documentale per i processi organizzativi

### **2.2. Interventi di efficientamento energetico presso il PTV**

Coerentemente con le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, La Fondazione persegue l'efficientamento energetico come obiettivo costante della propria mission. In particolare, nell'ambito del contratto sottoscritto dal PTV con il Consorzio Integra, per l'affidamento del "Multiservizio Tecnologico e fornitura dei vettori energetici agli immobili in proprietà o nella disponibilità delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", è stato previsto un intervento di riqualificazione energetica teso a migliorare le prestazioni energetiche del sistema edificio-impianto mediante cambiamenti tecnologici.

In particolare, dal 2017 ad oggi sono stati effettuati i seguenti interventi:

- Installazione cogeneratore che ha permesso di produrre energia elettrica recuperando il calore di scarto;
- Installazione nuovo generatore di vapore;
- Riqualificazione gruppi termici;
- Installazione di BMS (Building Management System) che ha permesso un controllo puntuale del valore di temperatura all'interno degli ambienti climatizzati;
- Installazione di recuperatori termici sulle UTA;
- Sostituzione illuminazione con lampade LED (intervento in ultimazione);
- Installazione di impianto fotovoltaico.

Dal 2023 inoltre sono in corso interventi di riqualificazione finanziati dal PNRR, di cui alla D.G.R. 1005/2021, quale la realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale e di un Ospedale di Comunità presso il 7 piano della Torre 8 che prevede interventi di efficientamento energetico quali:

- sostituzione infissi esterni con prodotti aventi maggiori performance termiche;
- interventi volti al miglioramento dell'isolamento termico della facciata esterna;
- installazione sistemi di gestione e controllo della luce naturale e artificiale;
- installazione impianti ad alta efficienza.

Dal 2023 sono in corso di progettazione gli interventi di miglioramento sismico per strutture definite ai sensi del NTC 2018 con Classe d'uso IV ovvero con funzioni pubbliche o strategiche importanti, finanziati dal PNRR di cui alla D.G.R. 1007/2021, che consentiranno di raggiungere il livello richiesto dalla normativa per il rapporto tra l'accelerazione di capacità della struttura e di domanda sismica non minore di 0,6.

Il PTV ha operativi nella "piastra" ed anche in altri settori, decine di ambulatori multidisciplinari, nella Torre 6 e nella parte attiva della Torre 8 numerosi moduli di degenza; inoltre è attivo un laboratorio analisi con diverse sezioni specifiche, una Diagnostica per Immagini altamente specializzata, nonché 15 sale operatorie.

Tutti i locali ad uso medico citati sono popolati anche di apparecchiature elettromedicali. Queste tecnologie, sono alla base delle attività cliniche ordinarie e quotidiane delle UU.OO.

Una Struttura Universitaria come il PTV deve essere certamente il fiore all'occhiello regionale in materia di altissima tecnologia e di innovazione scientifica, con un rinnovamento delle grandi macchine, ma contestualmente deve rinnovare anche quel substrato vitale di strumenti di medio-bassa tecnologia, che rappresentano linfa vitale necessaria per le attività ordinarie di base nei reparti e che consentono una gestione del paziente sempre sicura, efficiente ed efficace.

Il percorso, anche per le medio-basse tecnologie, è stato positivamente avviato negli ultimi due anni, ma deve necessariamente proseguire anche per il prossimo futuro (2024-2025) se si vuole ottenere uno "svecchiamento" significativo dell'intero parco apparecchiature, ed è quello che si ha intenzione di proporre.

In quest'ottica, dal 2021 al 2023 sono stati acquistati/aggiornati in conto capitale non coperto da finanziamento (spesa autorizzata da Regione) le seguenti principali tipologie di apparecchiature:

- Cella frigo salme
- Lampade Scialitiche
- Letti Bilancia
- Alcuni Holter pressori
- Flussimetro intraoperatorio per cardiocirurgia
- Monitor amagnetici
- Alcuni Ecotomografi
- Ultracentrifuga SIMT

- Congelatori SIMT
- Dermatomo ed estensore cute
- Riuniti odontoiatrici
- Sistemi per compressione venosa tourniquet
- Scrambler Therapy/Terapia del Dolore
- Videoenteroscopio
- Poligrafi DEA
- Aggiornamento EEG Neurofisiopatologia
- Sistema di monitoraggio parametri vitali UTIC
- Elettrobisturi con modulo argon
- Scambiatore di calore e CEC Cardiochirurgia
- Processatore Anatomia Patologica
- Prova da sforzo
- Gas Massa Gascromatografo
- Monitoraggio UTIC
- Primi Tavoli Operatori e accessori

Nonostante quanto fatto, vi sono classi di apparecchiature per cui è ancora necessario programmare un rinnovamento già dal 2024 sono; di seguito alcune a titolo esemplificativo:

- Strumentazione Gastroenterologia
- Apparecchio per monitoraggio neurofisiopatologico intraoperatorio;
- Autorefrattometro, Tonometria a soffio e Biometro per oculistica;
- Centrifughe di Laboratorio;
- Frigoriferi, Congelatori -20°C e -80°C principalmente della Medicina di Laboratorio;
- Contropulsatori cardiochirurgici e seconda CEC;
- Alcuni dei Defibrillatori;
- Alcuni degli ECG;
- Pensili Chirurgici e Anestesia;
- Elettrobisturi a radiofrequenze dedicato per NCH;
- Microtomi dell'Anatomia Patologica;
- Sistema Linfonodo Sentinella;
- Stampanti per biocassette;
- Ventilatori polmonari;

- Monitoraggio TIPO;
- Letti elettrificati per Degenza e Terapia Intensiva.

Un focus particolare merita in genere la tecnologia presente ed utilizzata in tutto il Comparto Chirurgico: nel 2023 si è attivata una procedura che si sta concludendo proprio a fine 2023 per l'acquisizione in noleggio di n.4 colonne laparoscopiche, si sono aggiornati alcuni elettrobisturi ed alcuni tavoli operatori, ma in generale sarà necessario uno svecchiamento integrale di tutte le attrezzature coinvolte che dovrà necessariamente essere non solo programmato, ma eseguito nel vicino prossimo futuro, se possibile mediante un finanziamento regionale ad hoc, la cui richiesta sta per essere trasmessa agli organi regionali.

Negli anni 2021, 2022 e 2023, si sono aggiunti investimenti tecnologici coperti da finanziamenti regionali/ministeriali, quali quelli finalizzati per l'emergenza COVID e il PNRR (per le alte tecnologie).

Nel corso del 2021 e 2022 il PTV ha infatti consolidato gli interventi volti all'integrazione del parco tecnologico nell'ottica di rendere il PTV una Struttura anche COVID efficiente e con l'attrezzatura necessaria alla gestione di pazienti positivi, principalmente in area di terapia intensiva e semi-intensiva. Nell'ambito dei finanziamenti per il "Piano di riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID19" (DL 34/2020 – DCA U00096 del 21.07.2020), si è proseguita l'attuazione dei tre interventi pianificati per il PTV che hanno previsto una ulteriore implementazione di nuove tecnologie/apparecchiature specificamente dedicate al campo dell'assistenza polmonare, del monitoraggio dei parametri vitali ed in generale dell'assistenza del paziente COVID positivo.

Nel campo dell'altissima tecnologia radiologica ed in particolare in Radioterapia, ricordiamo che nel 2021 si sono installati tre nuovi Acceleratori Lineari finanziati con fondi POR-FESR;

In tema sempre di Diagnostica per Immagini, questa volta con fondi PNRR, a fronte della DGR 1006 di dicembre del 2021 e della DGR 332 del maggio 2022, con cui la regione ha formalizzato il finanziamento in ambito PNRR di 28 grandi apparecchiature richieste dal PTV, nel 2022-2023 si è proceduto all'acquisizione (tramite Consip e Gare aggregate regionali) di numerose apparecchiature di alta tecnologia; in particolare nel 2022-2023 si sono messi in esercizio:

- N. 13 ecotomografi;
- N.3 Angiografi
- N.1 CT per Radioterapia;

- N.1 PET-TC Digitale;
- N.1 Angiografo Biplano (termine installazione prevista per fine novembre 2023);
- N.1 PET-CT digitale (la seconda, termine installazione prevista per fine dicembre 2023).

Nel 2024 si concluderanno le installazioni finanziate dal PNRR, in particolare si installeranno:

- Tavoli Telecomandati Radiologici;
- Mammografi;
- Risonanze Magnetiche 1.5 T, (praticamente senza elio, massima innovazione);
- Gamma Camera per Medicina Nucleare

## **2.3.Sottosezione di programmazione – Performance**

### **2.3.1. Mission**

Il PTV attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- lo sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario e il sistema formativo tali da perseguire, in modo congiunto con il sistema universitario, obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità rispetto alle esigenze assistenziali della formazione del personale medico e sanitario, e potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica;
- la garanzia per la collettività dei più qualificati livelli assistenziali, erogando in modo efficace, appropriato, efficiente ed economico prestazioni sanitarie fruibili in ambiente ospedaliero ed in particolare quello di alta complessità;
- la garanzia, per gli studenti dei corsi di laurea specialistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, per gli studenti dei corsi di laurea triennali e per i medici in formazione specialistica, di una offerta di sede e strumenti per lo sviluppo di un'attività didattica professionalizzante altamente qualificata e coerente con gli indici di validità comunitari;
- lo sviluppo di un percorso assistenziale basato sul principio della “continuità delle cure” e su una modalità innovativa che tende a “prendersi cura del paziente”, dal momento dell'accesso in ospedale al momento della dimissione e, in tale ottica, con l'obiettivo di proiettare le finalità assistenziali ospedaliere anche verso il territorio, adeguando, in tale prospettiva, anche l'offerta formativa non più limitata al solo settore dell'ospedalizzazione, ma anche a quello

territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti;

- la proposizione di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di “modelli aperti”, quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del sopra richiamato concetto della “presa in carico” e della “continuità delle cure”, che corrisponde all’attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “high care”, “low care” e “catena della cronicità”;
- la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull’evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana, a favore della sicurezza del paziente e di una riduzione del rischio clinico;
- l’assunzione dell’impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l’attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto delle compatibilità di bilancio così come declinate dagli atti di programmazione;
- la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell’offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell’implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al “PTV” quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;
- nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;
- nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse. Carattere distinto e peculiare nel percorso culturale promosso dal PTV, sin dalla sua attivazione, in perfetta coerenza con la mission nel tempo perseguita e pienamente attuale, assume il principio valore dell’umanizzazione. L’umanizzazione è prioritariamente legata al suddetto concetto del “prendersi cura”, che individua l’ospedale come una organizzazione di servizio alla persona, ed il “prodotto” di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie e rete di relazioni fra i suoi utenti e la struttura.

Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria mission, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa platea degli stakeholder interni ed esterni utenti, seleziona i propri obiettivi strategici in linea di sostanziale continuità con la precedente prospettiva, tenuto conto della trasformazione degli assetti aziendali avviata nel 2018, con un orizzonte temporale triennale che sconta la prospettata trasformazione dell’assetto istituzionale del PTV.

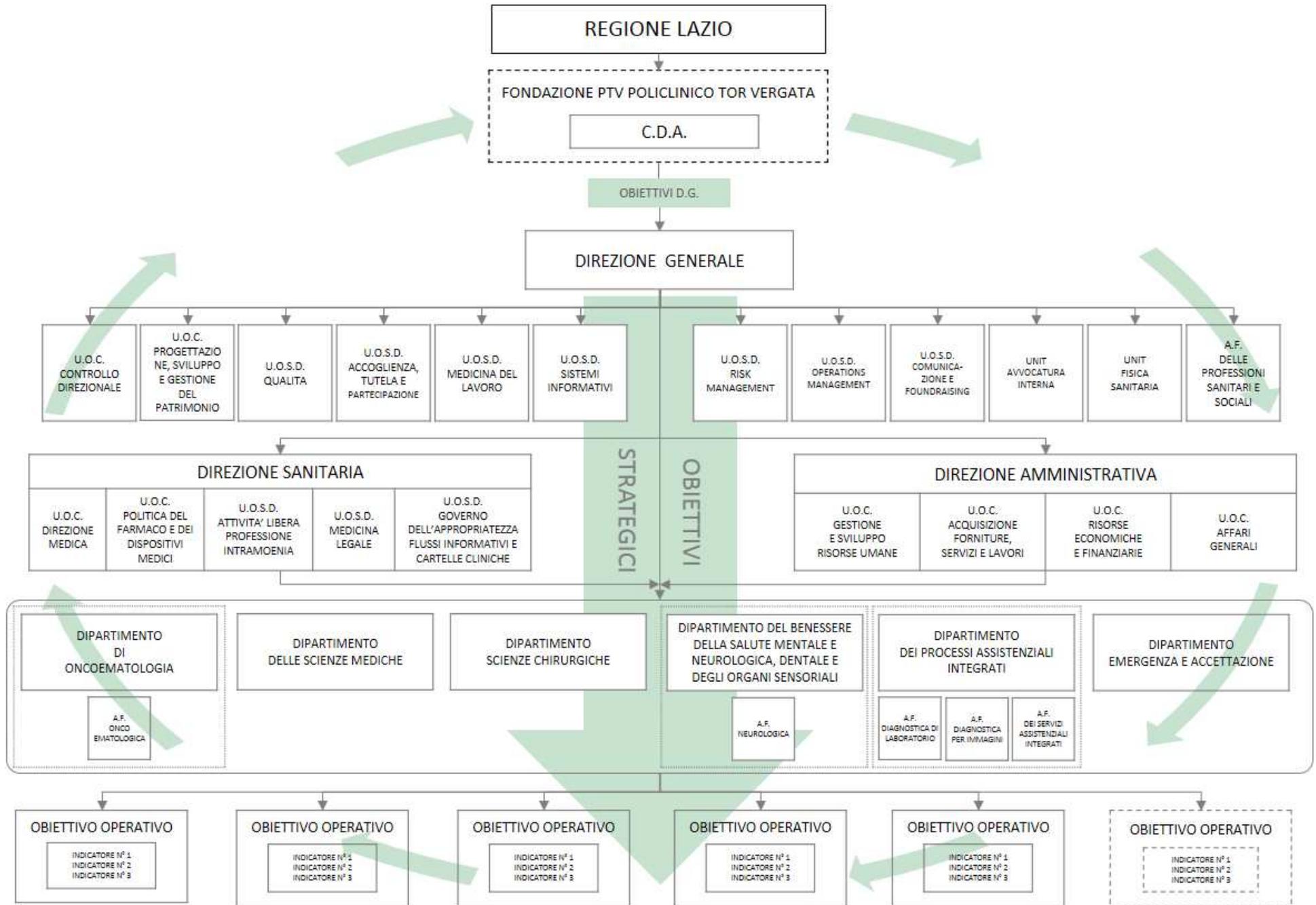
In tale prospettiva, sono stati razionalizzati e consolidati gli obiettivi strategici relativi a:

- Comunicazione, condivisione e trasparenza
  - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori e gestione sinistri
- Economicità e sostenibilità
  - Rispetto del Budget assegnato
  - Efficientamento organizzativo
  - Efficientamento nell’acquisizione e nella gestione delle risorse
  - Appropriatelyzza e monitoraggio dei consumi
  - Incremento della produzione
- Lean Thinking
  - Definizione ed efficientamento dei percorsi
  - Adesione percorsi, ciclo performance e sistemi di qualità
- Rilancio del ruolo nazionale e locale
  - Esiti e qualità delle cure
  - Governo della casistica

La valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è uno degli obiettivi per i quali la Fondazione ha e continua a investire risorse e progettualità.

I citati obiettivi strategici vengono ulteriormente declinati, secondo il rationale di cui alla figura seguente, in “*obiettivi operativi*” (con relativi indicatori) imputati alle articolazioni strutturali/funzioni dell’*area di governo/direzione aziendale* (“DAz”) - comprendente la Direzione generale, la Direzione sanitaria e la Direzione amministrativa - e dell’*area della produzione* (“APr”), articolata nei Dipartimenti ad attività integrata (“DAP”) e relative strutture/funzioni afferenti (AF/UOC/UOSD/UOS/Unit).

La configurazione del complesso dei suddetti obiettivi strategici del “PTV”, così come riportati nel presente Piano, ricomprende comunque, necessariamente, la tipologia degli obiettivi generali e specifici che la Regione, di norma, sviluppa, annualmente e in prospettiva triennale, in sede di assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle aziende ospedaliere, tra cui il “PTV”, fermo restando che, nella configurazione dei propri obiettivi strategici e nella declinazione degli stessi in obiettivi operativi, il “PTV” sviluppa autonomamente tutte le ulteriori linee di budget ritenute congrue per una complessiva *governance* aziendale improntata alla efficienza, alla efficacia e all’attenzione per gli *outcome*.



## 2.3.2. Processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle Performance

### 2.3.2.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il presente Piano è stato redatto in linea con la già citata delibera C.i.v.i.t. n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance” .

	FASE DEL PROCESSO	SOGETTI COINVOLTI	ARCO TEMPORALE (MESI) 2023/2024													
			N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O		
1	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direttore Generale														
2	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direttore Generale														
3	Redazione del Piano (PIAO)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Struttura tecnica di supporto all'OIV e UOC Controllo direzionale														
4	Approvazione del Piano	Consiglio di Amministrazione in condivisione con il Direttore Generale														
5	Comunicazione del Piano	Direttore Generale														

### 2.3.2.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della performance, la programmazione economico-finanziaria e il bilancio rappresentano elementi di particolare attenzione nell'ambito del nuovo assetto del PTV.

In particolare quattro sono gli aspetti rilevanti:

1. coerenza dei contenuti;
2. coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
3. coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
4. integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

L'attività di contrattazione del budget, per i Direttori/Responsabili delle unità operative sanitarie e amministrative, si svolge prevedendo degli incontri tra i singoli responsabili delle unità operative individuate e la direzione strategica supportata nelle varie attività dal Direttore del Controllo di Gestione; la calendarizzazione delle riunioni viene articolata su diversi giorni e durante le riunioni

sono distribuite, analizzate ed eventualmente integrate le singole schede contenenti obiettivi, indicatori e target.

La scheda di budget, siglata da Direttore/Responsabile di struttura, contiene gli obiettivi dell'Unità Operativa, da questa derivano, per il personale dirigente e di comparto afferente alla U.O. obiettivi di "equipe" e individuali. Per tale tipologia di obiettivi è previsto il monitoraggio costante da parte del Direttore/responsabile di struttura e una verifica semestrale "centralizzata" effettuata dalla struttura tecnica permanente sulla scorta delle dichiarazioni dei singoli direttori per attestare il livello di raggiungimento intermedio e per dare evidenza di eventuali azioni di miglioramento messe in campo.

### ***2.3.2.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance***

Si ritiene che i percorsi idonei a promuovere un miglioramento continuo del ciclo di gestione della performance risiedano:

- come in parte già accennato, nella sinergia e integrazione tra il *sistema di gestione per la qualità della Fondazione PTV* ("SGQ") con gli ulteriori sistemi di gestione dei rischi specifici (sistema del governo dell'anticorruzione; sistema del governo dei rischi economico-patrimoniale di cui alle procedure PAC; sistema del governo della sicurezza dei lavoratori; sistema del governo della sicurezza delle cure). La Politica per la qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata, facendo leva proprio sul ciclo della performance (vedi obiettivo strategico in tema di "*Lean Thinking*") è orientata all'integrazione del Sistema di Gestione per la Qualità con i processi aziendali.
- nella piena integrazione tra quanto previsto in sede di programmazione e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio
- nel più strutturato e sistematico coinvolgimento degli *stakeholder* sia interni che esterni alla organizzazione sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico.

Quale tappa fondamentale per il miglioramento del ciclo della Performance appare la revisione del Sistema di misurazione e valutazione della performance annualmente sottoposto al parere vincolante dell'OIV.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) descrive come il Policlinico Tor Vergata misura e valuta la propria performance, quella delle strutture in cui è articolata e la performance del personale, al fine di assicurare elevati standard qualitativi e gestionali, la valorizzazione e la trasparenza dei risultati e l'utilizzo corretto delle risorse impiegate per il loro conseguimento.

Il SMVP si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione della performance e dei risultati, di seguito "Ciclo della performance", così articolato:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- d) misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi e individuali;
- e) utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati al Consiglio di amministrazione e al Direttore Generale, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L'assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell'attività di programmazione di cui al presente Piano. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della scheda obiettivi (Scheda di Budget) e con la condivisione con i singoli dirigenti.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programma A, effettuano il monitoraggio costante dell'andamento degli indicatori legati agli obiettivi assegnati, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, ciò al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

### 2.3.2.4. Piano degli Obiettivi

“Collegamento tra obiettivi strategici e obiettivi operativi - area di governo/direzione aziendale/produzione - anno 2024”

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Performance individuale
1	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione		impatto	aggiornamento della mappatura dei processi ad alto rischio di corruzione secondo quanto previsto PNA 2019	mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura completa di tutti i processi ad alto rischio corruzione	dirigenza PTA e sanitaria
2	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di Certificabilità dei bilanci		impatto	Area rimanenze: Applicazione a regime	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
3	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di Certificabilità dei bilanci		impatto	Area Patrimonio Netto: applicazione a regime	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
4	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Customer satisfaction		stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione della soddisfazione dell'utenza	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
5	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Benessere organizzativo		stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione del questionario sul benessere organizzativo	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	entro il 31/03/n+1	dirigenza PTA
6	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza		efficacia	Grado di trasparenza dell'amministrazione	100%	100%	100%	dirigenza PTA
7	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza		efficacia	Obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 2 PTPCT	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	dirigenza sanitaria e PTA
8	comunicazione, condivisione e trasparenza	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Lotta alla violenza di genere	d) per le pari opportunità e l'equilibrio di genere	impatto	Progetti di comunicazioni, aggiornamento e sensibilizzazione sulla tematica della violenza di genere	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	organizzazione di eventi comunicativi almeno 1 all'anno	dirigenza sanitaria e PTA
9	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento		efficienza	Indicatore di tempestività dei pagamenti	<=0	<=0	<=0	dirigenza PTA
10	Economicità e sostenibilità	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Sostenibilità ambientale		impatto	gestione e ottimizzazione dello smaltimento dei rifiuti pericolosi	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	dirigenza sanitaria
11	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	a) di semplificazione	efficienza	incidenza del ricorso a convenzioni CONSIP e al mercato elettronico degli acquisti	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
12	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	ICTUS in fase acuta	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Obiettivi minimi PIAO	Tipologie di indicatore	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Performance individuale
13	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	Gestione del paziente affetto da melanoma	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
14	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	c) di accessibilità	impatto	Paziente affetto da tumore colon retto	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
15	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	b) di digitalizzazione	efficienza	Percentuale di servizi full digital	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
16	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	Appropriatezza organizzativa		efficacia	Degenza media pre-operatoria	<= 1,8	<= 1,8	<= 1,8	dirigenza sanitaria
17	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	fratture di femore operate entro 48 h pazienti >65 anni	>80%	>80%	>80%	dirigenza sanitaria
18	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad altro rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	dirigenza sanitaria
19	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	c) di accessibilità	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "breve" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
20	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	c) di accessibilità	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "differita" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
21	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza		efficacia	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>98%	>98%	>98%	dirigenza sanitaria
22	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza		efficacia	Proporzione di colecisti laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
24	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	Appropriatezza clinica		efficacia	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) ÷ ÷ (esclusi ricoveri urgenti)	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020	dirigenza sanitaria

## 2.4.Sottosezione di programmazione – CUG

La promozione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e il contrasto di qualsiasi forma di discriminazione è uno degli obiettivi per i quali la Fondazione ha investito e continua a investire risorse e progettualità, nella profonda consapevolezza che la creazione di un ambiente lavorativo rispettoso di ogni individuo nella sua interezza e specialità aumenta i livelli di motivazione e di impegno, (il c. d. people engagement) il senso di appartenenza al gruppo e alla mission aziendale a tutto vantaggio della competitività e della soddisfazione degli utenti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 04.01.2024 è stato nominato il Presidente e aggiornata la composizione del **Comitato Unico di Garanzia del Policlinico** (istituito con deliberazione n. 290 del 29.05.2022 e ricostituito con Deliberazione n. 1261 del 29.11.2022) ai sensi dell' art. 21 della legge 183/2010 organismo con compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo ed, infine, contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori.

Gli obiettivi del CUG sono definiti nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, emanata di concerto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)".

Nel processo di realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di parità, di pari opportunità e di benessere organizzativo, il ruolo del Comitato è quello di:

- sviluppare proposte nelle materie di competenza;
- rappresentare l'organo di riferimento e di consultazione della Fondazione per tutte le problematiche attinenti alle materie di competenza;
- verificare l'attuazione delle azioni e delle misure proposte;
- predisporre i piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro delle lavoratrici e dei lavoratori ed elaborazione dei relativi piani di attuazione;
- promuovere e/o potenziare ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita-lavoro;

- promuovere la cultura della parità e delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, anche attraverso la proposta di specifici percorsi informativi/formativi che coinvolgano tutti i livelli dell'amministrazione, inclusi i dirigenti, a partire dagli apicali, che assumono un ruolo di catalizzatori e promotori in prima linea del cambiamento culturale sui temi della promozione delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi e di lavoro.
- proporre analisi, studi e programmazione di genere;
- proporre iniziative volte ad attuare le direttive Comunitarie/Ministeriali per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;
- promuovere la diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi della parità e delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni;
- proporre azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima lavorativo, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche.
- formulare pareri su progetti di riorganizzazione della Fondazione nell'ambito delle competenze ad esso demandate;
- formulare pareri sui piani di formazione del personale e proporre percorsi di formazione sulle tematiche dell'etica pubblica e sul comportamento etico (in applicazione del DPR 13 giugno 2023 n. 81);
- • formulare pareri sui criteri di valutazione del personale nell'ambito delle competenze ad esso demandate;
- verificare i risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- verificare gli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- verificare gli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro;
- verificare l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

La valorizzazione dei processi volti a migliorare il benessere organizzativo ha portato la Fondazione ad affidare a seguito una procedura comparativa pubblica ex art. 7 comma 6 D.Lgs 165/01 e s.m.i., l'incarico di **Consigliera di fiducia**, che, coerentemente con quanto disposto dalla Risoluzione A5-0283/2001 del Consiglio Europeo, in posizione di terzietà, autonomia di giudizio e riservatezza, possa gestire con tecniche di prevenzione e di risoluzione eventuali vicende di discriminazione, molestie sessuali e morali, mobbing, oltre che supportare la Direzione Strategica per ogni attività relativa ai processi di benessere organizzativo.

La Consigliera di fiducia è attiva presso il Policlinico dal Novembre 2022 supportando costantemente le attività del CUG e proponendo sin dall'avvio delle attività l'elaborazione e l'adozione di un **Codice di Condotta** per la tutela della dignità dei lavoratori e per la prevenzione e contrasto delle discriminazioni, molestie e mobbing, adottato dal Policlinico con Deliberazione del Direttore Generale n. 818 del 30.06.2023, strumento volontario, ma ritenuto necessario per regolamentare le varie fattispecie oggetto di valutazione da parte della Consigliera ai fini della gestione della risoluzione delle stesse.

Tra "azioni positive" già intraprese e sulla quale si vuole puntare particolarmente nel triennio 2024-2026 vi è la stretta connessione e partecipazione del CUG PTV alla Rete Nazionale dei CUG istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica che rappresenta il network che ci permette di condividere e accrescere le nostre potenzialità mediante la condivisione di una cultura propositiva in termini di informazione, formazione, divulgazione di eventi e proposte per amministrazioni pubbliche attente alla "cultura del rispetto". In questo ambito si intende anche creare all'interno del Policlinico una newsletter CUG che possa informare sia i componenti CUG che tutte le persone che concorrono a formare il "capitale umano" del Policlinico sulle tematiche di genere e correlate al benessere organizzativo.

L'attività del CUG e le iniziative che lo stesso organismo intende realizzare saranno caratterizzate altresì dal recepimento della recente direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 29 novembre 2023 "*Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme*" che investe direttamente i CUG in azioni concrete di informazione/formazione.

Il CUG insediatosi nella nuova composizione, in prima seduta del 11/01/2024 ha elaborato il Piano delle Azioni Positive, qui allegato quale parte integrante e sostanziale del PIAO (Allegato 04)

ed ha già calendarizzato le sedute bimestrali del *plenum* nonché ha dato mandato ai Referenti dei quattro Gruppi di lavoro istituiti all'interno del CUG, per ogni singola Area di intervento, di convocare una prima riunione nel mese di Febbraio 2024 e formulare proposte che verranno discusse nella prossima seduta del CUG in *plenum*.

## **2.5.Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza**

In continuità con le azioni finalizzate alla realizzazione di un programma efficace di prevenzione della corruzione, l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza concorre alla realizzazione di obiettivi di valore pubblico, svolgendo un ruolo fondamentale nella riduzione degli sprechi e presidiando il buon andamento dell'azione amministrativa.

Tali obiettivi strategici continuano a guidare l'attività di pianificazione del programma della prevenzione della corruzione e della trasparenza della Fondazione PTV.

In particolare, nel corso del 2023, coerentemente con gli obiettivi stabiliti nel PTPCT 2023-2025, sono stati portati a completamento parte degli obiettivi finalizzati al miglioramento del sistema di gestione dell'anticorruzione e della trasparenza.

In particolare, l'obiettivo di definire una metodologia per la valutazione del rischio corruttivo che in linea con le indicazioni dell'ANAC (PNA 2019) potesse orientare l'analisi dei rischi sulla base di un valore qualitativo superando il riferimento al sistema quantitativo previsto nel PNA 2013, è stato sviluppato e implementato con il completamento della mappatura, per macro processi, delle principali attività della Fondazione PTV.

Richiamando integralmente quanto ampiamente rappresentato nel PIAO 2023-2025 in ordine alla metodologia applicata all'analisi del rischio, l'RPCT, in collaborazione con la rete dei referenti RPCT individuati nei Direttori/Responsabili delle strutture aziendali, ha proceduto a:

- condividere la nuova metodologia chiedendone l'applicazione ai fini della mappatura del rischio relativamente ai processi aziendali considerati potenzialmente esposti a rischio corruttivo/mal administration;

- condividere l'adozione di misure di prevenzione della corruzione ulteriori/specifiche individuano i termini di attuazione e di monitoraggio;
- individuare referenti operativi per la digitalizzazione del programma della prevenzione utilizzando la piattaforma aziendale dedicata;
- monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione legali e specifiche.

L'introduzione del predetto approccio di gestione della prevenzione della corruzione, in una più ampia prospettiva di sensibilizzazione alla cultura della legalità, è stata accompagnata da un percorso formativo articolato che ha visto la realizzazione di molteplici eventi teorico-pratici che hanno coinvolto i Responsabili/Direttori delle Strutture e i referenti degli uffici dagli stessi individuati.

Nell'ambito dello sviluppo di un sistema di gestione integrato, l'obiettivo di inserimento nell'analisi del rischio anche delle variabili di rischio relative alla normativa in materia di antiriciclaggio sarà attuato nel corso del triennio.

Tra le attività che hanno impegnato l'RPCT si segnala la redazione del Regolamento per l'attuazione dell'istituto del *whistleblowing*, coerentemente con le indicazioni fornite da ANAC con la delibera n. 311 del 12.07.2023.

Allo stato il citato Regolamento, come previsto dalla norma di riferimento, è stato oggetto di informativa alle Organizzazioni Sindacali che hanno richiesto un confronto nel merito.

Proprio con l'intento di diffondere quanto più possibile tra gli operatori i principi della legalità e della trasparenza e per sensibilizzarli ad adottare un approccio culturale nuovo nel concorrere alla gestione del bene pubblico, garantendo il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa, è stata organizzata al PTV il giorno 13 dicembre la Giornata della Trasparenza 2023.

L'evento ha visto la partecipazione di operatori appartenenti alle diverse categorie professionali ed è stato per quest'anno incentrato sull'istituto del *whistleblowing* quale presidio aziendale di anticorruzione, in considerazione del Regolamento di prossima emanazione al PTV e della implementazione e valorizzazione del ruolo del whistleblower come figura strategica nel contrasto agli eventi corruttivi.

**GIORNATA della TRASPARENZA**  
13 Dicembre 2023

dalle 9.30 alle 11.30  
Aula Anfiteatro Giubileo 2000

**Apertura**  
Giuseppe Quintavalle, *Direttore Generale*  
Maria Rosa Loria, *Responsabile RPCT*

**Cultura della trasparenza quale presidio anticorruzione**  
La figura del Whistleblower  
Maurizio Ferri, *Esperto in compliance integrata*

**Privacy e Trasparenza:**  
Linee di Indirizzo del Garante Privacy  
Isabella Lurati, *DPO*

**Il PIAO: dare valore al valore pubblico**  
Cecilia Monaco, *UOC Affari Generali*

Discussione e chiusura lavori

**Responsabile Scientifico**  
Maria Rosa Loria  
*Responsabile RPCT*  
Policlinico Tor Vergata

**Segreteria Organizzativa**  
Romana Gianvenuti  
Tel.: 06 2090.0150  
romana.gianvenuti@ptvonline.it

**PTV**  
PUBBLICITÀ TOR VERGATA

**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Per quanto attiene il Programma di attuazione del D.lgs 33/2013, Programma Trasparenza, Allegato (Allegato 03), si segnalano le seguenti azioni di miglioramento:

- aggiornamento degli obblighi con l'integrazione degli ulteriori obblighi di pubblicazione previsti per i contratti pubblici dall' Allegato 9 del PNA 2022;

Gli obiettivi per la gestione della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono sintetizzati nel seguente Cronoprogramma:

AZIONI	STRUTTURE COMPETENTI	TEMPISTICA (MESI)												NOTE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Programmazione	Articolazioni strutturali che fondano l'assetto organizzativo del PTV (Atto Aziendale)														Nel corso del 2023 si è provveduto a completare la mappatura del rischio corruzione con approccio qualitativo per alcuni processi ritenuti maggiormente esposti ad un possibile rischio corruttivo. Nel 2024 si proseguirà con l'attività di gestione del rischio con la mappatura dei sotto processi per le aree ad alto rischio.
Progettazione															
Monitoraggio															
Valutazione															
Piattaforma per gestione rischio corruzione	RPCT													Aggiornamento e formazione continua	
Formazione	RPCT+ Referenti RPCT + Referenti operativi													Alcuni argomenti che saranno trattati: Codice Etico e di comportamento del PTV PNA A.N.AC. con riferimento alla Sanità Aggiornamento in materia di contratti pubblici e relativi obblighi della Trasparenza, Privacy, Whistleblowing, Antiriciclaggio	Formazione permanente al personale Formazione specialistica: da indirizzare al Personale che opera negli uffici esposti a maggior rischio corruzione Giornate della Trasparenza: annuale
Whistleblowing	RPCT												Adozione e diffusione regolamento		
Contratti pubblici	RPCT + UOC Acquisizioni													Monitoraggio a campione del RPCT e monitoraggio continuo della UOC Acquisizioni	
Codice Etico e di Comportamento	RPCT /U.O. competente													Monitoraggio Continuo	
Adempimenti obblighi di trasparenza (sito)	RPCT e tutte le Direzioni													Monitoraggio continuo Verifica semestrale	
Regolamenti	RPCT / Dipartimento e/o U.O. competente													Redazione e aggiornamento di nuovi Regolamenti	
Sistema di controllo integrato nella attuazione della trasparenza	RPCT/ DPO / UOC Affari Generali													Attuazione delle Linee Guida Trasparenza Privacy PIAO 2023 mediante monitoraggio semestrale RPCT_DPO	

L'attuazione del predetto cronoprogramma costituisce obiettivo assegnato ai singoli Dirigenti coinvolti.

### **3. SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

#### **3.1.Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa**

Nella sua globalità la struttura organizzativa è improntata a criteri di massima flessibilità volti a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi. Essa si articola in:

- a) Dipartimenti strutturali / funzionali;
- b) Strutture complesse;
- c) Strutture semplici dipartimentali;
- d) Strutture semplici;
- e) Articolazioni in Staff e alle dirette dipendenze della Direzione Strategica;

in base all'organigramma consultabile al seguente link: <https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/struttura-aziendale/2013-03-01-09-29-51>

#### **3.2.Sottosezione di programmazione – Organizzazione lavoro agile**

##### **3.2.1. Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.**

Il DPCM 23 settembre 2021 ha previsto - a partire dal 15 ottobre 2021 - la cessazione del lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa ed il ritorno al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dal Capo II della legge 22 maggio 2017, n. 81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e alle misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato". Con il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 8 ottobre 2021 venivano, quindi, stabilite le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, ai fini del superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale e si disponeva la possibilità di autorizzare l'accesso al lavoro agile nel rispetto di specifiche condizionalità, tra cui, in particolare, il criterio della prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza e dell'assenza di effetti negativi sulla fruizione dei servizi a favore degli utenti. Le successive Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, elaborate ai sensi dell'art. 1, comma 6, del suddetto decreto dell'8 ottobre 2021, hanno poi dato ulteriori indicazioni alle amministrazioni nelle more della definizione della disciplina applicabile al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva nazionale. A partire già dal 2022 l'Azienda procedeva, quindi, alla realizzazione di diversi interventi per il proseguimento "a regime" del lavoro agile al termine dell'emergenza sanitaria, tra cui in particolare l'adozione del

primo Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022-2024, come sezione del Piano della Performance, previsto dall'art. 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124, confluito poi nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024, in coerenza con quanto stabilito dall'articolo 6 del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 e dal D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022. Sempre nel corso del 2022, a seguito dell'iter di confronto con le OO.SS., veniva, inoltre, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1260 del 29 novembre 2022 il Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile (smart working), e venivano fornite a tutto il personale le indicazioni operative necessarie per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute (rif. note prot. nn. 28660 del 05/12/2022 e 30426 del 28/12/2022). La strategia organizzativa veniva ulteriormente definita e implementata nell'ambito del successivo PIAO 2023-2025.

Il Regolamento aziendale detta una puntuale disciplina che definisce oggetto, obiettivi e destinatari, stabilisce la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, le prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro e protezione dati personali, nonché le modalità di verifica e controllo dell'attività svolta in modalità agile. Nella configurazione di questa nuova organizzazione del lavoro il Dirigente assume un ruolo chiave, in quanto principale promotore dell'innovazione dei sistemi organizzativi. Alla dirigenza è infatti richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati. Nello specifico la procedura disciplinata all'art. 6 del regolamento prevede che l'accesso al lavoro agile possa essere attivato su iniziativa del lavoratore interessato o su iniziativa del Direttore/Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa. La UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, acquisita la documentazione da parte del Dirigente, predispone l'accordo individuale alla cui sottoscrizione è subordinata l'attivazione del lavoro agile per il dipendente e ne cura gli adempimenti conseguenti.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto e può essere a termine per una durata non inferiore a 6 mesi e per un massimo di 1 anno.

L'accordo contiene la seguente disciplina:

- luogo di svolgimento della prestazione;
- sicurezza sul lavoro
- durata dell'accordo e recesso;
- modalità di esercizio del potere direttivo, di controllo e disciplinare;

- modalità di svolgimento con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere a distanza;
- tempo di lavoro e diritto alla disconnessione;
- tempi di riposo del lavoratore, su base giornaliera o settimanale, che non potranno in ogni caso essere inferiori a quelli previsti per la prestazione resa in presenza;
- strumenti di lavoro;
- riservatezza e privacy.

Nel corso del 2023 l'Amministrazione ha provveduto alla stipula di n. 223 accordi individuali di lavoro agile.

Ai lavoratori c.d. fragili, di cui all'articolo 26, comma 2-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 sono state applicate le speciali misure in materia di lavoro agile vigenti nel tempo.

Da ultimo con nota prot. n. 346 del 03.01.2024 l'Amministrazione ha recepito, altresì, la direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 in materia di lavoro agile, nelle more della successiva revisione del regolamento aziendale.

### **3.2.2. Gli obiettivi del lavoro agile**

Il Lavoro agile è definito dalla legge come una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa finalizzata a “incrementare la competitività” e ad “agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro” che si realizza mediante “accordo tra le parti”.

Troviamo quindi l'elemento fondamentale di qualunque regolazione: l'esigenza di bilanciamento tra due interessi che trova composizione nell'accordo mediante il quale le parti - datore di lavoro e lavoratore – regolano la possibilità di eseguire la prestazione “anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro”.

È dunque nel lavoro per obiettivi che va identificata la causa di questo negozio giuridico e, se vogliamo, la vera rivoluzione del lavoro agile: la possibilità per il lavoratore subordinato di lavorare “per obiettivi”.

Con il lavoro agile si perseguono i seguenti obiettivi:

- diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati a 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;
- valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;

- promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- razionalizzare le risorse strumentali;
- razionalizzare e riprogettare gli spazi di lavoro.
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

### 3.2.3. Attività espletabili in modalità agile

Il presupposto è la tendenziale “remotizzabilità” delle attività. L'attività non è remotizzabile quando richiede necessariamente la presenza fisica del lavoratore. Nel corso dei primi mesi del 2022 si è proceduto innanzitutto ad una prima mappatura (di seguito riportata) delle attività espletabili in modalità agile nelle diverse funzioni, servizi e uffici, anche in riferimento al grado di digitalizzazione presente in Azienda. Tali attività sono da considerare indicative e non esaustive. Non rientrano in ogni caso nelle attività che possono essere svolte in remoto, neppure a rotazione, quelle relative al personale dell'area socio-sanitaria, impegnato nei servizi da rendere necessariamente in presenza.

Mappatura attività remotizzabili					
UOC / UOS / UOSD	Codice attività	Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile	Modalità di verifica	Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Sì o No	Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).
AFFARI GENERALI	AAGG-1	PROTOCOLLAZIONE PEC IN INGRESSO	REPORT	SI	PC
	AAGG-2	PREDISPOSIZIONE ATTI DELIBERATIVI	DOC.	SI	PC
	AAGG-3	PREDISPOSIZIONE CONTRATTI/CONVENZIONI	DOC.	SI	PC
	AAGG-4	PREDISPOSIZIONE REGOLAMENTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-5	LIQUIDAZIONE/RICHIESTA EMISSIONE FATTURE	REPORT	SI	PC
	AAGG-6	ELABORAZIONE CE/BILANCIO	DOC.	SI	PC
	AAGG-7	PREDISPOSIZIONE FLUSSI/REPORT	DOC.	SI	PC
	AAGG-8	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-9	PREDISPOSIZIONE ATTI DELIBERATIVI	DOC.	SI	PC
	AAGG-10	PREDISPOSIZIONE CONTRATTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-11	RICHIESTA EMISSIONE FATTURE	DOC.	SI	PC
	AAGG-12	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-13	PREDISPOSIZIONE DELIBERE	DOC.	SI	PC
	AAGG-14	PREDISPOSIZIONE CORRISPONDENZA CON LEGALI/COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	DOC.	SI	PC
	AAGG-15	PREDISPOSIZIONE ATTI/REGOLAMENTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-16	LIQUIDAZIONE FATTURE	REPORT	SI	PC
	AAGG-17	ELABORAZIONE CE/BILANCIO	DOC.	SI	PC
	AAGG-18	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC

<b>Mappatura attività remotizzabili</b>					
<b>UOC / UOS / UOSD</b>	<b>Codice attività</b>	<b>Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile</b>	<b>Modalità di verifica</b>	<b>Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No</b>	<b>Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).</b>
	AAGG-19	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-20	PREDISPOSIZIONE VERBALE	DOC.	SI	PC
<b>RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE</b>	REF-1	Registrazione fatture passive	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-2	Liquidazione fatture passive	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-3	Verifica e/c	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-4	Registrazione fatture attive	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-5	Sollecito incasso	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-6	Regolarizzazione incassi	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-7	Effettuazione mandati pagamento	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-8	Emissione ordini	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-9	PCC	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-10	Verifica dei pagamenti regionali	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-11	Registrazione incassi CUP	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-12	Verifica di cassa	verifica su applicativo delle attività effettuate	si	PC
	REF-13	Regolarizzazione sospesi in uscita	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-14	Registrazione e aggiornamento cessioni	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
	REF-15	Controllo e gestione protocollo informatico	verifica su applicativo delle attività effettuate	SI	PC
<b>CONTROLLO DIREZIONALE</b>	CD-1	REPORTING SU INDICATORI DI ATTIVITÀ	Report	VPN	PC
	CD-2	ELABORAZIONE REPORTISTICA CONTABILITA' ANALITICA	Report	VPN	PC
	CD-3	ELABORAZIONE ED INVIO FLUSSI INFORMATIVI ISTITUZIONALI	report	VPN	PC
	CD-4	GESTIONE E MONITORAGGIO BUDGET	Report	VPN	PC / Videocamera
<b>SISTEMI INFORMATICI</b>	INF-1	Archiviazione di tutti i pagamenti Totem giornalieri/mensili	verifica su appl. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-2	Archiviazione dei report delle criticità dei Totem giornalieri	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-3	Problemi tecnici e software dei Totem	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-4	Raccolta criticità del Processo Debitorio	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-5	Raccolta criticità del programma delle posizioni debitorie	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-6	richiesta Creazione utenze medici su Ares 118	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-7	Ricezione criticità su utenze medici create su Ares 118	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-8	Ricezione richiesta credenziali su Bucap	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-9	Attività amm.va ed esecuzione dei contratti su Areas	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-10	Archivio inform./cartaceo Delibere di acquisti prodotti informatici	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
	INF-11	Archivio informatico riguardante info gare/indagini di mercato	verifica su app. delle attività effettuate	SI	PC
<b>OPERATIONS MANAGEMENT</b>	OM-1	LISTA D'ATTESA	report periodico	SI	PC
	OM-2	TEMPI DI SALA	report periodico	SI	PC
	OM-3	REFERTAZIONE	report periodico	SI	PC
	OM-4	ELABORAZIONI	report periodico	SI	PC
<b>FARMACIA CLINICA</b>	UOF-1	CODIFICA PRODOTTI	REPORT	SI	PC
	UOF-2	SMISTAMENTO PRATICHE	STAMPA LINK PROGRAMMA UNICA	SI	PC
	UOF-3	ORDINI	STAMPA DA PROGRAMMA AREAS	SI	PC
	UOF-4	SOLLECITO ORDINI	REPORT O MAIL	SI	PC, TELEFONO

### Mappatura attività remotizzabili

UOC / UOS / UOSD	Codice attività	Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile	Modalità di verifica	Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No	Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).
	UOF-5	FATTURAZIONE	STAMPA DA PROGRAMMA AREAS	SI	PC, TELEFONO
	UOF-6	DELIBERE	MAIL INVIATE	SI	PC
	UOF-7	ORDINI DI FATTURAZIONE	VERIFICA AREAS	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-8	LETTERE DI REINTEGRO	VERIFICA AREAS	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-9	ANOMALIE SEGNALATE DA TRASER	VERIFICA AREAS	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-10	CARICHI INIZIALI DM CONTO DEPOSITO	VERIFICA AREAS	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-11	Archiviazione DDT e bolle varie	Il giorno seguente, le bolle separate e ordinate verranno riposte all'interno dei propri faldoni presso l'ufficio conto deposito	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-12	Richiesta operative all'ufficio contratti aziendale	Invio e-mail ai colleghi del Dipartimento preposto alla creazione e gestione dei contratti di gara, al fine di risolvere in maniere celere le incongruenze che rallentano o bloccano il carico dei materiali in procedura, ed il successivo scarico.	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
	UOF-13	Verifica inventari	L'infermiere ed il rappresentante della ditta, appongono la propria firma sul modulo cartaceo con le correzioni apportate a penna. Sulla base di questo modulo l'operatore dell'ufficio conto deposito dovrà procedere alle varie correzioni, dopo le opportune verifiche, chiedendo anche ulteriore documentazione alla ditta.	SI	PC, TELEFONO, Auricolari
UOSD Accoglienza Tutela e Partecipazione	ATP-1	Centralino/richieste telefoniche di prenotazioni SSN/info	modulistica	NO	telefono, pc, auricolari
	ATP-2	Aggiornamento sito/intranet solo contenuti, Amministrazione Trasparente	mail/moduli/sito	SI	telefono, pc, auricolari
	ATP-3	gestione social, relazioni esterne, rapporti media	mail/moduli/social	SI	telefono, pc, auricolari
	ATP-4	gestione accesso telefonico, mail e attività back office	mail/modulistica	SI	telefono, pc, auricolari, stampante
	ATP-5	delibere, progetti, etc	atti/relazioni	SI	telefono, pc, auricolari
UOC Gestione Sviluppo Risorse Umane	GRU-1	Gestione Protocollo e posta	verifiche sulla piattaforma in uso	SI	PC
	GRU-2	Gestione Posta	mail ricevute/inviata	no	PC
	GRU-3	Approfondimenti normativi/contrattuali	risultati ricerche	no	PC
	GRU-4	aggiornamento indirizzo residenza/domicilio o altri dati anagrafici	verifiche sul sistema informatico in uso	SI	PC
	GRU-5	istruttoria relativa agli istituti giuridici che attengono alla gestione del rapporto di lavoro	risultati istruttoria	SI	PC
	GRU-6	predisposizione note/provvedimenti relativi agli istituti giuridici che attengono alla gestione del rapporto di lavoro	atti/ note redatte	no	PC
	GRU-7	aggiornamento dati relativi alle variazioni del rapporto di lavoro sul sistema informatico in uso e comunicazioni agli altri uffici dei provvedimenti adottati	verifiche sul sistema informatico in uso/comunicazioni inviate	SI	PC
	GRU-8	Archiviazione digitale nelle cartelle condivise e implementazione file di monitoraggio/scadenziari	aggiornamento cartelle condivise	SI	PC
	GRU-9	Adempimenti telematici relativi agli istituti del trattamento giuridico	ricevute assolvimento adempimenti	no	PC
	GRU-10	Report riepilogativi informazioni personale dipendente/convenzionato	estrazioni/report prodotti	SI	PC

### Mappatura attività remotizzabili

UOC / UOS / UOSD	Codice attività	Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile	Modalità di verifica	Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No	Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).
	GRU-11	predisposizione note/provvedimenti relativi ai procedimenti disciplinari	atti/ note redatte	no	PC
	GRU-12	predisposizione note/accordi sindacali/ atti deliberativi nell'ambito delle relazioni sindacali	atti/ note redatte	no	PC
	GRU-13	Adempimenti telematici relativi alla gestione delle relazioni sindacali	ricevute assolvimento adempimenti	no	PC
	GRU-14	Smistamento posta afferente a Uff. Quiescenza	Consultazione programma UNICA	SI	PC
	GRU-15	TFR (Trattamento Fine Rapporto) e TFS (Trattamento Fine Servizio)	Collegamento alla Procedura Engineering	SI	PC
	GRU-16	TFR (Trattamento Fine Rapporto) e TFS (Trattamento Fine Servizio)	DOC	NO	PC
	GRU-17	TFS (Trattamento Fine Servizio)	Collegamento al portale INPS	SI	PC
	GRU-18	Sez. F-G del mod. TFR/TFS	MAIL	NO	PC
	GRU-19	Certificazione e Validazione delle posizioni assicurative in Passweb Inps	Collegamento alla Procedura Engineering	SI	PC
	GRU-20	Certificazione e Validazione delle posizioni assicurative in Passweb Inps	Collegamento al portale INPS	NO	PC
	GRU-21	Amministrazione Trasparente	MAIL	NO	PC
	GRU-22	Valutazione obiettivi del personale del comparto	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-23	Valutazione dei dirigenti area non clinica	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-24	Gestione e valutazione posizioni organizzative e di coordinamento	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-25	Valutazione dei dirigenti - Collegio Tecnico	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-26	Valutazione dirigenti area clinica	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-27	Strutturazione personale UNIVERSITARIO	DELIBERE, NOTE E REPORT	SI	PC, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA
	GRU-28	Gestione Infortuni	Verifica invio denuncia portale INAIL	NO	PC
	GRU-29	Gestione Visite Fiscali	Verifica invio richiesta e relativo esito portale INPS	NO	PC
	GRU-30	Inserimento Giustificativi di assenza	Transiti mensili inseriti nel gestionale	SI	PC
	GRU-31	Elaborazione Transiti mensili	Transiti mensili inseriti nel gestionale e corrispondenza cedolini paga	SI	PC
	GRU-32	Monitoraggi	Verifica tassi di assenza sezione trasparenza	SI	PC
	GRU-33	Gestione Variabili	Verifica cedolini paga	SI	PC
	GRU-34	Liquidazione stipendi	Nota di trasmissione	SI	PC
	GRU-35	Retribuzione di risultato/produktività	DDG	SI	PC
	GRU-36	Elaborazione cedolini paga	Verifica cedolini paga	SI	PC
	GRU-37	Calcolo previsione costo del personale per delibere.	DDG	SI	PC
	GRU-38	Fondi contrattuali.	Nota di trasmissione	SI	PC
	GRU-39	Modello economico CE	Nota di trasmissione	SI	PC
	GRU-40	Modello economico TAB "B"	Nota di trasmissione	SI	PC
	GRU-41	Gestione adesioni sindacali	Nota di trasmissione	SI	PC
	GRU-42	Gestione Trattenute	Nota di trasmissione	SI	PC

### Mappatura attività remotizzabili

UOC / UOS / UOSD	Codice attività	Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile	Modalità di verifica	Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No	Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).	
	GRU-43	Certificati stipendiali	Nota di trasmissione	SI	PC	
	GRU-44	Gestione economica personale in posizione di comando	Nota di trasmissione	SI	PC	
	GRU-45	Mobilità in entrata	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-46	Mobilità in uscita	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-47	Comando in entrata	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-48	Comando in uscita	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-49	Conferimento incarichi TD e incarichi di Sostituzione	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-50	Concorso pubblico per titoli ed esami	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-51	Avvisi pubblici per titoli e colloquio	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-52	Pubblicità incarichi per Commissioni di concorso/avviso presso il PTV.	Sito Internet	NO	PC	
	GRU-53	Utilizzo a tempo indeterminato della graduatoria di concorso	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-54	Pubblicazione elenco dei dipendenti con contratto a Tempo Determinato	Sito Internet	NO	PC	
	GRU-55	Acquisizione TITOLARI ACN	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-56	Sostituzione TITOLARI ACN	DDG/Note/PEC	NO	PC	
	GRU-57	Creazione Matricole ed inserimento in procedura	Procedura Engineering	SI	PC	
	GRU-58	Note protocollate, Delibere da inserire per la pubblicazione e Delibere pubblicate	Procedura UNICA	SI	PC	
	GRU-59	ACCREDITAMENTO CORSI ECM	SITO AGENAS	SI	PC	
	GRU-60	RENDICONTAZIONE CORSI ECM	SITO AGENAS	SI	PC	
	GRU-61	DELIBERE CORSI ECM	FILE WORD	SI	PC	
	GRU-62	PAGAMENTI CORSI ECM	SITO AGENAS	SI	PC	
	GRU-63	PRODUZIONE ATTESTATI ECM	FILE WORD	SI	PC	
	GRU-64	REDAZIONE PIANO DI FORMAZIONE E RELAZIONE ANNUALE	SITO AGENAS	SI	PC	
	GRU-65	RICOGNIZIONE DEI CREDITI FORMATIVI	FILE EXCEL	SI	PC	
	GRU-66	GESTIONE INVITI PER PERSONALE MEDICO DA PARTE DI ENTI/IMPRESSE PRIVATE (ART.8 CDC)	MAIL	SI	PC	
	GRU-67	Prospetto informativo disabili	Report inserimenti	NO	PC	
	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	AFS-01	Predisposizione atti deliberativi procedure di gara	Deliberazioni redatte	NO	PC
		AFS-02	Predisposizione documenti di gara	Procedure elaborate	NO	PC
AFS-03		Invio richieste e acquisizione documenti per verifica requisiti concorrenti	n.ro documenti acquisiti e richieste trasmesse	NO	PC	
AFS-04		Predisposizione contratti	n.ro documenti acquisiti e richieste trasmesse	NO	PC	
AFS-05		Esame documenti pervenuti dai concorrenti	N.ro concorrenti esaminati	NO	PC	
AFS-06		Elaborazione verbali di gara	n.ro gare chiuse	NO	PC	
AFS-07		Comunicazioni ANAC	N.ro gare aggiornate	NO	PC	
AFS-08		elaborazione e pubblicazione indagini di mercato	N.ro indagini pubblicate	NO	PC	
AFS-09		Acquisizioni documenti indagini di mercato	N.ro indagini concluse	NO	PC	
AFS-10		Emissioni Ordini	n.ro ordini	SI	PC	
AFS-11		Liquidazione fatture	n. fatture	SI	PC	
AFS-12		Inserimento contratti	N.ro contratti	SI	PC	
Direzione Sanitaria	DS-1	PROGRAMMAZIONE PREOSPEDALIZZAZIONE, SBLOCCHI SALE OPERATORIE, SBLOCCHI RICOVERI, EMAIL	FILE	SI	PC, STAMPANTE	
	DS-2	TELEFONATE PULIZIA LISTE DI ATTESA DELLE UU.OO ED EVENTUALI ALTRE CHIAMATE	FILE	NO	TELEFONO, AURICOLARI	

### Mappatura attività remotizzabili

UOC / UOS / UOSD	Codice attività	Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile	Modalità di verifica	Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No	Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).
	DS-3	REDAZIONE ATTI DELIBERATIVI DI COMPETENZA	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-4	TELEFONATE PRENOTAZIONI VACCINAZIONI	FILE	NO	TELEFONO, AURICOLARI
	DS-5	GESTIONE POSTA MAIL/PEC	FILE	NO	PC, STAMPANTE
	DS-6	GESTIONE PRESTAZIONI ESTERNE CON PROGRAMMA INSIDE OUT	FILE	NO	PC, STAMPANTE
	DS-7	TRASMISSIONE TURNI PREVENTIVI	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-8	GESTIONE FLUSSI E COMUNICAZIONI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-9	GESTIONE FILE SPECIALIZZANDI	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-10	PRESE SERVIZIO NUOVE ASSUNZIONI PERSONALE SANITARIO MEDICO	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-11	COMUNICAZIONI SCIOPERI SANITA'	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-12	VERBALI COMITATO DAI	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-13	GESTIONE POSTA DAI	FILE	SI	PC, STAMPANTE
	DS-14	Supporto ai medici, alla direzione e alla segreteria del cup per la pianificazione, modifica e creazione delle agende	MAIL	NO	PC, TELEFONO
	DS-15	Supporto al DEC del contratto SDS per la gestione del contratto	MAIL O RELAZIONE DIRIGENTE	NO	PC, TELEFONO
	DS-16	Analisi dei dati di attività degli sportelli al fine di migliorare l'accesso degli utenti e rimodulare gli orari di sportello	MAIL O RELAZIONE DIRIGENTE	SI	PC, TELEFONO
	DS-17	Supporto al controllo di gestione, bilancio, direzione sanitaria e direzione generale	MAIL	SI	PC, TELEFONO
	DS-18	Controllo formale, validazione e storicizzazione SDO	Applicativo ADT: SDO nello stato validato e poi storicizzate	SI	PC
	DS-19	Calcolo DRG e controllo sua congruità	Applicativo ADT: processo registrato su singola SDO	SI	PC
	DS-20	Invio flusso informativo SIO XL presso Regione	Registrazione su applicativo ADT dei singoli invii (monitor e funzione "importatore")	SI	PC
	DS-21	Controllo eventuali dati mancanti e controllo anagrafiche	Registrazione su applicativo ADT dei singoli invii con esito negativo(monitor)	SI	PC
	DS-22	Calcolo effettuato su estrazione dati da ADT attraverso applicativo access	Invio mail DG e Ing. Cozza	SI	PC
	DS-23	Calcolo effettuato su estrazione dati da ADT attraverso applicativo access	Invio mail DG e DS	SI	PC
	DS-24	Dato reperito su estrazione dati da ADT e gestito attraverso applicativo access	Invio mail Direttori Dip.	SI	PC
	DS-25	Dato reperito su estrazione dati da ADT e gestito attraverso applicativo access	Invio mail Direttori UUOO	SI	PC
	DS-26	Dato reperito su estrazione dati da ADT e gestito attraverso applicativo access	Invio mail Direttori UUOO	SI	PC
	DS-27	Colloquio con medico e calcolo DRG su Codefinder 3M	Registrazione evento	SI	PC e telefono
	DS-28	Creazione anagrafica operatore e assegnazione abilitazioni di reparto in ADT	Registrazione su applicativo ADT dell'utenza	SI	PC
	DS-29	Colloquio con medico e verifica codici su Codefinder 3M	Registrazione evento	SI	PC e telefono
	DS-30	Dato reperito su db ADT (o da altre fonti) e gestito attraverso applicativo access	Invio mail a soggetto richiedente	SI	PC
	DS-31	Intervento a riunioni in videoconferenza con soggetti interni (DS/DG) o esterni (Laziocrea)	Accesso presso link inviato su propria mail	NO	PC (o smartphone) ed eventuale webcam o microfono
	DS-32	Attività di supporto scritto su problemi segnalati per iscritto sulle mail (DRG, codifica, procedure aziendali, gestione stranieri, etc.)	Invio mail	NO	PC
	DS-33	Trasmissione Cup previo autorizzazione D.S.	Tramite e-mail dedicata	NO	PC
	DS-34	Pianificazione delle richieste	Tramite e-mail dedicata e ADT	SI	PC e sporadicamente il telefono
	DS-35	Inserimento nuovi medici prescrittori	Tramite e-mail aziendale e ASUR	SI	PC
	DS-36	Abilitazioni dei medici al portale	Tramite e-mail aziendale e TS	NO	PC
	DS-37	Canale di indirizzo dei medici e pazienti	Tramite e-mail dedicata	NO	PC e numero 4 ore settimanali di telefono
	DS-38	Gestione prestazione sanitarie	Tramite UNICA	SI	PC

<b>Mappatura attività remotizzabili</b>					
<b>UOC / UOS / UOSD</b>	<b>Codice attività</b>	<b>Descrizione Sintetica del Processo remotizzabile</b>	<b>Modalità di verifica</b>	<b>Necessario utilizzo "VPN" o "CLOUD" - Si o No</b>	<b>Indicare dispositivi necessari per lo svolgimento del processo (pc, stampante, telefono, auricolari, videocamera, scanner o altri dispositivi).</b>
	DS-39	statistiche ricettari	Tramite ADT	SI	PC, TELEFONO, STAMPANTE
	DS-40	Apertura, lettura, lavorazione o inoltro alla Segreteria Sds.	mail	Si	PC
	DS-41	Creazione Agenda	Agende	No	PC
	DS-42	Modifica Agenda	Agende	No	PC
	DS-43	Chiusura Agenda	Agende	No	PC
	DS-44	Chiamate ai Pazienti sospesi	Agende	No	PC, Stampante, Telefono - auricolari.
	DS-45	Inserimento Mensile Pazienti Dialisi Peritoneale	Agende	No	PC
	DS-46	Inserimento Mensile Pazienti Emo-Dialisi	Agende	No	PC
	DS-47	Creazione File XL- Sias	file	No	PC
	DS-48	Invio File XL	file	SI	PC
	DS-49	Chiamate ai Pazienti	Agende	SI	PC, Stampante, Telefono - auricolari.
	DS-50	Visione Piani di lavoro	file	SI	PC, Stampante.
	DS-51	Riepilogo mensile ed invio mail alla D.S.	mail	SI	PC
	DS-52	Estrazione dati da Plutone e confronto son Spanu	Agende	SI	PC
	DS-53	Verifica e controllo impegnative Scannerizzate	Agende	SI	PC
	DS-54	Verifica e controllo Piani di lavoro Scannerizzati	Agende	SI	PC
	DS-55	Riepilogo mensile ed invio mail alla D.S. e Segreteria Sds	mail	SI	PC

### **3.2.4. Condizionalità degli accordi di lavoro agile**

Una condizionalità è costituita da una premessa di fattibilità, ossia che la prestazione possa essere eseguita in modalità agile e cioè quando:

1. è possibile delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al lavoratore, senza che sia necessaria la costante presenza fisica di quest'ultimo nella sede di lavoro;
2. lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta compatibile con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il lavoratore è assegnato;
3. l'attività da svolgere non prevede il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o un ambulatorio/struttura sanitaria;
4. è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, compresa l'eventuale attivazione delle necessarie procedure informatiche e di collegamento alla rete aziendale;
5. il lavoratore ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa in piena autonomia, pur sempre nel rispetto degli obiettivi prefissati;
6. è possibile monitorare e valutare, mediante apposita rendicontazione periodica da conservare agli atti, i risultati delle attività assegnate al lavoratore rispetto agli obiettivi programmati.

### 3.2.5. I dati del lavoro agile per l'anno 2023

La tabella sottostante (n. 1) riporta, in particolare, i dati relativi all'utilizzo dello smart-working (in termini di giornate rilevate) nell'anno 2023. Il confronto dei giorni lavorati da remoto negli anni 2021, 2022 e 2023 attesta palesemente come il dato fenomenico sia il diretto portato dell'evoluzione nel tempo della disciplina normativa in materia di lavoro agile determinata dalla conclusione della fase emergenziale e dall'utilizzo a regime del lavoro agile quale modalità organizzativa di espletamento della prestazione lavorativa dei dipendenti del Policlinico Tor Vergata.

**Tab. 1 – Numero giornate lavoro agile 2023**

NUMERO GIORNATE IN MODALITA' LAVORO AGILE CONFRONTO ANNO 2021 - ANNO 2022 – ANNO 2023									
CENTRO DI COSTO	AZIENDA 2023	FONDAZION E 2023	TOTALE 2023	AZIENDA 2022	FONDAZION E 2022	TOTALE 2022	AZIENDA 2021	FONDAZION NE 2021	TOTALE 2021
CCCCCCCCPOL-COSTI COMUNI AZIENDALI POLIAMBULATORIO				27	15	42			
DAMACQACQCOM-U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori COSTI COMUNI	119	29	148	23	4	27	218	102	320
DAMAFGAFGCOM-U.O.C. Affari Generali COSTI COMUNI	206	49	255	53	15	68	496		496
DAMGRUGRUCOM-U.O.C. Gestione e sviluppo risorse umane	1032	301	1333	704	99	803	1080	264	1344
DAMREFREFCOM-U.O.C. Risorse economico finanziarie COSTI COMUNI	198	216	414	71	214	285	428	174	602
DGEAPSAPSCMF-Unit del Comfort ospedaliero e logistica sanitaria	31	0	31	0	0	0	0	0	0
DGEAPSDITCOM-U.O.S.D. Direzione Tecnica	0	0	0	104		104	52		52
DGEATPATPCOM-U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione COSTI COMUNI	701	507	1208	500	260	760	463	129	592
DGEDGEDGECOM- DIREZIONE GENERALE COSTI COMUNI	0	0	0	5		5			
DGECODCODCOM-UOC Controllo Direzionale	0	3	3	0					
DGESINSINCOM-U.O.S.D. SISTEMI INFORMATIVI	0	0	0		9	9	67		67
DGEOPMOPMCRG-UOSD Operation Management	14	0	14	11		11	60		60
DONAFOPMICOM- UOSD Patologie Mieloproliferative COSI COMUNI	31	0	31	0	0	0	0	0	0
DONGENGENCOM-U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica COSTI COMUNI	41	0	41	12		12	16		16

<i>DONNUCCOM-U.O.C. Medicina Nucleare COSTI COMUNI</i>	52	0	52	21		21	59		59
<i>DPAAFSTANCOM-U.O.S.D. Terapia Antalgica COSTI COMUNI</i>	0	0	0	5		5	4		4
<i>DPAAFSTRACOM-U.O.S.D. Medicina Trasfusionale COSTI COMUNI</i>	0	0	0	13		13			
<i>DPAFISFISCOM-Programma Aziendale Fisiatria COSTI COMUNI</i>	3	0	3	2		2	9		9
<i>DSADSADSACOM-DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE</i>	741	96	837	714	133	847	1579	239	1818
<i>DSADSAGTBCOM-Unit Governo tecnologie biomediche</i>	0	61	61	4	98	102		9	9
<i>DSMGASGASCOM-U.O.C. Gastroenterologia COSTI COMUNI</i>	0	0	0	10		10			
<i>DSMNUTNUTCOM-Programma Aziendale Nutrizione Clinica COSTI COMUNI</i>	0	0	0	106		106	225		225
<i>DGESPPSPPCOM-Servizio prevenzione e protezione COSTI COMUNI</i>	20	26	46		112	112		236	236
<i>DPAAFLAISCOM-U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico COSTI COMUNI</i>	0	14	14		89	89			
<i>DSAALPALPCOM-U.O.S.D. Alpi</i>	218	108	326		6	6			
<i>DSAPFDPFDCOM-U.O.C. Politica del farmaco e dei dispositivi medici COSTI COMUNI</i>	41	0	41		12	12	76	16	92
<i>DSCGINGINCOM-U.O.C. Ginecologia COSTI COMUNI</i>	0	82	82		109	109		98	98
<i>DPAAFLAFLCOM – Area Funzionale Diagnostica di Laboratorio</i>	157	0	157						
<i>DSAAFIAFICOM- UOSD Governo dell'appropriatezza flussi informativi e cartelle cliniche</i>	16	0	16						
<i>DSMDIADIACOM-U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi COSTI COMUNI</i>	0	0	0		1	1			
<i>DPAAFDFDTER-Area Funzionale Diagnostica Per Immagini</i>	0	0	0					16	16
<i>DPAAFDFDCOM-Area Funzionale Diagnostica Per Immagini</i>	0	0	0				3		3
<i>CCCCCCCCCEI-Comitato Etico Indipendente</i>	0	0	0				21		21
<i>DGEAPSAPSCMF-Comfort</i>	0	0	0				107		107
<i>DGEMLVMLVCOM-Medicina Del Lavoro</i>	0	0	0				12		12
<i>DGECODCODCOM-UOC Controllo Direzionale C.C.</i>	0	0	0				43	62	105
<i>DONRTRRTCOTCOM-Radioterapia</i>	0	0	0				32		32
<b>TOTALE</b>	<b>3621</b>	<b>1492</b>	<b>5113</b>	<b>2385</b>	<b>1176</b>	<b>3561</b>	<b>5050</b>	<b>1345</b>	<b>6395</b>

Per meglio interpretare e contestualizzare i dati relativi al ricorso al lavoro agile, tuttavia, occorre tenere conto delle caratteristiche del personale che opera all'interno del Policlinico. La successiva tabella (n. 2) illustra la situazione del personale alla data del 31/12/2023. Al riguardo occorre tenere presente che il personale dipendente del PTV è costituito in prevalenza da personale sanitario le cui prestazioni non possono essere svolte in modalità agile. Altro dato che risulta essere significativo è la prevalenza della componente femminile, considerato che il lavoro agile, oltre ad essere un utile strumento organizzativo, si colloca nell'ambito delle politiche di conciliazione vita-lavoro a supporto della gestione da parte del personale degli oneri di cura familiare che, nel nostro Paese, ricadono principalmente sulle donne.

**Tab. 2 - Situazione del personale al 31.12.2023**

<b>PERSONALE DIPENDENTE A.O.U. POLICLINICO TOR VERGATA</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	112	41	73%	27%	153
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	2	0%	100%	2
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	521	175	75%	25%	696
COMPARTO	RUOLO TECNICO	6	7	46%	54%	13
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>639</b>	<b>225</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>864</b>
DIRIGENZA AMM.VA/PROF.LE/TECNICA		1	1	50%	50%	2
DIRIGENZA SANITARIA		2	1	67%	33%	3
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>
<b>TOTALE</b>		<b>642</b>	<b>227</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>869</b>
<b>PERSONALE DIPENDENTE FONDAZIONE PTV</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	28	20	58%	42%	48
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	373	148	72%	28%	521
COMPARTO	RUOLO TECNICO	10	16	38%	62%	26
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>411</b>	<b>184</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>595</b>
DIRIGENZA AMM.VA/PROF.LE/TECNICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	4	4	50%	50%	8
	RUOLO PROFESSIONALE	1	2	33%	67%	3
	RUOLO TECNICO	0	1	0%	100%	1
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	165	133	55%	45%	298

DIRIGENZA SANITARIO	RUOLO SANITARIO	12	9	57%	43%	21
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>182</b>	<b>149</b>	<b>55%</b>	<b>45%</b>	<b>331</b>
<b>TOTALE</b>		<b>593</b>	<b>333</b>	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>926</b>

**Tab. 3 – Lavoratori agili anno 2023**

#### **A.O.U. POLICLINICO TOR VERGATA**

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>RUOLO</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	68	24	74%	26%	92
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	2	0	100%	0%	2
COMPARTO	RUOLO TECNICO	2	0	100%	0%	2
<b>TOTALE</b>		<b>72</b>	<b>24</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>96</b>

#### **FONDAZIONE PTV**

<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	22	10	69%	31%	32
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	0	0			0
COMPARTO	RUOLO TECNICO	4	2	67%	33%	6
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>26</b>	<b>12</b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>	<b>38</b>
DIRIGENZA	RUOLO AMMINISTRATIVO	0	0			0
DIRIGENZA	RUOLO SANITARIO	1	0	100%	0%	1
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>27</b>	<b>12</b>	<b>67%</b>	<b>33%</b>	<b>40</b>
<b>AZIENDA E FONDAZIONE</b>						<b>TOTALE</b>
<b>TOTALE</b>		<b>99</b>	<b>36</b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>	<b>135</b>

### **3.2.6. Ulteriore sviluppo del lavoro agile**

Si ritiene utile, innanzitutto, riepilogare di seguito i punti di forza dell'esperienza maturata finora e i principali sviluppi previsti.

#### ***Salute organizzativa***

L'adozione di una regolamentazione interna nonché delle diverse misure organizzative per la gestione ed il monitoraggio del lavoro agile nel corso del 2023 rappresentano senza dubbio il primo dei punti di forza. Un ruolo di rilievo nella comunicazione interna ricopre inoltre la connessione VPN

(Virtual Private Network). Il singolo dipendente dispone di un canale personale, attraverso il quale può connettersi ai diversi sottosistemi in uso, a cominciare dai servizi a disposizione del dipendente (cartellino presenze/assenze, cedolini, cu). Sono quindi disponibili: motori di ricerca, posta elettronica, eventi e scadenze, sito intranet, protocollazione e archivio atti, sistema amministrativo-contabile, sistema gestione del personale giuridico/economico, ecc. La condivisione dei contenuti e delle informazioni stimola la creazione di un ambiente di lavoro collaborativo e permeabile all'innovazione. L'attivazione dell'help desk informatico dedicato al lavoro agile garantisce il necessario supporto ai lavoratori per lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto.

I principali punti di forza a livello organizzativo sono i seguenti:

- regolamentazione interna in materia di lavoro agile;
- Monitoraggio del lavoro agile e coordinamento organizzativo;
- tutte le attività svolte sono individuate all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della performance in un sistema gerarchico di obiettivi;
- tutti i dipendenti sono attribuiti a tali attività, e pertanto lavorano per obiettivi;

### ***Salute professionale***

L'Amministrazione proseguirà nel triennio 2024-2026 la strada intrapresa per la digitalizzazione graduale dei propri processi di lavoro. L'evoluzione digitale richiederà un investimento formativo, tra l'altro, in ambito di:

- *soft skill* e nuove metodologie (facilitazione e influenza, principi di *change management*);
- autoconsapevolezza cognitiva per l'innovazione ed elementi di *design thinking*;
- laboratori su competenze digitali tecniche (gestione documentale digitale, strumenti collaborativi);
- competenze direzionali organizzative in materia di lavoro agile.

A tal fine per la rilevazione del fabbisogno formativo per l'anno 2024 è stata prevista una sezione appositamente dedicata al lavoro agile, finalizzata allo sviluppo delle competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile.

## ***Salute digitale e sviluppi tecnologici***

Dal 2020, al fine di ottimizzare l'erogazione dei servizi in particolare durante il periodo dell'emergenza epidemiologica COVID-19, l'Amministrazione ha adottato una soluzione tecnica che consente tramite un accesso sicuro (VPN) ai dipendenti di accedere ai sistemi gestionali e ai dati in condivisione. Il collegamento avviene utilizzando strumentazione messa a disposizione dall'Azienda o in alternativa di proprietà dei lavoratori. Per il triennio 2024-2026 si prevede un ulteriore approvvigionamento di strumentazioni tecnologiche atte a:

- favorire una trasformazione digitale a supporto di una PA più efficiente, trasparente, vicina ai cittadini e ai pazienti.
- realizzare una strategia e un modello di governo dei dati, che consentano di valorizzare dati e open data come leva per la trasformazione digitale dell'Azienda.

migliorare e potenziare l'infrastruttura digitale esistente per garantire il supporto informatico più adeguato a tutti i processi che richiedono tecnologie e infrastrutture ICT per il triennio 2024-2026.

### **3.2.7. Percorsi di formazione**

I lavoratori dell'Azienda, anche attraverso la formazione, devono avvertire di non essere isolati. In caso di problemi con le tecnologie devono sapere che hanno a disposizione i colleghi e gli strumenti che li aiuteranno a superare eventuali criticità. Non è solo il lavoratore coinvolto nel lavoro agile che sta lavorando a distanza, è tutto il gruppo di lavoro che sta lavorando a distanza: tutti i soggetti coinvolti e tutta la struttura attraverso le tecnologie possono realizzare una vicinanza virtuale che consente di svolgere la normale attività produttiva. La formazione in tale ambito si baserà su tre pilastri:

- l'aspetto tecnico operativo finalizzato all'utilizzo delle apparecchiature e al rispetto delle procedure;
- l'aspetto organizzativo con enfasi sul gruppo;
- l'aspetto giuridico-contrattuale che prenderà in esame tutte le disposizioni di Legge e le policy aziendali vigenti, ivi compresa l'illustrazione degli specifici rischi lavorativi (D.Lgs. 81/08) nonché le disposizioni in materia di trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 - GDPR e dal D.Lgs. 196/03 e s.m.i.).

Per i dipendenti in lavoro agile è prevista dunque una specifica formazione nell'arco del triennio 2024-2026.

### **3.2.8. Potere direttivo, di controllo e disciplinare**

La modalità di lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso la sede di lavoro.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori della sede si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente in lavoro agile e diretto responsabile saranno condivisi, obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e responsabile si confronteranno almeno con cadenza periodica sullo stato di avanzamento del lavoro. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile, il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento aziendale.

### **3.3.Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni del personale**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è il documento che guida la programmazione del fabbisogno del personale dal punto di vista qualitativo e quantitativo e l'evoluzione dell'organizzazione nel periodo di riferimento. È previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo dettate con Decreto del Ministro per la Semplificazione e la P.A. dell'8 maggio 2018 e con le Linee Guida regionali (rif. Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria/Area Risorse Umane prot. n. 840623 del 19/10/2021 e, da ultimo, prot. n. U1288487 del 10/11/2023). La proposta di PTFP 2023-2025 è stata trasmessa alla competente Direzione Regionale ai fini dell'approvazione con nota

prot. n. 28106 del 29.12.2023. Nella redazione del PTFP del Policlinico Tor Vergata, oltre alla diversa natura delle tipologie contrattuali (personale dipendente, personale universitario strutturato, personale a convenzione, CO.CO.CO., con rapporto libero professionale), si è tenuto conto delle priorità di intervento, degli obiettivi nonché della necessità di ulteriore consolidamento dei rapporti di lavoro di natura temporanea già in essere presso il Policlinico.

### **3.3.1. Assunzioni anno 2023**

Nel corso dell'anno 2023 sono state concluse 229 procedure di assunzione (207 teste equ.), effettuate nel rispetto dei criteri sotto riportati:

- assunzioni di personale da procedure avviate nel corso dell'anno 2022 e non ancora definite, previste nel PTFP già autorizzato dalla Regione Lazio per il triennio 2021/2023;
- assunzioni di ulteriore unità di personale in esito all'implementazione delle nuove attività nell'anno 2023, con conseguente integrazione nel PTFP 2022/2024;
- proroga al 31/12/2023 dei contratti a tempo determinato attivi al 31/12/2022, autorizzata con nota della Regione Lazio, U1232076/22 in esito all'accordo con le OO.SS. del 28/11/2022;
- rideterminazione del trattamento economico in godimento per effetto del rinnovo contrattuale del Comparto Sanità 2019/2021 sottoscritto in data 02/11/2022

Tutte le assunzioni sono state effettuate previo recepimento di espressa autorizzazione della Direzione regionale competente, in ottemperanza alle disposizioni dettate dalla Regione Lazio/Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria/Area Risorse Umane con Determinazione n. G05286/23, a partire dal 18 aprile 2023.

### ***Processi di Stabilizzazione***

L'anno 2023 si è principalmente caratterizzato per il consolidamento di processi di stabilizzazione di personale, con conseguente rafforzamento degli organici per effetto della trasformazione di personale con rapporto a tempo determinato in personale in servizio di ruolo, in esito a procedure già avviate negli anni precedenti, di opzione ex DCA n. U00464/18 ed ex D.D. n. G06240/2021, come modificata con D.D. n. G12112 del 06/10/2021, mediante accordi convenzionali con le Aziende titolari di graduatoria nonché in applicazione della disciplina transitoria di cui all'art. 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 75/17 e s.m.i. (cd. Legge Madia) e alla Legge n.234/21 (L. di Bilancio 2022), art. 1, comma 268, lett. b).

I suddetti processi di stabilizzazione, realizzati ad invarianza di costi, hanno interessato prioritariamente il personale sanitario titolare di contratto di natura temporanea, acquisito nel biennio 2021/2022 per far fronte a necessità di carattere assistenziale derivanti dall'emergenza pandemica,

confermato per l'anno 2023 in sede previsionale in ossequio alle direttive di politica sanitaria regionale e nazionale rivolta al mantenimento in via stabile dei seguenti Servizi attivati in relazione all'emergenza pandemica e, pertanto, confermato in servizio e impegnato in servizi di rilevante strategicità, come di seguito dettagliato:

- **AREA DELL'EMERGENZA:** percorsi separati per il Pronto Soccorso (pre-triage, triage, box visite medici, box visite chirurgici, sala rossa, OBI), in termini, a regime, di strutturato percorso respiratorio nel DEA;
- **RETI TEMPO DIPENDENTI:** garanzia dell'offerta sanitaria relativa alle reti tempo dipendenti, per le quali, durante la fase-1, sono state previste parziali rimodulazioni e, talora, deviazioni presso altre strutture;
- **PERCORSI, COVID/NO COVID:** mantenimento nell'Area dell'emergenza di doppi percorsi, covid/no covid, per tutte le attività mediche e chirurgiche;
- **MALATTIE INFETTIVE:** incremento di posti letto di malattie infettive ad alta intensità di cura (da n. 16 p.l. a n. 28 p.l., di cui n. 10 p.l. di sub-intensiva);
- **PNEUMOLOGIA:** trasformazione di n. 12 posti letto di pneumologia in sub-intensiva pneumologica;
- **TERAPIA INTENSIVA:** incremento di n. 13 posti letto.

n.	STABILIZZAZIONI A TEMPO INDETERMINATO	
20	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	STABILIZZAZIONE 18 mesi - LEGGE n. 234/21 art. 1, c. 268, lett. b)
2	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOM.	STABILIZZAZIONE 18 mesi - LEGGE n. 234/21 art. 1, c. 268, lett. b)
4	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	STABILIZZAZIONE 18 mesi - LEGGE n. 234/21 art. 1, c. 268, lett. b)
1	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
6	DM ANESTESIA E RIANIMAZIONE	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
2	DM CARDIOLOGIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM CHIRURGIA GENERALE	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM CHIRURGIA VASCOLARE	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
3	DS FARMACISTA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM GASTROENTEROLOGIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM GINECOLOGIA E OSTETRICIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
5	DM MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM MALATTIE INFETTIVE	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
2	DM MED. E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM MEDICINA INTERNA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
8	DM NEUROLOGIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
3	DM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
1	DM REUMATOLOGIA	OPZIONE ex DCA n. U00464/18 D.D. n. G06240/21-D.D. n. G12112/21
<b>63</b>	<b>TOTALE</b>	

### ***Assunzioni di personale ex novo***

Per quanto attiene le assunzioni di personale ex novo per l'anno 2023, le stesse hanno principalmente interessato profili afferenti alla Dirigenza Medica ed al ruolo sanitario del Comparto, destinate alle strutture operative aziendali interessate da carenza di personale ovvero da cessazioni intervenute in esito a quiescenza, mobilità e dimissioni che ne hanno inficiato l'ordinaria operatività:

<b>n.</b>	<b>ASSUNZIONI EX NOVO - A TEMPO INDETERMINATO</b>	
2	DM GINECOLOGIA E OSTETRICIA	MOBILITÀ GENERALE
1	DM MEDICINA NUCLEARE	MOBILITÀ GENERALE
2	DM PSICHIATRIA	MOBILITÀ GENERALE
2	COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE ing. Civile	UTILIZZO GRAD. CONCORSO PUBBLICO SSR
5	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	UTILIZZO GRAD. CONCORSO PUBBLICO PTV
3	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	AGGREGAZIONE CONCORSO SSR
2	DM CARDIOLOGIA	AGGREGAZIONE CONCORSO SSR
5	DM CHIRURGIA GENERALE	UTILIZZO GRAD. CONCORSO PUBBLICO
1	DM MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	RICOSTITUZIONE RAPPORTO
2	DM RADIODIAGNOSTICA	UTILIZZO GRAD. CONCORSO PUBBLICO PTV
1	DS BIOLOGO	IMMISSIONE IN RUOLO
<b>26</b>	<b>TOTALE</b>	

<b>n.</b>	<b>ASSUNZIONI EX NOVO - A TEMPO DETERMINATO</b>	
2	DM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	INCARICO TD SOSTITUZIONE
20	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	INCARICO TD SOSTITUZIONE
<b>22</b>		

### ***Riqualficazione e valorizzazione delle professionalità interne:***

Nell'anno 2023, coerentemente con le risorse destinate nel triennio 2020-2022 ai passaggi alla categoria immediatamente superiore del personale interno del Policlinico (50% dei posti disponibili, con contestuale indisponibilità di almeno il 50% delle posizioni destinate alla copertura mediante accesso dall'esterno tramite pubblici concorsi), è stato destinato alla progressione verticale nella categoria/fascia AOU e profilo professionale immediatamente superiori rispetto a quelle di appartenenza per specifici profili di personale del Comparto, individuati in coerenza con le necessità di sviluppo aziendale:

<b>n.</b>	<b>ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO - PROGRESSIONI VERTICALI</b>	
9	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	Progressione verticale
2	ASSISTENTE TECNICO	Progressione verticale
4	COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	Progressione verticale
4	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE SENIOR	Progressione verticale
7	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	Progressione verticale
10	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. SENIOR	Progressione verticale

1	COLL.PROF.SAN.SENIOR - TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO	Progressione verticale
2	COLL.PROF.SAN.SENIOR - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	Progressione verticale
2	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TECNICO SENIOR	Progressione verticale
41		

Sempre nell'ottica di riqualificazione e valorizzazione delle professionalità interne sono stati definiti i seguenti passaggi orizzontali all'interno della medesima categoria, tra profili diversi dello stesso livello economico:

n.	TEMPO INDETERMINATO/CAMBIO QUALIFICA	
1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	CAMBIO QUALIFICA Operatore T.
2	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	CAMBIO QUALIFICA infermiere
1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	CAMBIO QUALIFICA Ass. amm.
2	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. OSTETRICA	CAMBIO QUALIFICA infermiere
1	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TER. RIAB. (FISIOTERAPIA)	CAMBIO QUALIFICA infermiere
7		

### ***Personale SSN Covid prorogato nelle more delle procedure di stabilizzazione***

Come noto il PTV era stato individuato, nell'ambito della programmazione regionale, sin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, quale Covid Hospital. In tale veste al fine di far fronte ai gravosi compiti di assicurare un'adeguata tutela della salute pubblica in termini di offerta assistenziale dedicata, specialmente nell'ambito delle discipline direttamente coinvolte, nel corso del 2022 il Policlinico ha continuato nella sua azione di contrasto alla pandemia sanitaria adeguando la risposta alle esigenze mutevoli imposte dall'evoluzione dell'infezione da SARS-CoV-2, anche in relazione agli effetti distorsivi sui bisogni di assistenza ordinaria, mediante una decisa revisione incrementale del fabbisogno di personale per l'anno 2022.

In ossequio alle direttive di politica sanitaria regionale e nazionale, rivolta al mantenimento in via stabile di servizi attivati in relazione all'emergenza pandemica, detta implementazione è stata confermata in sede previsionale per l'anno 2023, comportando nel medesimo anno numerosi processi di stabilizzazione - concretizzati ad invarianza di costi – del personale sanitario impegnato in servizi di rilevante strategicità, acquisito negli anni 2021/2022 in esito all'emergenza Covid, già titolare di contratto di natura temporanea.

Al netto delle procedure di stabilizzazione definite nel corso 2023, il personale a tempo determinato in scadenza al 31/12/2023, acquisito in correlazione all'emergenza Covid e prorogato sui bisogni di assistenza ordinaria nelle more delle procedure di stabilizzazione, è quello dettagliato nelle tabelle seguenti:

PERSONALE DIPENDENTE SSN						
AREA	PROFILO	disciplina	SPECIALISTI	Specializzandi		
SSN	MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	2		
SSN	MEDICO	GASTROENTEROLOGIA	3			
SSN	MEDICO	GERIATRIA		2		
SSN	MEDICO	MALATTIE DELL'APP. RESPIRATORIO		1		
SSN	MEDICO	MALATTIE INFETTIVE	5			
SSN	MEDICO	MCAU	3			
SSN	MEDICO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		1		
SSN	MEDICO	MEDICINA INTERNA	23	5		
			<b>38</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>Tot. Medici</b>

AREA	PROFILO	disciplina	SPECIALISTI	Specializzandi		
SSN	DS	BIOLOGO	2			
SSN	DS	FARMACISTA	1	1		
			<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>Tot. Dir. Sanitaria</b>

AREA	PROFILO	qualifica		
SSN	COMPARTO	INFERMIERE	62	
SSN	COMPARTO	TSLB	7	
			<b>69</b>	<b>Tot. Comparto</b>

INCARICHI ART. 7 c.6 D.LGS. n. 165/2001						
QUALIFICA	BRANCA/DISCIPLINA	unità	Mh 31/12/23	T.Equ.	SPECIALISTI	Specializzandi
Medico	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	98	2,6	1	2
Medico	CHIRURGIA GENERALE	3	90	2,4		3
Medico	CHIRURGIA TORACICA	1	30	0,8		1
Medico	MEDICINA DEL LAVORO	4	120	3,2	1	3
Medico	MEDICINA INTERNA	4	120	3,2	1	3
Medico	OTORINOLARINGOIATRIA	2	60	1,6		2
Medico	PSICHIATRIA	5	150	3,9		5
Medico	RADIODIAGNOSTICA	4	120	3,2		4
DS	BIOLOGO	1	25	0,7	1	
Medico	nessuna specializzazione	1	38	1,0		
		<b>28</b>	<b>851</b>	<b>22,4</b>		

### **Personale Convenzionato A.C.N.**

Sul piano degli interventi che hanno interessato il personale convenzionato ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali è stato dato corso alle autorizzazioni regionali intervenute a legittimare l'incremento del numero di ore contrattuali ad alcune unità di detto personale operante presso strutture/servizi che nell'anno hanno registrato particolari carenze o per potenziare talune aree ritenute aziendaliamente strategiche. Tale incremento ha consentito di riassorbire quota parte delle ore di plus orario garantite da tale personale con notevoli risparmi a bilancio:

n.	INCREMENTO ORE SETT. MEDICI SPEC. AMB. - branca	Ore sett.	TESTE EQUIV.
1	ODONTOIATRIA	25	0,66
5	RADIODIAGNOSTICA	4	0,11
1	RADIOTERAPIA	6	0,16
4	CARDIOLOGIA	2	0,05
1	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	9	0,24
4	ENDOCRINOLOGIA	8	0,21
2	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA AMB. DI LAVORO	8	0,21
2	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4	0,11
3	OTORINOLARINGOIATRIA	17	0,45
1	PATOLOGIA CLINICA	38	1,00
3	OFTALMOLOGIA	7	0,18
1	MEDICINA NUCLEARE	30	0,79
<b>28</b>	<b>UNITA' COINVOLTE</b>	<b>158</b>	<b>4,16</b>
<b>4</b>	<b>TESTE EQUIVALENTI</b>		

Inoltre, nel corso dell'anno 2023, come già accaduto negli anni passati, 2 professionisti con rapporto convenzionale hanno optato, in esito a scorrimento di graduatoria concorsuale, per il rapporto di lavoro dipendente. Tale operazione ha comportato la diminuzione delle voci di spesa del personale a convenzione e dell'incremento di quelle del personale dipendente.

### *Personale Universitario*

Per l'anno 2023 sono state concluse le seguenti nuove strutturazioni:

n.	Profilo	Ore sett.	TESTE EQUIV.
1	COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE	36	1
1	BIOCHIMICA CLINICA	28	0,74
1	EMATOLOGIA	28	0,74
1	UROLOGIA	28	0,74
1	MEDICINA LEGALE	28	0,74
1	NEFROLOGIA	28	0,74
1	OFTALMOLOGIA	28	0,74
1	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	28	0,74
1	CARDIOLOGIA	28	0,74
<b>9</b>		<b>224</b>	<b>7</b>

### **3.3.2. Attivazioni anno 2023**

Le procedure assunzionali intervenute nel corso dell'anno 2023 hanno consentito lo svolgimento delle seguenti prestazioni/attività assistenziali:

#### **ATTIVAZIONI ANNO 2023**

- acquisizione di Dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione per l'attivazione di n. 13 sale operatorie, di cui n. 4 in regime di Day Surgery, in aggiunta alle attuali, ma con orario di

servizio pomeridiano, in modo da garantire un'attività chirurgica di bassa e media intensità, con orario 8-20, al fine di fronte dello smaltimento delle liste d'attesa e di rispondere ai requisiti minimi richiesti DCA 8/2011 e s.m.i.

- acquisizione di Dirigenti Medici di Cardiocirurgia, per lo sviluppo delle attività dell'HUB di Cardiocirurgia e per l'aumento dell'organico in risposta ai requisiti minimi assistenziali richiesti dal DCA 8/2011 e s.m.i., allegato C;
- acquisizione di Dirigenti Medici di Cardiologia, funzionale allo sviluppo delle attività della Rete HUB del PTV e all'implementazione delle attività della cardiologia interventistica, dell'interventistica strutturale e dell'elettrofisiologia, in modo da poter rispondere all'aumentato volume delle richieste correlate alle esistenti convenzioni con le A.S.L. della Regione Lazio ed alle necessità dei pazienti del territorio delle ASL confinanti;
- acquisizione di Dirigenti Medici di Chirurgia Generale: necessari per lo sviluppo della BREAST UNIT, eletta a centro di riferimento regionale, con previsione di incremento degli interventi chirurgici da 200 a 400; necessari a potenziare la U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza, ai fini dell'osservanza dei requisiti minimi richiesti dal DCA 8/2011 e s.m.i. e per l'attivazione di n. 1 guardia chirurgica attiva interdivisionale H. 24 e di n. 1 guardia chirurgica attiva presso il Box chirurgico in P.S.;
- acquisizione Dirigenti Farmacisti in Farmacia Ospedaliera, per l'attivazione del Laboratorio Galenico all'interno del Policlinico, in funzione delle necessità del PTV e delle A.S.L. territorialmente confinanti; per l'attività ordinaria della Farmacia clinica interessata da recenti dimissioni di Farmacisti in possesso di specifica esperienza maturata nell'ambito di una struttura ospedaliera, mai sostituiti;
- acquisizione Dirigenti Medici – disciplina di Malattie Infettive, per la stabilizzazione del percorso dedicato alle Malattie Infettive presso il P.S., Box Malattie Infettive attivo H. 24, avviato nel corso dell'emergenza sanitaria da pandemia da SARS-CoV-2 e per l'incremento della dotazione di posti letto dedicati;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Medicina Nucleare, per la re-internalizzazione del servizio di PET-TC, attualmente affidato a servizio esternalizzato, con conseguente risparmio economico ed efficientamento organizzativo;
- acquisizione di Dirigenti Medici – disciplina di Ortopedia e Traumatologia, per adeguamento della pianta organica delle strutture traumatologiche dedicate; per le esigenze del P.S. Box Ortopedia e Traumatologia, funzionante H. 24, ai fini dell'adeguamento del PTV a DEA di II livello;

- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Radiodiagnostica (n. 4 nel 2022 e n. 3 nel 2023), per l'attivazione di una seconda TC in P.S., in funzione delle maggiori richieste conseguenza dell'adeguamento del P.S. del PTV a DEA di II livello e per soddisfare le aumentate necessità di assistenza e supporto ai degenti ed agli utenti esterni;
- acquisizione di Dirigenti Medici – disciplina di Radioterapia e Fisico Nucleare, per l'apertura pomeridiana del terzo acceleratore lineare, necessario a soddisfare le aumentate richieste provenienti dal territorio.

### **3.3.3. Assunzioni anno 2024-2025**

La pianificazione del fabbisogno di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell'Azienda con il rispetto della sostenibilità economica delle scelte organizzative adottate, nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni, ispirandosi ai principi di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta pianificazione delle politiche del personale e di reclutamento di nuove risorse.

In funzione evolutiva, valutate le attività assistenziali che devono essere consolidate e implementate nell'ottica di una politica di sviluppo del PTV nelle varie UU.OO., tenendo conto del personale presente e operativo distinto secondo le varie tipologie contrattuali, per il biennio 2024-2025 assumono particolare rilevanza i seguenti progetti:

#### **ANNO 2024**

In relazione alla Programmazione della Rete Ospedaliera 2024 – 2026, è previsto per il PTV un incremento di posti letto totali pari a n° 671, di cui 605 ordinari e 66 di Day Hospital, di seguito descritti nel dettaglio e l'attivazione del DEA di II livello, a partire dal 1 gennaio 2024.

Si realizzerà tra il 2024 e il 2025 un adeguamento strutturale del DEA, con ampliamento degli attuali spazi e separazione del percorso del paziente infetto; verrà inoltre spostata la sala rossa nell'attuale Terapia intensiva DEA, mentre la Terapia intensiva DEA verrà collocata al I piano: dotazione personale anestesista ed infermieristico adeguato alle necessità di un DEA di II livello

- Incremento della Urologia a 21 posti letto ordinari ed implementazione della chirurgia urologica mininvasiva robotica (1 UOSD con relativa dotazione di personale e apparecchiature)
- Progetto Trapianto di cuore
- UOSD chirurgia plastica e ricostruttiva e UOS maxillofacciale con 9 posti letto ordinari

- Apertura di n. 40 posti letto di Medicina generale per un totale di n. 100 posti letto
- Apertura di n. 20 posti letto ordinari di Geriatria
- Incremento di posti letto di UTN da 8 a n. 12
- Incremento dei posti letto di Pneumologia da 20 a 28 con apertura di n. 8 posti letto di terapia subintensiva respiratoria
- Attivazione di 5 posti letto di Epatologia e Nutrizione clinica
- Incremento dei posti letto di Oncologia da 10 a 12
- Incremento dei posti letto di Oculistica a n. 4
- Incremento dell'Ortopedia e Traumatologia fino a n. 34 posti letto ordinari
- Attivazione di n. 6 posti letto ordinari di Neuropsichiatria infantile
- Attivazione di n. 20 posti letto di Riabilitazione
- Attivazione di n. 20 posti letto di Lungodegenza

Si realizzerà inoltre lo spostamento dell'attività di preospitalizzazione in uno dei moduli ambulatoriali ad oggi utilizzati dalle Medicine e il piano di degenza verrà utilizzato in parte per l'area dell'emergenza ed in parte per la chirurgia robotica urologica.

#### ANNO 2025

- Realizzazione dell'Ospedale di Comunità
- Lavori di adeguamento del reparto di Trapianto di cellule staminali ai fini della conformità ai requisiti previsti dall'attuale normativa.

### **3.3.4. Programmazione assunzioni anno 2024**

Al fine di dare attuazione ai suddetti progetti per l'anno 2024 si intende agire come segue:

#### PERSONALE DELLA DIRIGENZA

- 14 anestesisti per attivazione n. 15 sale operatorie, radiologia interventistica, sedazione, TIPO, Terapia sub intensiva e Terapia antalgica
- n. 7 anestesisti, 2 dei quali in sostituzione di due unità dimissionarie per Terapia intensiva DEA, guardia per DEA II livello, Accertamento morte cerebrale

- n. 4 cardioanestesisti per Terapia intensiva cardiocirurgica, sala cardiocirurgica e Hub
- n. 10 cardioanestesisti per Trapianto di cuore
- acquisizione di Dirigenti Medici in Urologia, necessari per lo sviluppo dell'attività ambulatoriale e per l'implementazione della chirurgia urologica mininvasiva robotica;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Geriatria, nel corso dell'anno 2023, per il potenziamento dell'unità operativa dedicata con 20 p.l., come da Det. Reg. n. G07512 del 8 giugno 2021 - Adozione del Documento Tecnico recante la "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel D.M. 70/2015";
- acquisizione di Dirigenti Medici – disciplina di Medicina Interna (n. 6 nel 2022 e n. 6 nel 2023) per l'attivazione ex novo di n. 40 p.l., ex DCA 8/2011 e s.m.i. in ordine ai requisiti minimi di assistenza ospedaliera;
- acquisizione di Dirigenti Medici di Cardiologia perché nella rete ospedaliera il PTV è stato individuato quale HUB per l'aritmologia

## PERSONALE DEL COMPARTO

### **AREA delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**

Per l'anno 2024 sono previste diverse attivazioni e rimodulazioni delle attività, anche a seguito dell'attivazione del DEA di secondo livello, che richiedono il fabbisogno complessivo di infermieri e OSS di seguito dettagliato:

- Attivazione della COT, come da piano regionale: n. 5 infermieri;
- Attivazione di un modulo di degenza, di 22 posti letto, per rispondere al meglio sia alle attività di pronto soccorso che a quelle della chirurgia specialistica e robotica: n. 12 infermieri e n. 2 OSS;
- Potenziamento della radiologia di pronto soccorso e della rete Ictus: n. 6 infermieri;
- Trasformazione di 12 posti letto da ordinari ad alta intensità di cura (sub intensiva), dedicati rispettivamente alle necessità della neurochirurgia/neurologia e della pneumologia: n. 12 infermieri;
- Attivazione 3 sale operatorie ordinarie H12, di cui una in H24, anche per il potenziamento delle attività dedicate alla rete dell'emergenza: n. 18 infermieri;
- Attivazione del centro trapianto cuore (riconfigurazione dell'attuale cardiocirurgia, attivazione di 6 p.l. di terapia sub intensiva cardiocirurgica, 2 postazioni ECMO, reperibilità notturna e festiva): n. 32 infermieri e n. 4 OSS;
- Incremento 4 posti letto di UTN per ampliamento capienza reti tempo dipendenti: n. 12

infermieri.

- Per l'anno 2024 è inoltre prevista la definizione della già programmata acquisizione (2023) di n. 3 unità di tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, finalizzato all'adeguamento dell'organico afferente all'SPDC (dotazione minima: 4 unità).

Si riepilogano di seguito le unità da acquisire nell'anno 2024:

<b>Profilo</b>	<b>Causale</b>	<b>unità</b>
INFERMIERI	Attivazione della COT	5
INFERMIERI	Attivazione modulo di degenza 22 posti letto/PS e Chirurgia Robotica	12
INFERMIERI	Potenziamento radiologia di PS e rete Ictus	6
INFERMIERI	Trasformazione 12 p.l. ad alta intensità di cura/Neurochirurgia/Neurologia/Pneumologia	12
INFERMIERI	Potenziamento Area Emergenza - 3 sale operatorie ordinarie H12 (una H24)	18
INFERMIERI	Attivazione del Centro Trapianto Cuore	32
INFERMIERI	Incremento 4 posti letto di UTN	12
OSS	Attivazione modulo di degenza 22 posti letto/PS e Chirurgia Robotica	2
OSS	Attivazione del Centro Trapianto Cuore	4
TERP	Adeguamento organico SPDC	3

## **AREA delle PROFESSIONI TECNICO SANITARIE**

### **Professione TSRM:**

Il fabbisogno minimo necessario per la copertura di tutti i servizi di diagnostica strumentale, comprese le attività assistenziali di pertinenza della U.O.C. Medicina Nucleare, è pari quindi a n. 65 unità di TRM, con previsione di ulteriori 2 unità in funzione del previsto incremento di attività, stimabile nella misura del 20 %

Il numero attuale di personale tecnico radiologia in pianta organica 57 risulta minima per la copertura di tutti i servizi, n. 3 unità necessarie per le esigenze della U.O.C. Medicina Nucleare da acquisire, nell'immediato, sguarnita di personale tecnico dedicato all'atto della cessazione del rapporto con la Ditta Alliance e con l'istallazione della nuova PET, ulteriori 5 tsmr per raddoppiare la turnistica in camera operatoria al pronto soccorso ed in angiografia

Va fatto presente che attualmente 18 tecnici usufruiscono della leg. 104 e 12 hanno limitazioni accertate dalla medicina del lavoro.

Il fabbisogno teorico dell'Area della Diagnostica per Immagini ai sensi delle linee guida regionali con contestuale necessità di acquisire nel corso dell'anno 2023/2024 anche con il passaggio a DEA 2 liv., è di almeno ulteriori 5 unità + 3 per medicina nucleare

**Professione Tecnico di Neurofisiopatologia:**

La pianta organica attuale consta di unità di personale insufficiente, per la copertura del servizio ambulatoriale, delle attività di camera operatoria, della terapia intensiva e di tutta l'area di emergenza-urgenza. Tale fabbisogno dovrebbe essere incrementato da 2 unità per la copertura delle attività previste in un DEA di secondo Livello.

**Professione Tecnico Perfusionista:**

La pianta organica attuale consta di 5 unità dopo fine rapporto di una unità il 15 novembre 2023, e 6 dovrebbero essere adibite alla copertura dei servizi H. 24 a supporto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica e Sala Operatoria Cardiochirurgica. Il fabbisogno effettivo necessario per la copertura di questa attività oltre ad un eventuale apertura di un reparto trapianto cardiologico è invece pari ad almeno n. 8 unità, attesa l'esigenza di far fronte a chiamate in emergenza e di garantire l'efficienza operativa dei servizi in caso di godimento del periodo di ferie.

**Professione TSLB:**

Le strutture complesse afferenti al Dipartimento di Medicina di Laboratorio: U.O.C Biochimica ed emergenza, UOSD Microbiologia, Virologia Molecolare, U.O.C Oncoematologia, le 2 USOD Anatomia Patologia, con annessa la gestione della sala di medicina legale, U.O.C Genetica e U.O.S.D. SIMT con relativa officina e centro di riferimento della rete oltre l'apertura del nuovo laboratorio di manipolazione cellulare presentano una pianta organica di 85 tslb di cui 7 a C.D. Il numero di prestazioni rese complessivamente dall'Area tecnico laboratoristica sono aumentate dal 2022, periodo pre-Covid, di oltre il 30%. Nonostante le numerose criticità, correlate alle attivazioni di nuove linee analitiche, compreso l'HUB Trasfusionale, mediante la riorganizzazione degli spazi e l'adozione di nuove tecnologie stanno permettendo la gestione dell'aumento delle prestazioni mediante iso-risorse. In via generale si fa presente che nell'attuale situazione 19 dipendenti godono, nell'ambito della complessiva dotazione organica, di benefici legati alla L.n. 104/92 mentre n. 5 unità, con ridotte capacità lavorative, sono adibite alle ordinarie attività con le limitazioni imposte e 2 con funzioni amministrative

Le unità attualmente in organico risultano insufficienti al fabbisogno teorico dell'Area della Medicina di Laboratorio ai sensi delle linee guida e necessitano di almeno 3 unità per raddoppiare il turno di guardia con l'attivazione di un DEA di secondo livello e per la dotazione al laboratorio di manipolazione cellulare.

A questi numeri siamo in attesa della riorganizzazione della rete dei SIMT che potrebbe richiedere ulteriori risorse attualmente non quantificabili.

## **ADEGUAMENTO ORGANICO RUOLI AMMINISTRATIVO/ PROFESSIONALE/ TECNICO**

- 1 unità di COLLABORATORE TECNICO – Ingegnere Gestionale/U.O.S.D. OPERATIONS MANAGEMENT

La U.O.S.D. Operations Management è incaricata della gestione delle seguenti aree di attività: Gestione organizzativa di ciascuna fase del percorso chirurgico, dalla lista d’attesa alla pre-ospedalizzazione, all’assegnazione, analisi e validazione delle sedute operatorie, al ricovero, all’intervento, incluse le sottofasi intraoperatorie, con interfaccia diretta con le 18 UU.OO. che afferiscono ai blocchi operatori per l’organizzazione ordinaria e la gestione quotidiana di imprevisti; coordinamento della Cabina di Regia del Percorso Chirurgico; monitoraggio delle performance chirurgiche, progettazione e realizzazione operativa di interventi di efficientamento;

Monitoraggio e coordinamento interventi di miglioramento per indicatori P.Re.Val.E. e per obiettivi aziendali e regionali assegnati alla Direzione Strategica ed alle UU.OO. Chirurgiche; Referente per le liste d’attesa chirurgiche presso la Regione Lazio per conto del PTV; Responsabilità del procedimento per il nuovo appalto del servizio di Sterilizzazione con realizzazione edilizia ed impiantistica della nuova centrale interna al PTV.

Nel 2024, a quelle sopra elencate, si aggiungeranno le seguenti attività:

A seguito delle indicazioni della Regione Lazio relative alle liste d’attesa e della Direzione Aziendale, ampliamento del sistema di gestione e tracciamento degli interventi, già adottato presso i blocchi operatori, ai servizi di emodinamica e radiologia interventistica, con coinvolgimento di tutte le UU.OO. e dei servizi infermieristici ed anestesiologicali competenti; successivo ampliamento a tutti i servizi che erogano prestazioni ricomprese nell’elenco indicato dalla Regione Lazio per il flusso informativo sulle liste d’attesa; gestione informatizzata dei materiali utilizzati in sala operatoria; strutturazione e gestione di un sistema rendicontazione informatizzata di ciascuna prestazione erogata dai 48 centri (ambulatori / degenze / terapie intensive / anatomia patologica / altro) che utilizzano materiale sterilizzabile, al fine del controllo del nuovo appalto e della corresponsione dei relativi pagamenti all’appaltatore.

Le attività sopra descritte sono tutte gestite in prima persona dal responsabile della UOSD con il supporto di un unico coadiutore amministrativo (liv. Bs); alla UOSD afferisce anche un medico radiologo, che tuttavia è assegnato integralmente ed esclusivamente al supporto alla Direzione Generale sui PDTA.

Conseguentemente, al fine di garantire il rispetto delle tempistiche necessarie e la gestione delle attività incrementalì previste, si richiede l’urgente integrazione del personale della UOSD mediante assunzione di un collaboratore tecnico - ingegnere gestionale.

- 1 unità di COLLABORATORE TECNICO – Ingegnere Biomedico/ SERVIZIO INGEGNERIA MEDICA

La complessità della gestione delle Tecnologie Elettromedicali utilizzate all'interno del PTV è sempre maggiore, sia dal punto di vista dell'implementazione delle nuove installazioni che del governo manutentivo.

Si evidenzia in merito che con il PNRR sono state finanziate e assegnate al PTV 28 apparecchiature di cui la metà Grandi Apparecchiature, le cui installazioni prevedono anche delle attività di implementazione dei locali di installazione, eseguite in parte nel 2023, ma che proseguiranno per tutto il 2024 (risonanze magnetiche, mammografi, telecomandati, Gamma Camera). Nel biennio 2023-2024 sono state installate presso il PTV più Grandi Apparecchiature dei 20 anni precedenti. Sempre in ambito PNRR sarà necessario seguire l'implementazione tecnologica della COT e dell'OdC, anche dal punto di vista elettromedicale.

Per il Giubileo altresì, è stato assegnato più di 1 mln di euro per apparecchiature elettromedicali per un nuovo reparto di Medicina d'Urgenza da implementare per il 2025. Ciò vuol dire progettare i capitolati tecnici, seguire la UOC Acquisizione delle procedure di gara, nonché governare installazioni e collaudi. Il parco apparecchiature del PTV conta oramai più di 10.000 inventari/apparecchiature, la cui manutenzione deve essere opportunamente gestita per mezzo delle attività eseguite dal Global Service e da numerose Case Produttrici; tali attività necessitano di un controllo puntuale per garantire un utilizzo sicuro delle attrezzature. Anche per far ciò sull'intero parco è necessario un rinforzo tecnico ingegneristico molto specializzato.

In senso trasversale, sia per la gestione delle numerosissime rendicontazioni richieste nell'ambito dei finanziamenti (PNRR, Giubileo ed altro), nonché per la gestione "ordinaria" di alcune tipologie di apparecchiature è necessario aggiornare continuamente dati tecnici e contabili su diverse piattaforme informatizzate quali Regis, NSIS, STRIMS, etc. con richieste temporali di aggiornamento nettamente più pressanti rispetto al recente passato e vincolanti per l'erogazione dei finanziamenti, nonché per evitare sanzioni amministrative e tecniche da parte degli organi di vigilanza. Per far ciò è necessaria una risorsa di Collaboratore Ingegnere aggiuntiva, senza la quale non sarà possibile garantire lo svolgimento nei tempi di quanto indicato da Regione/Ministero/Comunità Europea.

## PROCEDURE DI STABILIZZAZIONE

Entro il mese di aprile 2024 è, infine, prevista la conclusione dei percorsi di stabilizzazione, da effettuarsi previa predisposizione entro gennaio 2024 di apposito piano di stabilizzazione riportante l'effettivo fabbisogno, rilevato in applicazione della metodologia di analisi proposta da AGENAS nonché nel rispetto dei vincoli e dei limiti delle risorse economiche finanziarie disponibili e di quelle utilizzabili per il 2024, in ottemperanza alle indicazioni regionali di cui alla nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria/Area Risorse Umane prot. n. U1491436 del 22/12/2023 (atti prot. n. 27592 del 22/12/2023), di autorizzazione alla proroga fino al 30 giugno 2024 dei contratti a termine in scadenza al 31 dicembre 2023, al fine di garantire la prosecuzione dei servizi proprio nelle more delle stabilizzazioni.

Indicativamente la platea in possesso dei requisiti di stabilizzazione al 31/12/2023 è la seguente:

AREA	RUOLO	PROFILO	unità	proc. già avviate
SSN	SANITARIO	DIRIGENTE MEDICO varie discipline	35	10
		DIRIGENTE SANITARIO	5	4
		APSF/R. Sanitario/INFERMIERE	47	
		APSF/R. Sanitario/TSLB	7	
	AMMINISTRATIVO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	1
	TECNICO	ASSISTENTE TECNICO	2	
			<b>97</b>	<b>15</b>

### 3.3.5. Programmazione assunzioni anno 2025

#### PERSONALE DELLA DIRIGENZA

#### PLANNING PROCEDURE CONCORSUALI PROGRAMMATE 2023-2025

CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA
in itinere	in itinere	in attesa AUT.	in attesa AUT.	in attesa AUT.
DS	CS	DM	DM	DM
2023	2023	2021	2021	2021
2021 - DM07	2022 - CS02	2021 - DM03	2021 - DM04	2021 - DM05
DS FARMACIA OSPEDALIERA	OSS Bs	DM NEUROLOGIA	DM MALATTIE INFETTIVE	DM MEDICINA INTERNA

Si rileva che, il costo del personale per l'anno 2024 tiene conto di n. 120 operatori socio sanitari per i quali il PTV ha attivato nel 2023, in qualità di azienda capofila per le Aziende/Enti del SSR interessate, la relativa procedura concorsuale finalizzata all'internalizzazione delle attività svolte

dal personale con qualifica di Operatore sociosanitario. La procedura dovrebbe consentire l'inserimento in organico del suddetto personale nel corso del secondo semestre del 2024. L'eventuale incremento dei costi derivanti sarà, comunque, compensata dalla cessazione dell'appalto di servizio in essere per le attività di supporto ospedaliero.

**PLANNING ASSUNZIONI DA AGGREGAZIONE A CONCORSI SSR 2023-2025**

Capofila	Area	Concorso	posti PTV	COPERTI	DA COPRIRE
ASL ROMA 1	COMP	Coll. amm.vo prof.le cat. D	3	3	
ASL ROMA 2	DM	Epidemiologia e S.P.	2	2	
ASL LATINA	DM	Cardiologia Emodinamica	2	2	
AO SCF	DP	Ingegnere Civile	1	1	
AO SCF	DM	Genetica Medica	1	1	
AO SGA	COMP	CPS T.S.L.B. cat. D	2	1	1
ASL ROMA 1	COMP	Assistente amm.vo cat. C	3		3
ASL ROMA 6	DM	NEFROLOGIA	3		3
ASL ROMA 6	DM	MCAU	4		4
ASL ROMA 2	COMP	CPS INFERMIERE	15		15
P. UMB. I°	DS	FISICO	1		1
totale posti			37	10	27

**AREA delle PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE**

Nell'anno 2025 è prevista l'attivazione dell'Ospedale di comunità con 40 posti letto, che richiede un fabbisogno totale di 17 infermieri, 40 OSS e 3 fisioterapisti.

Sempre per l'anno 2025, si ritiene, altresì, indispensabile programmare l'acquisizione di n. 1 assistente sociale, per l'adeguamento dell'organico di base (3 unità), n. 1 logopedista, per l'incremento delle attività correlate alla cronicità ed alla riabilitazione e n. 1 tecnico della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, a sostegno dell'ampliamento della specifica rete.

Si rileva pertanto la necessità di acquisire nel corso dell'anno 2025 le seguenti unità di personale:

Profilo	Causale	unità
INFERMIERI	Ospedale di comunità	17
OSS	Ospedale di comunità	40
FISIOTERAPISTI	Ospedale di comunità	3
ASSISTENTE SOCIALE	adeguamento organico origine (3 unità)	1
LOGOPEDISTA	incremento attività cronicità e riabilitazione	1
TECNICO DELLA NEUROPSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	ampliamento rete	1

## 3.4. La Formazione Aziendale

### 3.4.1. Premessa

“La formazione e l’aggiornamento professionale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

L’attività formativa si realizza attraverso una pianificazione delle iniziative, un’analisi approfondita dei fabbisogni formativi che coinvolge tutte le unità operative e gli operatori del sistema, una valutazione dell’efficacia non solo in termini quantitativi ma anche in termini qualitativi; una formazione che mira, quindi, non soltanto al sapere ma al saper essere e saper agire.

Una nuova impostazione della formazione diventa, in effetti, strumento capace di produrre cambiamenti non solo in ogni risorsa operativa che si forma ma anche nell’organizzazione che lo vede protagonista e depositario delle abilità tecniche, di competenze organizzative e relazionali.

La formazione, oltre ad essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali, essendo strettamente legata alle strategie aziendali e alle politiche di gestione delle risorse umane.

In questi ultimi due anni, il PTV si è impegnato a promuovere il **valore della formazione** presso tutti i responsabili di servizio e a rendere la **formazione più fruibile**, condividendone gli obiettivi e il valore in modo da coinvolgere tutti nel processo di formazione-empowerment.

L’obiettivo a cui si mira è quello di riconoscere l’effettiva connessione tra formazione e organizzazione per sostenere:

- le scelte strategiche e i programmi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi e il miglioramento della cultura relazionale;
- la trasversalità dei momenti formativi aziendali (aree, interdipartimentali, etc.) e lo sviluppo dell’interazione tra le varie professionalità;
- i bisogni specifici di settore, di categoria, di ruolo;
- l’interscambio culturale con l’Università, la Regione, le altre strutture ospedaliere, le aziende sanitarie, le altre istituzioni del territorio;
- l’erogazione di eventi formativi interni in grado di introdurre una maggiore flessibilità dell’organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- la diffusione delle conoscenze acquisite per il miglioramento delle varie attività aziendali;

- la valutazione dell'efficacia dell'apprendimento individuale e del cambiamento organizzativo.

In questo contesto il PTV intende impegnarsi per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze per la professionalità e motivazione delle Risorse Umane, realizzando percorsi formativi corrispondenti alla più *alta specializzazione assistenziale ed al più elevato profilo scientifico* potenziando proprio i tre canali formativi aziendali, quali:

- **Formazione obbligatoria, addestramento e formazione relativa alla Sicurezza Prevenzione e Protezione (Servizio SPP)**
- **In-formazione, trasparenza, privacy, anticorruzione etc, (RPCT)**
- **Formazione Empowerment (Servizio Formazione)**

### **3.4.2. Le attività dell'anno 2023 - Formazione Empowernt**

Proprio nell'ottica della valorizzazione delle Risorse attraverso lo sviluppo delle conoscenze e competenze che, per l'anno 2023, il PTV ha predisposto un **piano formativo**, contemplando non solo progetti ECM, (come negli anni precedenti) ma anche una pianificazione della formazione che riguardasse tutto il personale del Policlinico, sia sanitario che tecnico e amministrativo, con la consapevolezza di dover procedere a piccoli passi nel costruire il **sistema formazione**, partendo dalla mission e dalla vision aziendale per definire, step by step, obiettivi, progetti e procedure con cui gestire le attività formative dei prossimi anni.

Le **parole chiave** individuate per costruire il **piano formativo aziendale per l'anno 2023** sono state:

#### **➤ ANALIZZARE**

L'ufficio formazione ha provveduto, attraverso la raccolta delle schede AGENAS e alcune brevi interviste, realizzate con i dirigenti responsabili e direttori U.O.C, ad individuare le esigenze di formazione per l'anno 2023, le aree da coinvolgere, i gap formativi da colmare, le competenze da acquisire per i professionisti sanitari e il personale amministrativo.

Sono stati, pertanto, definiti in maniera molto semplice i macro-obiettivi della formazione 2023, quali:

- il miglioramento delle prestazioni per l'area di appartenenza attraverso l'acquisizione e rafforzamento di competenze e abilità professionali;
- la valorizzazione delle competenze trasversali, le competenze gestionali e quelle comportamentali per rafforzare la motivazione ed il senso di appartenenza di ogni singola risorsa umana del PTV;
- imparare ad utilizzare meglio le tecnologie messe a disposizione dall'Azienda (piattaforme, software, dispositivi, programmi e sistemi informatici, etc)
- introdurre nuove metodologie di lavoro.

## ➤ **PROGETTARE**

Proprio per evitare una *formazione troppo generalista*, per l'anno 2023, sono stati proposti *percorsi brevi*, ben mirati per esigenze omogenee, **“pillole formative”**, per massimizzare l'efficacia ed essere percepite dal personale dell'Azienda come soluzioni a problemi reali dell'organizzazione.

Si tratta di **percorsi formativi “su misura”**, progettati ad hoc sia per il personale amministrativo che sanitario, considerando le specifiche esigenze e richieste del personale interno al PTV ed erogati con la collaborazione dell'Accademia della Pubblica Amministrazione (Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana), quali:

- "Appalti pubblici. Gli affidamenti diretti - Approfondimento per il comparto sanità)", tenutosi il giorno 05.04.2023 in modalità FAD (webinar)
- “Gli Agenti contabili. Tipologie, funzioni, attività e responsabilità”, tenutosi il giorno 20.04.2023.
- “Comparto Sanità - Il programma passweb. Corso tecnico - pratico su caricamento massivo, lavorazione della pensione, del TFS, della riliquidazione, prescrizione dei contributi e aggiornamento dati”, tenutosi il giorno 14.09.2023
- “C.C.N.L. del comparto Sanità 2.11.2022”, percorso formativo articolato su due moduli ed erogato in due sessioni, programmate rispettivamente a giugno e settembre 2023.

## ➤ **PIANIFICARE**

L'ufficio formazione, in questa fase, ha provveduto ad organizzare e comporre gli stimoli provenienti dai diversi settori d'interesse professionale sanitario, tecnico e amministrativo elaborando un'offerta formativa, composita e complessa, articolata sulle tre aree d'intervento individuate, con interventi formativi volti a sviluppare conoscenze e competenze tecniche di

prodotto/servizio, conoscenze e competenze tecniche di sistema, conoscenze e competenze tecniche di processo per il personale amministrativo e sanitario.

È stato, pertanto, elaborato il **Piano di Formazione Aziendale 2023**, individuando azioni formative orientate al **rafforzamento** di conoscenze e competenze rivolte al personale sanitario e, per la prima volta, anche al **personale amministrativo** con particolare riferimento allo sviluppo delle potenzialità di ruolo, sia in termini di comportamenti agiti che di skills professionali.

- **Piano di formazione ECM Anno 2023**, costruito in considerazione della rilevazione dei fabbisogni formativi, espressi dal personale sanitario attraverso le schede Agenas di rilevazione del fabbisogno formativo, brevi interviste e la presentazione e valutazione di progetti formativi aziendali (PFA) e di eventi formativi, rivolti anche a professionalità esterne all'Azienda.
- **Piano di formazione (non ECM) Anno 2023**, per personale amministrativo e sanitario avvalendosi, anche per l'anno 2023, della collaborazione con la **Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere**, e l'**Accademia della P.A** (Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana) per predisporre progetti formativi in modalità FAD (webinar/e-learning) volti sia *all'aggiornamento che al rafforzamento delle conoscenze e competenze generali, trasversali e specifiche di ruolo.*

#### **3.4.2.1. Educazione Continua in Medicina (ECM) – Piano di Formazione ECM 2023**

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in attuazione dell'innovazione dettata dal D. Lgs. n. 502/1992, integrato dal D. Lgs. n. 229/1999, che hanno istituito l'obbligo della *formazione continua* per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte cambiamento nel mondo della sanità. A completamento dell'*offerta formativa* di matrice universitaria, il PTV garantisce percorsi di *formazione professionale* a tutti gli operatori della Sanità, con l'*aggiornamento professionale continuo che si realizza nell'Educazione Continua in Medicina (ECM)*: tramite la formazione continua, il professionista della salute si aggiorna, per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale ed al proprio sviluppo professionale acquisendo nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica clinica competente ed esperta. I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente elevata e prendersi cura dei propri pazienti con competenze sempre aggiornate, senza conflitti di interesse.

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per le professioni sanitarie, il Policlinico Tor Vergata si pone, quindi, l'obiettivo di integrare un'attività assistenziale altamente specialistica con un'attività didattica e formativa rivolta non solo verso la popolazione universitaria /studentesca, bensì estesa al personale medico e sanitario del SSN e finalizzata a fornire strumenti e metodologie per procedere in modo permanente alla formazione e all'aggiornamento dei professionisti della sanità in un sistema assistenziale in continua evoluzione.

L'attività didattica di *aggiornamento* è coordinata da un apposito **Centro ECM**, costituito con delibera aziendale n. 27 del 18.01.2002, e afferente all'**UFFICIO FORMAZIONE**, che provvede a:

- **valutare** gli eventi formativi ritenuti prioritari e maggiormente significativi per il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari secondo *tre distinte aree di azione*:
  - a) sicurezza, prevenzione e protezione
  - b) sensibilizzazione culturale
  - c) competenze specialistiche di ruolo: tecniche, di processo, di sistema
- **curare** le attività di accreditamento, registrazione e rapporto degli eventi formativi presso l'Agens per l'assegnazione dei crediti ECM.

A partire dal 01 gennaio 2011, in relazione all'entrata in vigore del nuovo sistema di formazione continua in medicina, che ha previsto l'accreditamento come *Provider ECM* ai Soggetti pubblici e privati che intendessero organizzare programmi ed eventi educazionali per l'ECM dei professionisti della Sanità in Italia a livello regionale, oppure nazionali ed interregionali, al Policlinico Tor Vergata è stato riconosciuto dalla Commissione nazionale il ruolo di **Provider** (*Provider* n. 140), in grado di individuare ed attribuire direttamente crediti formativi ECM per tutte le professioni sanitarie sul territorio nazionale (accreditamento nazionale) oltre che regionale e interregionale per programmi formativi rivolti solo al personale dipendente del Policlinico (PFA) oppure per eventi formativi, aperti anche a personale proveniente da altre strutture sanitarie (EVENTO), secondo le seguenti tipologie di formazione:

- formazione residenziale (RES)
- formazione sul campo (FSC)
- formazione a distanza (FAD)

Inoltre, il **Centro di Formazione ECM** del PTV si è dotato di un proprio Sistema Qualità relativo alla "Progettazione ed erogazione di eventi formativi residenziali e FAD ai fini ECM" secondo la norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015 e nel 2020, in possesso dei requisiti minimi

e dei relativi standard necessari all'accreditamento come provider previsti dal regolamento Agenas, la Commissione Nazionale, dopo l'approvazione del "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM", in vigore a far data dal 1° gennaio 2019, ha espresso il proprio parere positivo all'accoglimento della richiesta di **rinnovo** dell'accreditamento della Fondazione Policlinico Tor Vergata in qualità di **Provider Standard**;

Il **Centro di Formazione ECM** del Policlinico Tor Vergata forma circa **1500** unità di personale sanitario l'anno.

### **Piano di formazione ECM 2023**

I professionisti sanitari partecipano, nell'arco dell'anno, a numerose iniziative di formazione per l'aggiornamento delle conoscenze e competenze di ruolo fondamentali proprio in virtù del valore e dell'importanza della tipologia di lavoro che svolgono.

Nell'anno 2023 sono stati erogati corsi di formazione ECM, coniugando l'assolvimento dell'obbligo formativo previsto per i sanitari con un aggiornamento, che intercetta i bisogni dei professionisti e gli obiettivi organizzativi, migliorando le performance.

All'interno del Piano formativo ECM sono stati inseriti i seguenti progetti:

- percorsi formativi per l'implementazione dei **PDTA in Azienda in collaborazione con il territorio**, che perseguono risultati relativi all'affermazione di buone pratiche, evidence based, ed al miglioramento degli assetti organizzativi e gestionali dell'assistenza.

I PDTA, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, sono schemi clinico-assistenziali-organizzativi che utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire *l'iter assistenziale*, visto come insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità.

Il progetto formativo, inserito nella programmazione ECM, avviato nell'anno 2022 è proseguito nel secondo semestre dell'anno 2023 coinvolgendo, questa volta, non solo tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri e tecnici) che lavorano attivamente sul percorso assistenziale in integrazione con le strutture e risorse del territorio, ma anche le risorse amministrative (CUP, sistemi informatici, controllo di gestione) che lavorano attivamente sui processi e attività del PDTA con l'obiettivo di favorire l'implementazione dei servizi ospedale – territorio.

### **GRUPPI DI MIGLIORAMENTO**

E' un capitolo formativo che nell'anno 2022 ha registrato pochissimi e isolati momenti formativi, esperienze su campo strettamente correlate a gruppi di miglioramento, nati spontaneamente all'interno di percorsi formativi ECM, inseriti nel piano annuale 2022 ma sviluppati dall'Ufficio Formazione, per l'anno 2023, in maniera più strutturata, prevedendo anche attività di formazione su

campo in cui l'apprendimento avviene attraverso l'interazione all'interno di un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura.

Si riportano, di seguito, due esperienze di questa tipologia formativa, realizzate con cadenza settimanale durante il periodo marzo - dicembre 2023 dalla U.O.S.D. Breast Unit, dalla U.O.C. di Radioterapia e dalla U.O.C Chirurgia Epatobiliare e Trapianti, finalizzate all'inquadramento clinico del paziente attraverso l'analisi clinica, laboratoristica – diagnostica per immagini e l'analisi di dati dei singoli pazienti:

- . **“Evidence based practice nel percorso clinico assistenziale della breast unit”**
- . **“Discussione casi clinici: valutazione e condivisione dell'iter diagnostico terapeutico del paziente trattato in radioterapia”**
- . **“Discussione multidisciplinare clinico – diagnostico – terapeutica su patologia epatica”**

## **PROGETTI SPONSORIZZATI**

Si tratta di esperienze formative realizzate, per la prima volta, nell'anno 2023 in cui Sponsor e Provider lavorano insieme per realizzare un'attività formativa finalizzata, esclusivamente, allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e delle competenze tecnico professionali in ambito sanitario, mantenendo obiettività ed indipendenza da interessi commerciali.

Si riporta una breve descrizione dei due progetti:

- . **“LA PSORIASI QUALE SOLUZIONE CLINICO-ORGANIZZATIVA NEL NETWORK POLICLINICO TOR VERGATA E MEDICINA TERRITORIALE”**, evento formativo residenziale, tenutosi il 29.09.2023 con l'obiettivo di rafforzare una collaborazione continua e biunivoca tra due realtà sanitarie (Policlinico Universitario e Case della salute) per consentire, da una parte la fruizione di una formazione con approfondimenti specifici relativi alla patologia psoriasica per i Medici di Medicina Generale e per gli specialisti del territorio e, successivamente, la possibilità di creare una rete che possa garantire il corretto invio dei pazienti al Policlinico Tor Vergata attraverso una condivisione dei dati clinico-organizzativi.
- . **“PROJECT LEAN & VALUE BASED HEALTHCARE**, evento di formazione su campo volto all'efficientamento di un processo aziendale sia attraverso l'utilizzo dell'approccio Lean, come modalità di gestione dell'azienda e dei processi, che mediante l'analisi di una strategia operativa prevede la ri-progettazione e il miglioramento dei processi aziendali, finalizzati ad aumentarne l'efficacia e l'efficienza. I partecipanti sono stati supportati nell'imparare a vedere le attività svolte all'interno dell'organizzazione secondo una logica per processi e per flussi di

valore attraverso la tecnica del *Value Stream Management* al fine di individuare le attività a valore aggiunto ed eliminare gli sprechi.

In questo modo, i partecipanti hanno potuto apprendere gli strumenti e le principali tecniche della Lean, la cosiddetta *cassetta degli attrezzi*, per riorganizzare in un'ottica snella la propria organizzazione, verificando, attraverso casi operativi, che non esiste lo strumento migliore, ma esistono strumenti più o meno efficaci in relazione agli obiettivi che si vogliono raggiungere: fondamentale per ottenere risultati soddisfacenti risulta essere la personalizzazione e la contestualizzazione degli strumenti che devono essere adattati all'azienda, ai suoi processi e alle sue persone.

## **EVENTI FORMATIVI**

Si tratta di corsi di formazione residenziale, aperti anche al personale esterno al PTV, finalizzati all'arricchimento della professionalità dei partecipanti attraverso una condivisione e scambio di esperienze e conoscenze.

### **Gli eventi dell'anno 2023**

- World sleep day 23: Sleep matters, il Sonno conta
- La presa in carico nella R.E.M.S. dei pazienti psichiatrici autori di reato – Le competenze psichiatrico forensi
- The multidisciplinary team meetings of reference centre for marfan syndrome and related disorders - one Region ...one Network ...one PDTA
- The annual symposium of the regional reference centre for marfan syndrome and related disorders - A 15<sup>^</sup> Anniversary celebration

### ***3.4.2.2. Formazione del personale tecnico e amministrativo***

La formazione PROFESSIONALE rappresenta per il PTV lo strumento ideale per fronteggiare la crescita per il miglioramento costante della qualità dei processi operativi, funzionali all'erogazione di un servizio di qualità all'Utente non solo in senso strettamente sanitario.

Per questo motivo per l'anno 2023, l'ufficio Formazione ha avviato un percorso, in continuo aggiornamento, per ampliare e rendere sempre più composita e completa l'offerta formativa del PTV, proponendo, all'interno del Piano formativo (non ECM), gli eventi formativi organizzati **dall'Accademia della P.A** (Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana) in modalità FAD

(webinar/e-learning) volti sia all'aggiornamento che al rafforzamento delle conoscenze e competenze generali, trasversali e specifiche di ruolo.

La partecipazione alle attività formative è stata prevalentemente **volontaria** in quanto il dipendente interessato ha proposto e discusso preventivamente con il Responsabile/Referente del Servizio afferente, il proprio **piano formativo individuale** (elenco dei corsi, cui intende partecipare nell'annualità) indicando quali corsi in **formazione obbligatoria** da effettuarsi durante l'orario di servizio e quali, invece, in **formazione facoltativa**, usufruendo dei permessi giornalieri dedicati alla previsti dal rispettivo CCNL, sempre previa autorizzazione del Responsabile/Referente del Servizio afferente e compatibilmente con le esigenze di servizio.

L'ufficio formazione, che ha raccolto i piani formativi individuali autorizzati e registrato i singoli dipendenti agli eventi formativi, ha potuto così avviare una prima valutazione, seppure parziale, delle competenze del personale afferente ai diversi uffici ossia una valutazione di quelle abilità pratiche e conoscenze teoriche ma anche di quei comportamenti determinanti per lo svolgimento di uno specifico lavoro con risultati positivi all'interno di un determinato servizio

Sono stati evidenziati i punti di forza e quelli di debolezza, per capire esattamente sotto quali punti di vista le risorse umane sono pronte a dare il meglio e, invece, in quali hanno bisogno di sviluppo aggiuntivo per individuare quale tipo di formazione offrire per l'acquisizione di conoscenze e competenze in applicazioni concrete sul lavoro, migliorando la performance organizzativa, i processi ed i risultati.

Sono stati erogati:

- **corsi di formazione per l'aggiornamento** sulle nuove procedure relative agli appalti pubblici, sulle competenze digitali nella Pubblica Amministrazione, sul nuovo CCNL del comparto sanità attraverso l'utilizzo di metodologie formative, quali la formazione a distanza (**FAD**) webinar, e-learning, che svincolano l'intervento formativo dai limiti posti dalla presenza fisica *a vantaggio di una maggiore gestione del tempo e del monitoraggio continuo dell'apprendimento* mediante momenti frequenti di valutazione ed autovalutazione. In questo modo, si realizza un nuovo sistema formativo: l'aula si dematerializza in favore di nuove tecnologie in grado di rendere più agile e più accessibile l'apprendimento.
- **corsi di formazione per il rafforzamento di conoscenze e competenze professionali**, prevedendo *percorsi brevi*, ben mirati, per esigenze omogenee, "**pillole formative**", progettate per **aree tematiche** e **profili professionali**, realizzati mediante le collaborazioni

avviate in qualità di Aderenti Istituzionali con la *Fondazione Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana, sezione Accademia della P.A.* e con la *Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere*.

### **3.4.3. Anno 2024: le prospettive della formazione nel futuro del PTV**

La Formazione del Personale consente di potenziare le competenze dei propri dipendenti e di svilupparne di nuove al fine di migliorare i processi aziendali rendendoli più efficaci ed efficienti.

Investire nel capitale umano significa, quindi, mettere le persone al centro, credere nella potenzialità della formazione e dell'aggiornamento continuo con l'obiettivo principale di offrire opportunità di crescita, adeguamento e qualificazione professionale in un contesto normativo in continua evoluzione e in un'ottica di miglioramento dei servizi per gli utenti/pazienti.

Il Policlinico Tor Vergata intende, anche per l'anno 2024, continuare il suo impegno nel programmare la formazione e l'aggiornamento professionale del capitale umano che opera all'interno dell'Azienda, con particolare riguardo a:

- a) la formazione iniziale dei neoassunti e degli specializzandi;
- b) l'aggiornamento e la formazione continua di tutti i dipendenti in servizio sia in ambito sanitario che tecnico e amministrativo, finalizzando la loro crescita, adeguamento e qualificazione professionale;
- c) la formazione manageriale per la dirigenza, le posizioni organizzative, ed i funzionari;
- d) l'aggiornamento e la formazione obbligatoria in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e a quella strettamente correlate alle qualifiche previste per legge;
- e) la formazione obbligatoria in materia di legalità, trasparenza ed anticorruzione;
- f) la realizzazione di programmi di formazione e seminari, in collaborazione con FIASO e la *Fondazione Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana, sezione Accademia della P.A.*, anche sulla base di specifici accordi per progetti di formazione personalizzati;
- g) l'organizzazione di iniziative culturali, ed eventi volti alla riflessione, alla sensibilizzazione del personale dipendente proprio come realizzato nell'anno 2023 con i progetti:
  - “L'importanza delle parole: promuovere la cultura di un linguaggio inclusivo in ambito sanitario”
  - “Uniti per dire BASTA alla violenza contro le donne”
  - "Dal Laboratorio all'ambiente: Un Approccio One Health per la Prevenzione delle Malattie"

h) l'adesione ai progetti PNRR relativamente di alta formazione proposti dalla Regione Lazio e con la collaborazione dell'Agenas, quali:

- **. PNRR Missione 6 Componente 2 sub-investimento 2.2.3 “Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario”:** corso di formazione manageriale”
- **. PNRR Missione 6 Componente 2 sub-investimento 2.2.(b) “Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario”:** corso di formazione in infezioni ospedaliere –Accreditamento come provider

i) alla promozione di progetti formativi e gruppi di lavoro volti alla semplificazione e al miglioramento dei processi amministrativi e sanitari anche attraverso una competizione collaborativa che porti alla premiazione delle idee e dei progetti innovativi per l'efficientamento dei processi operativi ed il miglioramento delle “performance”, come il progetto formativo realizzato nel primo semestre del 2023 che prosegue per tutto il primo trimestre dell'anno 2024:

### **1 ° classificato LEAN IDEA e menzionato tra le migliori IDEE PROGETTUALI**

#### **La metodologia Lean Healthcare per l'efficientamento del percorso di presa in carico del paziente affetto da *angioedema ereditario***

Il paziente affetto da Malattia Rara è un paziente complesso che, come i cronici, richiede nel tempo molteplici contatti con la struttura sanitaria in termini di prestazioni ambulatoriali, accessi di Day Hospital e ricoveri. Il progetto si basa sull'**efficientamento del percorso di presa in carico del paziente con angioedema ereditario** sia attraverso l'utilizzo dell'approccio Lean, come modalità di gestione dell'azienda e dei processi, che mediante l'analisi di una strategia operativa che prevede la ri-progettazione e il miglioramento dei processi aziendali creando valore per i pazienti

l) per l'innovazione digitale, la semplificazione e il miglioramento della macchina amministrativa anche attraverso una competizione collaborativa che porti alla premiazione delle idee e dei progetti innovativi per il miglioramento delle “performance”, come il seguente progetto formativo:

### **3° classificato DIGITAL HEALTH**

#### **Progetto per la realizzazione di piattaforma informatica per il monitoraggio (UNIQA ICA) delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)**

Obiettivo del progetto: creare un sistema informatizzato, finalizzato alla sorveglianza attiva delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), da germi resistenti agli antibiotici (Multidrug-resistant bacteria=MDRO) da usare nelle Aziende Ospedaliere. La raccolta dei dati da microbiologia,

farmacia, sistema di gestione e infection control permetterà di realizzare report condivisi che saranno alla base di interventi finalizzati al miglioramento.

L'ufficio Formazione del PTV, nella programmazione e gestione delle attività formative, tiene conto delle numerose disposizioni normative che nel corso degli anni sono state emanate per favorire la predisposizione di piani mirati allo sviluppo delle risorse umane.

In particolare:

- il D.lgs. 165/2001, art.1, comma 1 lettera c): “Realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane nelle Pubbliche Amministrazioni, curando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti”; art.7 comma 4: Le amministrazioni devono curare “la formazione e l’aggiornamento del personale, anche dirigenziale, garantendo l’adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della pubblica amministrazione”;
- l’art. 13 “Formazione informatica dei dipendenti pubblici” del Codice dell’Amministrazione Digitale (D.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e s.m.i.) prevede che le pubbliche amministrazioni nell’ambito delle risorse finanziarie disponibili, attuano politiche di reclutamento e formazione del personale finalizzate alla conoscenza e all’uso delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione nonché dei temi relativi all’accessibilità e alle tecnologie assistite e ai sensi dell’art. 8 della L. 9 gennaio 2004 n. 4.
- l’art. 37 del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 prevede la formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza, con particolare riferimento ai concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza; rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell’azienda;
- la L. 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e i successivi decreti attuativi (il D.lgs.33/13 e il D.lgs. 39/13) 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;
- il Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 stabilisce l’obbligo di formazione per tutte le figure (dipendenti e collaboratori) presenti nell’organizzazione degli enti coinvolti nel trattamento dei dati personali;
- CCNL del comparto sanità del 02.11.2022 inquadra la formazione come **“leva strategica per l’evoluzione professionale e per l’acquisizione e la condivisione degli obiettivi prioritari**

**della modernizzazione e del cambiamento organizzativo, da cui consegue la necessità di dare impulso all'investimento in attività formative”.**

#### ***3.4.3.1. La progettazione della proposta formativa 2024***

La formazione del personale assume, quindi un ruolo sempre più decisivo nelle strategie di cambiamento delle Aziende per conseguire qualità ed efficienza nell'attività delle Aziende attraverso la valorizzazione del personale.

A tal fine, per costruire un'offerta formativa completa, che possa dare risposte sempre più aderenti ai fabbisogni formativi, rilevati in Azienda, e per raccogliere e gestire le sfide competitive che coinvolgono il **futuro Salute e Benessere della persona, dell'utente e del paziente**, l'ufficio formazione ha avviato una **fase di rilevazione delle esigenze formative** non solo per la pianificazione delle **attività formative ECM** mediante le **schede Agenas** ma anche per l'elaborazione del Piano Formativo Aziendale annuale per lo sviluppo ed il rafforzamento delle competenze tecniche e amministrative attraverso un **“Questionario Fabbisogni Formativi”**, che consente di effettuare una prima fotografia del fabbisogno formativo tecnico e amministrativo all'interno dell'Azienda e pianificare eventi formativi per l'aggiornamento e il rafforzamento delle conoscenze e competenze generali, trasversali e specifiche di ruolo.

Nel **Questionario Fabbisogni Formativi** sono state richieste ai direttori e responsabili di UOC/UOSD/UNIT valutazione in merito alle seguenti aree formative:

#### **AREA AGGIORNAMENTO NORMATIVO E CONTRATTUALE/CORSI TRASVERSALI**

Problematiche, normative per le quali si ritiene necessario un approfondimento, come ad esempio anticorruzione, trasparenza, privacy, contratto (CC.CC.NN.LL. Comparto e Dirigenza, Funzioni Locali).

#### **AREA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE**

Segnalazione di particolari esigenze di qualificazione (Ufficio, Unità Organizzativa, ...) per le quali è necessario un aggiornamento specifico.

## **AREA INFORMATICA**

In questa sezione viene richiesto di evidenziare i fattori di criticità e le eventuali proposte di formazione base o avanzata.

## **AREA SVILUPPO MANAGERIALE**

- **CORSI COMPETENZE GESTIONALI /ORGANIZZATIVE**

Si valuta l'opportunità di attivare corsi inerenti le competenze gestionali/organizzative all'interno dell'Azienda, quali leadership, lavorare per obiettivi, lavoro di gruppo, team building, lavoro per progetti, problem solving e decision making, etc.

- **LA GESTIONE DEL LAVORO AGILE**

Si richiede di indicare le competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e quali le modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile.

## **AREA SVILUPPO COMPETENZE RELAZIONALI**

- **CORSI SU RELAZIONI CON IL PUBBLICO/COMUNICAZIONE**

- **CORSI D'INGLESE**

## **CORSI DI SENSIBILIZZAZIONE CULTURALE**

Si richiede di valutare l'opportunità di attivare corsi/seminari inerenti le **POLITICHE DI GENERE** e il **BENESSERE ORGANIZZATIVO**.

## **AREA SVILUPPO COMPETENZE DIGITALI**

Al fine di valutare corsi di formazione da erogare nell'arco dell'anno 2024, utili allo sviluppo delle competenze digitali, si propone un'indagine conoscitiva rispetto alle **5 aree di competenza digitale**:

- Alfabetizzazione delle informazioni e dei dati
- Comunicazione e collaborazione
- Creazione di contenuti digitali
- Sicurezza
- Problem solving – risolvere problemi

Attualmente l'ufficio formazione sta procedendo all'analisi delle esigenze formative rilevate sia attraverso le schede Agenas, compilate dai responsabili sanitari che il questionario Fabbisogni Formativi, completato per il personale tecnico e amministrativo.

Al termine di questa fase di **RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO**, con l'obiettivo di realizzare nell'anno 2024 percorsi formativi che introducano in Azienda la **formazione** come **sinonimo di ricchezza**, valore che si declina in incremento della produttività, maggiore competitività, ottimizzazione dell'organizzazione interna, raggiungimento degli obiettivi, motivazione dei dipendenti, problem solving, spirito di squadra e, quindi, aumento della ricchezza in termini di salute e benessere per il paziente del Policlinico Tor Vergata, l'ufficio formazione provvederà ad elaborare nel dettaglio la proposta formativa per l'anno 2024 composta da:

- **Piano di formazione ECM Anno 2024**
- **Piano di formazione annuale per il personale tecnico e amministrativo**

## **4. SEZIONE 4 – MONITORAGGIO**

### **4.1.Sottosezione di monitoraggio – Valore pubblico e Performance**

Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, a consolidamento del processo formale con cui periodicamente i diversi organi aziendali raggiungono un accordo sull'impiego e sull'allocazione delle risorse disponibili, viene attivato un costante monitoraggio prevalentemente supportato da reportistica differenziata prodotta a livello centrale e locale attraverso il quale viene di volta in volta esaminato il valore assunto dagli indicatori identificati per la misurazione e la valutazione della performance.

Qualora dall'analisi dell'andamento dei risultati intermedi emergano evidenti scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati generati da chiari elementi ostativi è possibile applicare revisioni del valore atteso e/o rimodulazione degli obiettivi.

In ogni caso al termine dell'anno le varie articolazioni sono tenute a relazionare sulle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi assegnati commentando i risultati raggiunti ed entro il 30 giugno, e conseguentemente alla fine del ciclo viene approvata la cosiddetta «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi l'O.I.V. basa le sue determinazioni sulle relazioni conclusive predisposte dai Responsabili dei C.d.R. e sull'esame delle singole schede di budget negoziate, nelle quali vengono di norma esposti sinteticamente i passaggi progettuali concordati e i corrispondenti indicatori di risultato.

L'esito delle verifiche annuali di performance effettuate dall'Azienda sotto il monitoraggio e la supervisione dell'OIV, concorre alla valorizzazione/valutazione del capitale umano secondo quanto previsto dal regolamento aziendale “Valutazione della performance e sistema incentivante”.

## **4.2.Sottosezione di monitoraggio – Rischi corruttivi**

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio avviene semestralmente, anche attraverso una attività di audit con i singoli servizi coinvolti, secondo e nei termini del cronoprogramma previsto nella sezione dedicata del Valore pubblico.

In particolare per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa tenendo conto che il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di gestione della prevenzione della corruzione, attivato nel 2023 e in fase di completamento, consente di:

- digitalizzazione del ciclo della mappatura del processo;
- individuare le misure di prevenzione della corruzione specifiche/legali per la gestione del rischio;
- individuare l'indicatore ai fini della verifica dell'attuazione;
- disporre il monitoraggio semestrale o annuale sulla base dell'entità del rischio (in sede di prima applicazione e utilizzo della piattaforma è stato previsto un monitoraggio annuale).

Nel corso del 2023, l'RPCT ha condiviso con le Strutture aziendali l'implementazione di un ciclo per la gestione del rischio che verrà completato nel 2024, che consente di elevare anche l'attuazione di misure specifiche di prevenzione della corruzione a obiettivi per la valutazione della performance (equipe e individuali).

### **4.3.Sottosezione di monitoraggio – Organizzazione e capitale umano**

Il sistema di valutazione del personale aziendale è:

- riferito agli obiettivi dell’Azienda e alla sua mission;
- basato su criteri partecipativi poiché il dipendente deve essere adeguatamente informato e reso partecipe del processo di valutazione che lo riguarda;
- caratterizzato dal confronto periodico tra valutatore e valutato anche attraverso specifica formalizzazione di tale confronto;
- contestualizzato rispetto agli obiettivi aziendali o di UO, alla tipologia di incarico e alle attività svolte, sempre in maniera condivisa e partecipata.

L’esito delle verifiche annuali di performance effettuate dall’Azienda, relativamente alla misurazione della performance organizzativa, concorre, assieme agli altri elementi di tipo disciplinare o documentale, alla formazione della valutazione/valorizzazione finale del personale della dirigenza e/o incarichi di funzione/comparto.

## 5. RESPONSABILI ELABORAZIONE DOCUMENTO

Il presente documento è stato elaborato da:

UNITA' / INCARICO	RESPONSABILE	SEZIONE / CAPITOLO / ALLEGATO
UOC Affari Generali	Dott. Cosi Dott.ssa Casillo	0. Presentazione nuovo Piano
		1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione
UOC Controllo direzionale	Dott.ssa Cianciullo	1.1. Chi siamo
		1.2. I risultati raggiunti
		2.1. Sottosezione programmazione – Valore pubblico
		2.3. Sottosezione di programmazione – Performance
		4.1. Sottosezione di monitoraggio – Valore pubblico e Performance
IPAS Clinical governance reti e PDTA Ospedale-Territorio	Dott.ssa Mulas	1.2.9. I percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
UOC Risorse economiche e finanziarie	Dott. Piccari	1.3. Gestione economico finanziaria dell'Azienda
UOSD Sistemi informativi	Dott. Guarnieri	2.1. Sottosezione programmazione – Valore pubblico
UOC Progettazione sviluppo e gestione del patrimonio	Ing. Barbacci	2.2. Interventi di efficientamento energetico presso il PTV
Unit Governo delle tecnologie biomediche	Ing. Abundo	
Comitato Unico di Garanzia (CUG)	Dott.ssa Bruni	2.4. Sottosezione di programmazione – CUG
		Allegato 04
Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Dott.ssa Loria	2.5. Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza
		4.2. Sottosezione di monitoraggio – Rischi corruttivi
		Allegato 01
		Allegato 02
		Allegato 03
		Allegato 03A
UOC Gestione e sviluppo risorse Umane	Dott.ssa Avallone	3. Organizzazione capitale umano
		4.3. Sottosezione di monitoraggio – Organizzazione e capitale umano

## **6. ALLEGATI**

Gli Allegati al PIAO 2024 - 2026 sono i seguenti:

- Allegato 01 - Contesto esterno
- Allegato 02 - Programma attuazione della prevenzione della corruzione;
- Allegato 03 - Programma attuazione degli obblighi di trasparenza;
- Allegato 03A - Allegato A – Appalti - Programma attuazione degli obblighi di trasparenza;
- Allegato 04 - Piano Azioni Positive

## Allegato 1

### Definizione del contesto esterno ed interno

Al fine di comprendere l'incidenza del fenomeno corruttivo all'interno del territorio in cui opera la Regione Lazio è necessario procedere alla descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio e delle relazioni esistenti con gli stakeholders.

Nel secondo semestre del 2020 il perdurare dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ha accentuato le conseguenze negative sul sistema sociale ed economico italiano originate dalle severe misure rese necessarie per contenere l'espandersi del contagio. Le difficoltà incontrate per arginare il diffondersi della pandemia hanno infatti continuato ad imporre limitazioni alla mobilità dei cittadini e allo svolgimento delle attività di importanti comparti produttivi quali quello commerciale, turistico-ricreativo e della ristorazione. Della difficoltà finanziarie delle imprese potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose, per altro sempre più orientate verso una sorta di metamorfosi evolutiva volta a ridurre le strategie cruente per concentrarsi progressivamente sulla silente infiltrazione del sistema imprenditoriale. Vi è il grave rischio che le mafie approfittino della crisi economica generata dalla pandemia. I sodalizi mafiosi infatti potrebbero utilizzare le ingenti risorse liquide illecitamente acquisite per "aiutare" privati e aziende in difficoltà al fine di rilevare o asservire le imprese in crisi finanziaria.

Oltre a ciò si deve tener conto, come detto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nella Relazione al Parlamento del 18 giugno 2021, che "la rapida diffusione della pandemia e le sue conseguenze hanno colpito quasi ogni aspetto della società e creato opportunità per la corruzione di prosperare e crescere, poiché le azioni intraprese per affrontare rapidamente le necessità conseguenti alla crisi possono portare a sacrifici della trasparenza. La corruzione drena le risorse dalle persone che ne hanno bisogno, mina la fiducia nelle istituzioni, esacerba le vaste disuguaglianze esposte dal virus e ostacola una forte ripresa".

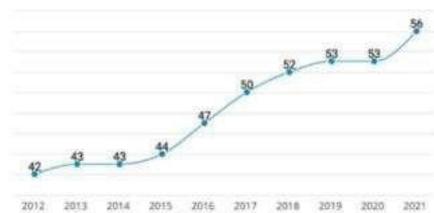
La presente analisi del contesto esterno è stata elaborata prendendo come riferimento una pluralità di dati gestiti da vari Enti quali: l'ISTAT (Dati statistici per il territorio – Regione Lazio); la Banca d'Italia (Economie regionali - L'economia del Lazio); la Direzione Investigativa Antimafia (Relazione del 2020), l'Osservatorio Tecnico-Scientifico per la Sicurezza e la Legalità della Regione Lazio (V° Rapporto Mafie nel Lazio) ed il Documento di Economia e Finanza Regionale 2022-2024.

I dati relativi alla corruzione si riferiscono al Rapporto dell'Autorità Nazionale Anticorruzione "La corruzione in Italia (2016 – 2019) - Numeri, luoghi e contropartite del malaffare", pubblicato il 17 ottobre 2019, alla Relazione annuale 2020 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del 18 giugno 2021 nonché alla Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (Secondo semestre 2020) presentata dal Ministro dell'interno. Si tenga presente che in Italia, come in altri Paesi, non esistono dati scientifici sul fenomeno corruttivo che vadano oltre la misurazione della percezione o di studi ad hoc, né informazioni territoriali rilevate in modo sistematico che possano contribuire alla costruzione di un sistema di misurazione valido ed accessibile alla totalità della popolazione. Cionondimeno, la corruzione non è esente da una elevata incidenza statistica in determinati contesti e dalla presenza di fattispecie ricorrenti la cui approfondita conoscenza, messa a sistema, può aiutare sia la prevenzione che il contrasto.

Con specifico riguardo alla misurazione della percezione, è stato presentato presso la sede dell'Autorità Nazionale Anticorruzione il 25 gennaio 2022 l'annuale Rapporto sull'Indice di percezione della corruzione (CPI), curato da *Transparency International Italia*. Sono circa 180 i Paesi monitorati nel Rapporto Transparency.

# INDICE DI PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE 2021

PER L'ITALIA +14 DAL 2012 AL 2021



TRANSPARENCY INTERNATIONAL ITALIA  
[www.transparency.it/indice-percezione-corruzione](http://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione)  
 #cpi2021

L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Il punteggio dell'Italia nel 2021 è 56, ben tre punti in più rispetto al 2020. L'andamento è positivo dal 2012: in dieci anni abbiamo guadagnato 14 punti.

SCORE	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	COUNTRY/TERRITORY	SCORE	COUNTRY/TERRITORY
88	Denmark	69	United Arab Emirates	55	Dominica	45	Vanuatu
88	Finland	68	Bhutan	55	Fiji	44	Jamaica
88	New Zealand	68	Taiwan	54	Georgia	44	South Africa
85	Norway	67	Chile	54	Czechia	44	Tunisia
85	Singapore	67	United States of America	54	Malta	43	Ghana
85	Sweden	65	Barbados	53	Mauritius	43	Hungary
84	Switzerland	64	Bahamas	53	Grenada	43	Kuwait
82	Netherlands	63	Qatar	53	Cyprus	43	Senegal
81	Luxembourg	62	Korea, South	53	Rwanda	43	Solomon Islands
80	Germany	62	Portugal	53	Saudi Arabia	42	Bahrain
76	United Kingdom	61	Lithuania	52	Oman	42	Benin
76	Hong Kong	61	Spain	49	Slovakia	42	Burkina Faso
74	Canada	59	Israel	49	Armenia	42	Bulgaria
74	Iceland	59	Latvia	49	Greece	41	Timor-Leste
74	Ireland	59	Saint Vincent and the Grenadines	49	Jordan	41	Belarus
74	Estonia	58	Cebo Verde	48	Namibia	41	Trinidad and Tobago
74	Austria	58	Costa Rica	47	Malaysia	40	India
73	Australia	57	Slovenia	46	Croatia	40	Maldives
73	Japan	56	Italy	46	Cuba	39	Kosovo
73	Uruguay	56	Poland	45	Montenegro	39	Colombia
71	France	55	Saint Lucia	45	China	39	Ethiopia
70	Seychelles	55	Botswana	45	Romania	39	Guyana
					Sao Tome and Principe	39	Morocco

## Dinamiche demografiche (fonte: dati istat)

Al 1° gennaio 2021 la Regione Lazio conta 5.755.700 residenti, distribuiti su una superficie di 17.242 Km<sup>2</sup> (con densità abitativa pari a circa 334,01 ab./km<sup>2</sup>) di cui al 1° gennaio 2021 sono 635.569 e rappresentano l'11,1% della popolazione residente.

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente nel Lazio:

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC

<b>Anno</b>	<b>Indice di vecchiaia</b>	<b>Indice di dipendenza strutturale</b>	<b>Indice di ricambio della popolazione attiva</b>	<b>Indice di struttura della popolazione attiva</b>	<b>Indice di carico di figli per donna feconda</b>	<b>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</b>	<b>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</b>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2021	172,9	55,3	142,2	147,7	18,2	-	-

### **Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2021 l'indice di vecchiaia per il Lazio dice che ci sono 172.9 anziani ogni 100 giovani.*

### **Indice di dipendenza strutturale**

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, nel Lazio nel 2021 ci sono 55.3 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

### **Indice di ricambio della popolazione attiva**

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. *Ad esempio, nel Lazio nel 2021 l'indice di ricambio è 142.2 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.*

### **Indice di struttura della popolazione attiva**

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

### **Carico di figli per donna feconda**

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

### **Indice di natalità**

Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

### **Indice di mortalità**

Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

### **Età media**

È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con l'aspettativa di vita di una popolazione.

### **Dinamiche economiche**

La crisi Covid ha colpito anche l'economia del Lazio, la maggiore tenuta, rispetto alle altre regioni, è stata dovuta alla forte presenza del settore pubblico, che ha salvaguardato posti di lavoro e redditi, ma tale economia è stata anche erosa dal prosciugamento del turismo che ha colpito i servizi, le attività alberghiere e di ristorazione e l'occupazione ad esso legata.

Infatti la crisi Covid, malgrado le misure del governo e una forte presenza del settore pubblico, ha avuto forti conseguenze sulle famiglie del Lazio e sulla diseguaglianza dei redditi, in cui ci sono 277mila giovani che non lavorano né studiano (Neet) sui 3 milioni a livello nazionale. Il numero delle famiglie beneficiarie del Reddito o Pensione di cittadinanza è aumentato di un terzo rispetto agli anni precedenti; un'altra larga platea di famiglie ha avuto accesso al Reddito di emergenza, misura istituita durante la crisi sanitaria (ANSA).

#### Le imprese

Lo scorso anno il valore aggiunto è cresciuto lievemente nei servizi e, in misura più intensa, nelle costruzioni, mentre è diminuito nell'industria in senso stretto. Le stime più recenti della Banca d'Italia (in base all'Indicatore Trimestrale Economia Regionale), disponibili solo a livello di macroarea, nel primo trimestre del 2020 indicano un calo per il Centro lievemente inferiore alla media italiana (circa il 4 per cento). Valutazioni qualitative – basate sulla minor quota di valore aggiunto delle attività sospese rispetto all'Italia e sulle previsioni formulate dalle imprese – inducono a ritenere che, in assenza di sensibili variazioni del quadro pandemico, la caduta del PIL in regione sarà significativa, ma inferiore a quella media nazionale.

L'emergenza economica ha investito un'economia regionale che mostra segnali di debolezza. Negli ultimi due decenni il PIL pro capite è cresciuto meno sia nel confronto con le regioni europee, che presentano caratteristiche simili, sia rispetto alla media nazionale. Vi ha contribuito una performance relativamente peggiore della produttività, favorita dall'espansione dei servizi a bassa intensità di conoscenza ("La performance economica del Lazio nel confronto europeo prima della emergenza Covid-19" e "L'andamento dell'occupazione e le dinamiche d'impresa nel Lazio negli anni 2000").

#### Il mercato del lavoro e le famiglie

Secondo il Rapporto della Banca d'Italia (a pag. 6), le ricadute della pandemia sul mercato del lavoro sono state considerevoli, in un contesto già caratterizzato da una debole dinamica dell'occupazione negli ultimi due anni; tra marzo e aprile 2020 il numero di assunzioni nel settore privato è diminuito bruscamente. Nel primo quadrimestre del 2020, le ore autorizzate di Cassa integrazione guadagni sono aumentate di circa tre volte rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente (di otto volte a livello nazionale).

Rispetto al 2008 la ricchezza è diminuita, per il calo delle quotazioni immobiliari che dal 2012 ha ridimensionato il valore della ricchezza reale, non compensato dalla crescita della componente finanziaria. Per quest'ultima, negli anni più recenti vi è stata anche una ricomposizione del portafoglio a favore delle attività più liquide o più diversificate; ciò potrebbe contribuire ad attenuare l'impatto negativo della crisi economica in essere.

Nell'annualità 2020 il flusso di nuovi mutui si è ridotto rispetto alla fine del 2019, per la diminuzione delle compravendite immobiliari innescato dal lockdown introdotto a marzo 2020. Anche il credito al consumo, dopo una significativa espansione nell'ultimo quadriennio, ha registrato un rallentamento a partire da marzo 2020, in connessione con il deterioramento delle condizioni del mercato del lavoro e con il significativo calo dei consumi di beni durevoli.

### Il mercato del credito

Il Rapporto evidenzia, a pag. 7 che nel primo trimestre del 2020 i prestiti al settore privato non finanziario (famiglie e imprese) sono cresciuti, trainati dal consistente ricorso al credito di alcuni grandi gruppi con sede in regione; le misure relative alle moratorie hanno contenuto i rimborsi dei prestiti per famiglie e imprese. Nell'ultimo quinquennio la qualità del credito delle imprese regionali è migliorata e il tasso di deterioramento si è collocato su livelli prossimi alla media nazionale e contenuti nel confronto storico. Vi ha contribuito un mutamento della composizione degli affidati verso imprese con bilanci più solidi. I tassi di copertura dei prestiti deteriorati hanno raggiunto livelli molto elevati, permettendo agli istituti di credito di affrontare la crisi in atto in condizioni significativamente rafforzate rispetto al passato.

### La finanza pubblica decentrata

Come si evince dal Rapporto (pag.7), nel corso dell'emergenza epidemiologica, le Regioni hanno potenziato i posti letto e la dotazione di personale sanitario utilizzando risorse aggiuntive trasferite dal Governo. Nel Lazio sono stati incrementati i posti in terapia intensiva e sub-intensiva e quelli di degenza ordinaria in misura significativa. Si è fatto ricorso a un consistente piano di assunzioni di medici, infermieri e operatori sanitari. Per fronteggiare l'emergenza economica e sostenere le famiglie e le imprese, ai provvedimenti nazionali si sono aggiunti quelli della Regione finalizzati al sostegno delle famiglie in stato di indigenza, di alcune categorie di lavoratori (come tirocinanti e collaboratori domestici), delle microimprese, delle partite Iva e delle aziende danneggiate dall'epidemia. Inoltre, è stata disposta una "moratoria regionale straordinaria" per gli strumenti di agevolazione creditizia attivati dalla Regione, con sospensione delle rate fino a 12 mesi. Nel complesso, le risorse stanziata dalla Regione per tali interventi ammontano a circa 365 milioni di euro; per il 60 per cento finanziate con risorse regionali e per il 40 per cento con la rimodulazione dei fondi strutturali europei.

Nel 2020 la spesa corrente degli enti territoriali è ulteriormente diminuita, grazie al calo di quella relativa all'acquisto di beni e servizi, mentre quella per il personale è rimasta stabile; anche quella per la sanità si è ridotta, ma in maniera più accentuata, in controtendenza rispetto agli aumenti registrati nella media delle Regioni a Statuto Ordinario (RSO). Nello stesso periodo la spesa in conto capitale ha mostrato un forte incremento, trainato da quella effettuata dal Comune di Roma, che lo scorso anno ha raddoppiato le spese per investimenti, dopo il calo in atto dal 2014. La crisi economica influenzerà negativamente l'andamento delle entrate correnti tributarie ed extra-tributarie dei Comuni; i provvedimenti governativi adottati negli ultimi mesi hanno disposto alcuni interventi destinati ad attenuarne l'impatto sui bilanci dei Comuni. Nel 2020 il debito delle Amministrazioni locali del Lazio si è ridotto, pur rimanendo in termini pro capite sensibilmente superiore a quello medio nazionale e delle altre RSO.

### L'industria in senso stretto

Le misure di contenimento della pandemia hanno avuto rilevanti ripercussioni sull'economia regionale. La domanda interna è prevista in forte calo e gli effetti della crisi hanno già avuto riflessi negativi sulle vendite all'estero nel primo trimestre dell'anno. Per il primo semestre del 2020, le imprese intervistate dalla Banca

d'Italia nell'ambito dell'Indagine straordinaria sugli effetti del coronavirus prevedono un calo del fatturato di circa un quinto. La caduta è moderatamente inferiore a quella delle imprese del Centro e della media italiana. Le aziende hanno programmato una significativa revisione al ribasso della spesa per investimenti, già debole negli ultimi anni, che potrebbe ulteriormente risentire dell'elevata incertezza che circonda l'evoluzione della pandemia.

Il sistema produttivo regionale, tuttavia, sta affrontando la crisi attuale in condizioni finanziarie migliori rispetto al passato: nell'ultimo decennio è migliorata la redditività e la patrimonializzazione, il debito è calato e c'è stata una ricomposizione delle passività a favore della componente a più lungo termine; è complessivamente diminuita la percentuale di aziende finanziariamente vulnerabili. I provvedimenti di blocco delle attività hanno aumentato il fabbisogno di liquidità delle imprese: circa il 42 per cento di quelle intervistate a maggio ha segnalato problemi di liquidità. Tra le misure di sostegno alle aziende, le garanzie concesse dal Fondo centrale di garanzia, tra la metà di marzo e la fine di maggio, hanno riguardato finanziamenti per oltre 1,2 miliardi di euro (circa il 9 per cento del totale nazionale); poco meno del 50 per cento del valore di questi prestiti ha riguardato linee di credito per importi fino a 25.000 euro, con copertura del 100 per cento da parte del Fondo.

Nell'annualità 2020 l'indebitamento delle imprese è notevolmente aumentato, risentendo di alcune operazioni straordinarie di grandi gruppi.

### Il quadro economico regionale

Le misure di contrasto alla crisi sanitaria, nel Lazio, hanno prodotto rilevanti ripercussioni sulle attività economiche regionali e, dunque, sul benessere delle famiglie e sulla competitività dei settori produttivi. La crisi sanitaria si è innestata in una fase di ristagno dell'attività e le analisi svolte sui principali indicatori regionali – nella fase pre- pandemia – avevano evidenziato che la competitività dei settori produttivi dell'economia regionale risultava condizionata dalla presenza di uno sbilanciamento verso il settore terziario a basso valore e, al contempo, dalla contenuta dimensione del prodotto industriale – in primis quello manifatturiero – rispetto a quanto osservato nelle aree regionali del Centro-nord, più esposte alla concorrenza internazionale e con dinamiche di crescita notevolmente superiori a quelle del Lazio. Dalle analisi, inoltre, erano emersi i vincoli alla domanda estera dovuti alla presenza di imprese a controllo estero che determinavano buona parte dei flussi verso il paese della casa madre. Con la sospensione delle attività produttive, da marzo è stata potenziata la Cassa integrazione guadagni (CIG), con l'aggiunta di una nuova causale riferita all'emergenza sanitaria.

Alcuni specifici ambiti di sviluppo del servizio sanitario laziale saranno ulteriormente potenziati – sia in funzione della gestione della fase di coabitazione con l'epidemia sia per strutturarli per la gestione ordinaria – e riguarderanno cinque ambiti di policy: l'integrazione «ospedale-territorio» e la «centrale operativa»; il rafforzamento dell'assistenza territoriale; le alte Tecnologie; la Telemedicina; la «connettività del sistema di emergenza territoriale». L'andamento tendenziale e programmatico della finanza regionale nel triennio 2021-2023.

## **Dinamiche sociali/culturali**

Dal Rapporto Istat (pag. 2 e seg.), la struttura per età della popolazione, caratterizzata dalle profonde trasformazioni operate dalla dinamica demografica e sociale, condiziona le diverse tipologie di servizi da offrire alla cittadinanza, dai nidi per l'infanzia alle scuole, dal sistema di protezione sociale ai vari livelli di assistenza per gli anziani. Un altro fattore di rilievo è la distribuzione della popolazione sul territorio, sia con riferimento agli insediamenti residenziali, e in particolare alla maggiore o minore concentrazione dei residenti, che relativamente ai flussi di mobilità.

A livello sub regionale, la distribuzione dei residenti tra le varie ripartizioni amministrative risulta molto disomogenea, con tipicità territoriali, provinciali e sub provinciali, ben marcate. La Città Metropolitana di Roma Capitale raccoglie il 73,9 per cento della popolazione residente in regione, nella sola Capitale risiede il 48,6 per cento (2.856.133 residenti) della popolazione residente nel Lazio. Rispetto al resto della regione, ad esclusione della provincia di Latina, e rispetto al dato nazionale, l'area della Città Metropolitana di Roma Capitale è caratterizzata da incidenze superiori di popolazione più giovane (fino ai 64 anni): il 78,7 per cento della popolazione dell'area non supera i 64 anni, contro una media nazionale del 77,2 per cento. La densità abitativa risulta ben distribuita in tutti i comuni posti a cintura della Capitale e in sette dei quattordici comuni dei Castelli Romani. In particolare, tra i comuni laziali, i primi 14 nella graduatoria dei valori decrescenti di densità di popolazione sono compresi in quest'area. Il Comune di Ciampino è in prima posizione (poco più di 2.997 residenti per kmq), seguito da Roma Capitale (poco più di 2.218 residenti per kmq). Nel resto della regione si evidenziano ulteriori disomogeneità tra le province, e, a livello sub provinciale, tra il capoluogo di provincia e il complesso degli altri comuni. La provincia di Rieti - che con i suoi 155.503 residenti raccoglie solo il 2,6 per cento della popolazione residente nel Lazio - presenta la maggiore differenza interna tra la densità di popolazione del Capoluogo e quella degli altri comuni e risulta essere quella maggiormente colpita dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione (incidenza degli over 65 pari al 25,6 per cento). Nei comuni di Mercetelli (circa 42,5 per cento di popolazione in età 65 anni e più) e Pozzaglia Sabina

(oltre il 45,2 per cento) il fenomeno assume dimensioni macroscopiche e uniche nel Lazio. Anche la provincia di Viterbo - penultima per dimensione demografica (317.030 residenti pari al 5,4 per cento del totale regionale) e seconda per invecchiamento (il 23,9 per cento della popolazione residente è in età superiore ai 65 anni) -, è caratterizzata da bassa densità abitativa. Le aree maggiormente caratterizzate dall'azione congiunta di invecchiamento della popolazione e bassa intensità degli insediamenti di popolazione, si trovano a nord del capoluogo, sul versante della riserva naturalistica regionale del Monte Rufeno, in parte dei comuni sui monti Volsini e nel settore di nord, nord-ovest del Lago di Bolsena. Il Comune di Monterosi si caratterizza, rispetto ai restanti comuni della provincia, per la sua relativa (con riferimento ai valori provinciali), elevata, densità di popolazione (434,2 residenti per kmq). In provincia di Frosinone risiede l'8,3 per cento di popolazione regionale e il 23,1 per cento della popolazione di Frosinone è in età avanzata (dai 65 anni in poi). Valori peculiari caratterizzano la consistenza e i modelli aggregativi della popolazione residente nei comuni in provincia di Latina. La provincia conta 575.254 residenti, che rappresentano il 9,8 per cento della popolazione regionale. Per le caratteristiche d'età, la sua popolazione risulta essere la più giovane - il 79 per cento dei residenti non supera i 64 anni -, mentre per le caratteristiche aggregative della popolazione, è al primo posto per rarefazione sul territorio: il Comune di Gaeta, primo per densità di popolazione tra i comuni della provincia, si colloca al ventiquattresimo posto nella graduatoria dei comuni laziali ordinati per valori decrescenti del dato di densità demografica; il Comune di

Latina, secondo per ampiezza demografica tra i comuni laziali (126.746 residenti), si colloca al quarto posto in provincia e al trentasettesimo nella regione.

L'attrattività (indice di attrazione) "globale" della regione Lazio, è pari a 32,2 per cento, è invece maggiore la sua capacità di autocontenimento. Nel Lazio, infatti, l'indice che lo misura è pari a 65,6 per cento (anno 2015), un valore ben più elevato del dato nazionale (51,5 per cento), ma da ascrivere quasi esclusivamente al contributo della Città Metropolitana di Roma Capitale e della Capitale. Il territorio si differenzia a livello sub regionale sia rispetto all'attrazione sia in ordine all'autocontenimento. Mentre alcune aree si caratterizzano per valori inferiori ai valori regionali e nazionali su entrambi gli indicatori (province di Viterbo, Rieti e Frosinone), nella provincia di Latina e nell'area della Città Metropolitana di Roma Capitale alcuni valori superano le misure nazionali. Si tratta dell'autocontenimento in provincia di Latina (pari a 54,3 per cento, Italia 51,5 per cento), e di entrambi gli indicatori nell'area della Città Metropolitana di Roma Capitale (rispettivamente 33,8 per cento l'indice di attrazione e 71,2 per cento l'indice di autocontenimento). In particolare l'indice di autocontenimento che caratterizza la Capitale (89,1 per cento), è il secondo in assoluto a livello nazionale, inferiore solo a quello registrato dal comune di Altavalle (TN). Altri casi particolari registrati nella regione sono quelli dei comuni che occupano le prime tre posizioni per indice di attrazione: Piedimonte San Germano, Frosinone e Cassino, (rispettivamente 61,9 per cento, 52,8 per cento, 49,9 per cento). Per l'area della Città metropolitana di Roma Capitale si segnala il comune di Frascati, in quarta posizione regionale per attrattività, con il 49,7 per cento. Il fenomeno si manifesta in maniera particolare nel piccolo Comune di Pisoniano (751 residenti, di cui 148 stranieri, in provincia di Roma) dove ad un indice di attrazione, del 3,4 per cento si associa un indice di autocontenimento, pari a 4,1 per cento. Il sistema di trasporto pubblico e privato è chiamato a supportare il fabbisogno di mobilità che il territorio esprime. Si focalizza qui l'attenzione sugli spostamenti abituali per studio e lavoro. Nel Lazio, il complesso degli spostamenti abituali per motivi di studio o di lavoro interessa oltre 3,3 milioni di persone, la maggior parte riguarda gli occupati (oltre il 66,0 per cento). Sia gli studenti, sia gli occupati, usano prevalentemente i mezzi di trasporto (rispettivamente 72,4 per cento e 88,8 per cento) - dato in linea con le scelte di mobilità maggioritarie a livello nazionale (72,5 per cento e 88,0 per cento).

### Le famiglie

Secondo il Rapporto Istat (pag.7), la dimensione media della famiglia residente in regione, pari a 2,2 componenti, è leggermente inferiore alla dimensione media delle famiglie residenti in Italia, e varia, a livello sub regionale, tra il valore 2,2, nelle province di Viterbo, Rieti e Roma e il valore 2,4 nelle province di Latina e Frosinone. Il peso della dimensione media della famiglia nell'area della Città Metropolitana di Roma Capitale, pari al 75,2 per cento delle famiglie residenti in regione, influenza in maniera determinante le statistiche laziali. Considerando la dimensione delle famiglie, nel Lazio, più che in Italia, prevalgono quelle monocomponente (36,1 per cento nel Lazio e 33,0 per cento in Italia), mentre le famiglie più numerose (cinque o più componenti) sono solo il 4,4 per cento, con un'incidenza minore rispetto a quella nazionale (5,3 per cento). La tipologia di famiglia più frequente in Italia, così come nel Lazio, è quella costituita da un solo nucleo (63,2 per cento e 59,5 per cento rispettivamente). All'interno di questa tipologia sono predominanti le coppie di genitori con figli (33,2 per cento in Italia e 30,3 per cento nel Lazio). La

percentuale delle persone sole di 60 anni e più nel Lazio (18,0 per cento) è sostanzialmente in linea con il valore nazionale (17,8 per cento). La consistenza sul territorio e le caratteristiche della popolazione studentesca rappresentano ulteriori elementi conoscitivi di grande rilevanza per la programmazione territoriale. Nel 2018 le scuole laziali contano 819.111 iscritti tra bambini, adolescenti e ragazzi, il 73,8 per cento frequenta le scuole della Città Metropolitana di Roma Capitale. Della quota restante, 26,2 per cento, oltre 7 studenti su 10 sono iscritti nelle scuole delle province di Latina e Frosinone.

Lo sviluppo delle infrastrutture digitali e la promozione della cultura digitale concorrono allo sviluppo dei territori, riducendo i livelli di digital divide che li caratterizzano. Nel Lazio (2019), meno che in Italia, le famiglie che non dispongono di accesso ad Internet da casa sono il 19,5 per cento. Il principale tra i concorrenti motivi che determinano tale circostanza è che “nessuno in famiglia sa usare Internet”. Tra gli altri motivi emergono, per ordine decrescente di peso percentuale, il disinteresse dichiarato (“Internet non è utile, non mi interessa”, 23,3 per cento) e la difficoltà a sostenere i costi associati alla fruizione di Internet, costi sia riferibili agli strumenti, sia riferibili alle spese per il collegamento. Sono invece residuali i casi dichiarati di carenza delle infrastrutture. Le famiglie che dispongono di accesso Internet da casa si attestano all’ 80,5 contro il 76,1 per cento delle famiglie che ne dispongono sull’intero territorio italiano. Di rilievo l’uso della connessione a banda larga fissa, nel Lazio si attesta al 62,2 per cento, risultando di 7,9 punti percentuali superiore all’uso registrato in Italia (54,3 per cento). L’uso della connessione a banda larga mobile, si attesta su valori inferiori a quelli nazionali (rispettivamente 29,8 per cento e 33,7 per cento). Considerando la popolazione di 6 anni e più il Lazio supera di poco più di 3 punti percentuali rispetto all’uso che si registra in Italia. In particolare, nel Lazio, la fascia di popolazione considerata fa un uso quotidiano di Internet superiore a quanto avviene nel Paese, rispettivamente 56,5 per cento e 54,7 per cento.

## **Le infiltrazioni criminali nel Lazio**

L’alta densità abitativa del Lazio e, in particolare, della provincia di Roma si riflette inevitabilmente sulle dinamiche criminali del territorio. La compresenza, infatti, di rilevanti interessi economici e politici, ma anche di aree degradate nelle periferie urbane, fanno della regione un territorio ideale per le organizzazioni criminali che vogliono mimetizzarsi o instaurare proficue relazioni d’affari con i sodalizi locali. Un territorio, specie quello della Capitale, che offre molteplici possibilità di investimenti, legate al settore turistico-ricettivo, immobiliare, edilizio, commerciale e finanziario, fino ai servizi alla persona, compreso il mondo della sanità.

Secondo il V Rapporto Mafie nel Lazio, nel Lazio le organizzazioni criminali si presentano con il volto violento dei clan e con la forza “criminale-imprenditoriale” rappresentata dai loro capitali sporchi.

Si tratta di una “presenza plurima e diversificata a carattere sicuramente non monopolistico. Non c’è infatti un soggetto in posizione di forza e quindi di preminenza sugli altri ma sullo stesso territorio convivono e interagiscono diverse organizzazioni criminali, innanzitutto gruppi che costituiscono proiezioni delle mafie tradizionali. Insieme a queste proiezioni sullo stesso territorio coesistono inoltre gruppi criminali che danno vita a proprie associazioni di matrice autoctona accomunate dall’utilizzo del cosiddetto metodo mafioso” (pag. 12 del Rapporto). In particolare, nella gestione delle sale da gioco sembra essersi realizzata la più proficua convergenza di interessi tra le varie consorterie mafiose. L’infiltrazione nel settore dei giochi e delle scommesse è risultata funzionale sia alla produzione di nuovi capitali, sia al riciclaggio di quelli derivanti da altre attività illecite.

Il Lazio si presenta, così, come un vero e proprio *“laboratorio criminale”*, in cui coesistono formazioni, non solo mafiose, di diversa matrice e etnia, il cui radicamento è più evidente nella Capitale e nelle province di Latina e Frosinone, non a caso quelle con il più alto numero di beni confiscati alle mafie.

Proprio il *basso Lazio*, assieme ad alcuni quartieri della Capitale (tra cui spicca il Municipio di Ostia) hanno risentito della presenza di *sodalizi* autoctoni, per lungo tempo ritenuti marginali, ma che hanno invece dimostrato una elevata pericolosità.

A differenza di quelle locali, le consorterie mafiose del sud sembrano aver optato, a fattor comune, per un contenimento delle azioni violente, cedendo il passo a relazioni di scambio e di collusione finalizzate ad infiltrare economicamente il territorio.

Si assiste, quindi, a modalità operative che, fatte salve alcune eccezioni, hanno progressivamente rinunciato al controllo del territorio in senso stretto, rivolgendosi piuttosto verso contesti economico-finanziari. Queste dinamiche rappresentano, appunto, il frutto di una progressiva, ultradecennale integrazione tra le varie forme di criminalità.

Il sistema è *“complesso”* ed opera da e verso la Capitale, cuore operativo delle reti criminali che attraversano il

Lazio. Il potere delle cosche della Capitale è percepito in particolare dagli operatori economici. Roma rappresenta uno snodo importante per tutti gli affari leciti ed illeciti: le organizzazioni criminali tradizionali (soprattutto *‘ndrangheta* e *camorra*) da lungo tempo acquisiscono, anche a prezzi fuori mercato, immobili, società ed esercizi commerciali nei quali impiegano ingenti risorse economiche provenienti da delitti. I soldi guadagnati con la droga o con altre attività illecite o criminali sono immessi nell’economia legale nel tentativo di riciclarli, di nascondere e far disperdere la loro origine. Il riciclaggio diventa così l’attività mafiosa più importante nelle regioni del centro- nord così come l’acquisizione di attività commerciali, di imprese, di immobili.

Il pericolo è quello di *“una progressiva contaminazione del tessuto produttivo in cui operano le imprese legali che rappresentano la maggioranza delle imprese presenti nella nostra Regione”*. *In questi ultimi mesi si assiste ad una ritrovata centralità delle cosche di ‘ndrangheta nella gestione degli affari legali rispetto ad altri clan presenti sul territorio. In interazione con le cosche di ‘ndrangheta e le altre mafie, fanno sentire il proprio peso le cosche di camorra che a Roma operano da decenni associando alla naturale vocazione “predatoria” (tramite investimenti, riciclaggio e usura) anche la capacità di generare “nuove camorre” locali. Si tratta della cosiddetta “camorra romana” che viene più volte indicata come entità criminale derivata dalla camorra campana e legittimata ad agire a Roma come fosse in Campania, come emerge dalle intercettazioni contenute nelle diverse indagini dalle forze dell’ordine.*

La camorra a Roma in questi anni ha mostrato tutta la sua capacità di inventarsi e reinventarsi, in ogni area della città, in ogni affare, in ogni potenziale consorteria. Sino a dividersi in due: quella infiltrata storicamente sul territorio romano e quella derivata, la camorra romana, rinata e rinnovata nella contaminazione con il tessuto socio- economico. Complice la vicinanza geografica e una certa affinità fra i clan camorristici e l’anarchia ragionata dei clan autoctoni romani, il legame fra le camorre e la Capitale è sempre stato a doppia mandata. I boss campani hanno sempre scommesso una parte dei capitali illeciti sul mercato legale della ristorazione e dell’immobiliare e un’altra in quello illegale e ancora più redditizio del narcotraffico.

A pag. 143 del Rapporto, si legge che *“la complessità della questione criminale a Roma, in provincia e nel Lazio si declina in vari modi non solo con la parola mafie, ma soprattutto con le parole corruzione e sistemi corruttivi”*. Roma metropoli internazionale è crocevia di affari nonché punto di incontro privilegiato tra organizzazioni criminali italiane e straniere. Come tutte le grandi Capitali presenta un’elevata densità abitativa e una promiscuità anche etnica talvolta causa di disagio e conflitto sociale entrambi fattori che possono favorire la diffusione della microcriminalità e il facile reclutamento di utile manovalanza da parte delle organizzazioni mafiose. Con la sua provincia la Capitale costituisce un unicum nel panorama nazionale già in altre occasioni definito come una sorta di *“laboratorio criminale”* nel quale le mafie tradizionali

convivono e interagiscono con associazioni criminali autoctone ricercando continuamente un “equilibrio” garantito da un reciproco riconoscimento che tuteli lo scambio di utilità biunivoche.

Un importante indicatore dei possibili tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nei canali dell'economia legale è dato dal sensibile e costante incremento delle segnalazioni per operazioni sospette. Per la provincia di Roma si è infatti passati dalle 9.037 nel 2019 alle 12.699 del 2020.

Il rischio di inquinamento dell'economia che è stato ulteriormente accentuato dalla crisi pandemica COVID-19 potrà comportare un ulteriore espansione delle condotte usuarie che potrebbero andare a intaccare non solo le piccole e medie imprese ma anche i singoli.

### Mafie straniere

Il Rapporto (pag.207 e seg.) evidenzia che nella capitale e nelle province di Roma, Latina e Frosinone sono presenti inoltre organizzazioni di tipo mafioso e organizzazioni fortemente strutturate rappresentate principalmente da quelle albanesi e georgiane. A queste si affiancano le consorterie romene e nordafricane, tutte dedite ad attività illecite tipiche, come i traffici e lo spaccio di stupefacenti, la tratta di esseri umani e lo sfruttamento della prostituzione. Non ultime, consorterie criminali cinesi la cui presenza si esprime nell'importazione e nella vendita di merci contraffatte, nello spaccio di stupefacenti di tipo sintetico (principalmente nell'ambito della stessa comunità etnica o di quella filippina), nello sfruttamento della manodopera clandestina e della prostituzione di connazionali.

Le organizzazioni criminali di tipo mafioso di origine nigeriana sono fortemente radicate nella Capitale.

La Regione Lazio ha intrapreso in questi anni numerosi percorsi volti a contrastare l'avanzata del fenomeno criminale lavorando sulla formazione alla legalità, costituendosi parte civile in tutti i processi di mafia, avviando riforme e procedure sulla trasparenza e investendo nella digitalizzazione dei procedimenti amministrativi che rendano sempre più impermeabile l'Istituzione regionale alle mafie e alla corruzione.

### I numeri

Il numero delle organizzazioni criminali nel Lazio è in costante crescita in questi ultimi anni. Nelle linee di sintesi del Rapporto sulle organizzazioni criminali realizzato dall'Osservatorio regionale sulla Sicurezza e la Legalità nel 2008 ne erano stati censiti da 60 a 67 (la variazione dipendeva in genere da processi di accorpamento o smembramento per dinamiche interne delle famiglie mafiose camorristiche e di 'ndrangheta).

Il numero relativo al censimento effettuato dal medesimo Osservatorio regionale pubblicato nella prima edizione del Rapporto “Mafie nel Lazio” nel 2015 era di 88 organizzazioni criminali, passando per i 92 gruppi criminali della seconda edizione e infine i 93 della terza. Nel quinto rapporto il numero di clan presenti storicamente sul territorio oscilla intorno ad un centinaio. Precisiamo che nel conteggio sono incluse consorterie criminali alle quali più provvedimenti giudiziari hanno attribuito le caratteristiche di cui all'art. 416 bis oppure l'aggravante di cui all'art. 7 dl 152/91 cosiddetto “metodo mafioso”. Infine, la fattispecie diversa che sviluppa una capacità criminale volta a gestire “piazze di spaccio chiuse” in cui si ravvisano clan con spiccate capacità di controllo del territorio ove le stesse insistono.

A seguire, alcuni dati tratti dal quinto ed ultimo rapporto aggiornato sulle “Mafie nel Lazio” (2020) a cura dell'Osservatorio Tecnico-Scientifico per la Sicurezza e la Legalità della Regione Lazio (pag. 263 e seg.)



### Beni confiscati nella Regione Lazio

Secondo il rapporto, “la confisca dei beni si è dimostrata un valido deterrente per contrastare l’infiltrazione mafiosa nelle attività economiche”.

A seguire, alcuni dati tratti dal rapporto, concernenti:

- beni confiscati nella Regione Lazio (pag. 267 del Rapporto)
- aziende confiscate nella Regione Lazio (pag. 268 del Rapporto)
- beni confiscati Provincia di Roma (pagg. 269 e 270 del Rapporto)

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



### FOCUS BENI CONFISCATI PROVINCIA DI ROMA



TIPOLOGIE IMMOBILI		
 Abitazione indipendente	30	64
 Albergo, Pensione	1	1
 Altra unità immobiliare	1	25
 Altro	94	59
 Appartamento in condominio	121	209
 Biblioteca, Museo, Galleria	1	-
 Box, garage, autorimessa	82	133
 Collegio e convivito	-	1
 Fabbricato in corso di costruz.	-	5
 Fabbricato Industriale	-	1
 Fabbricato / Locale per lo sport	4	3
 Lab. per arti e mestieri	4	3
 Magazzino, deposito	8	55

### TIPOLOGIE IMMOBILI

		
 Negozio Bottega	6	36
 Palazzo storico, castello	1	-
 Stalla, scuderia	2	4
 Teatro, cinema, sala concerti	-	1
 Terreno - non definito	16	35
 Terreno agricolo	34	70
 Terreno con fabbricato rurale	3	2
 Terreno edificabile	15	9
 Ufficio pubblico	-	3
 Unità dest. comm. e ind.	1	5
 Unità per allog. e usi coll.	-	2
 Unità uso abit. e assim.	4	13
 Villa	42	54
<b>TOTALE</b>	 <b>470</b>	 <b>793</b>

Va preliminarmente fatta una precisazione che si ritiene fondamentale per la lettura delle cifre riguardanti i beni confiscati nel Lazio: i numeri dei beni immobili confiscati si riferiscono alle particelle catastali singole e non all'intero bene. Nella maggior parte dei casi, infatti, un terreno o un appartamento sono formati da più particelle che rappresentano (per l'Anac) più beni confiscati.

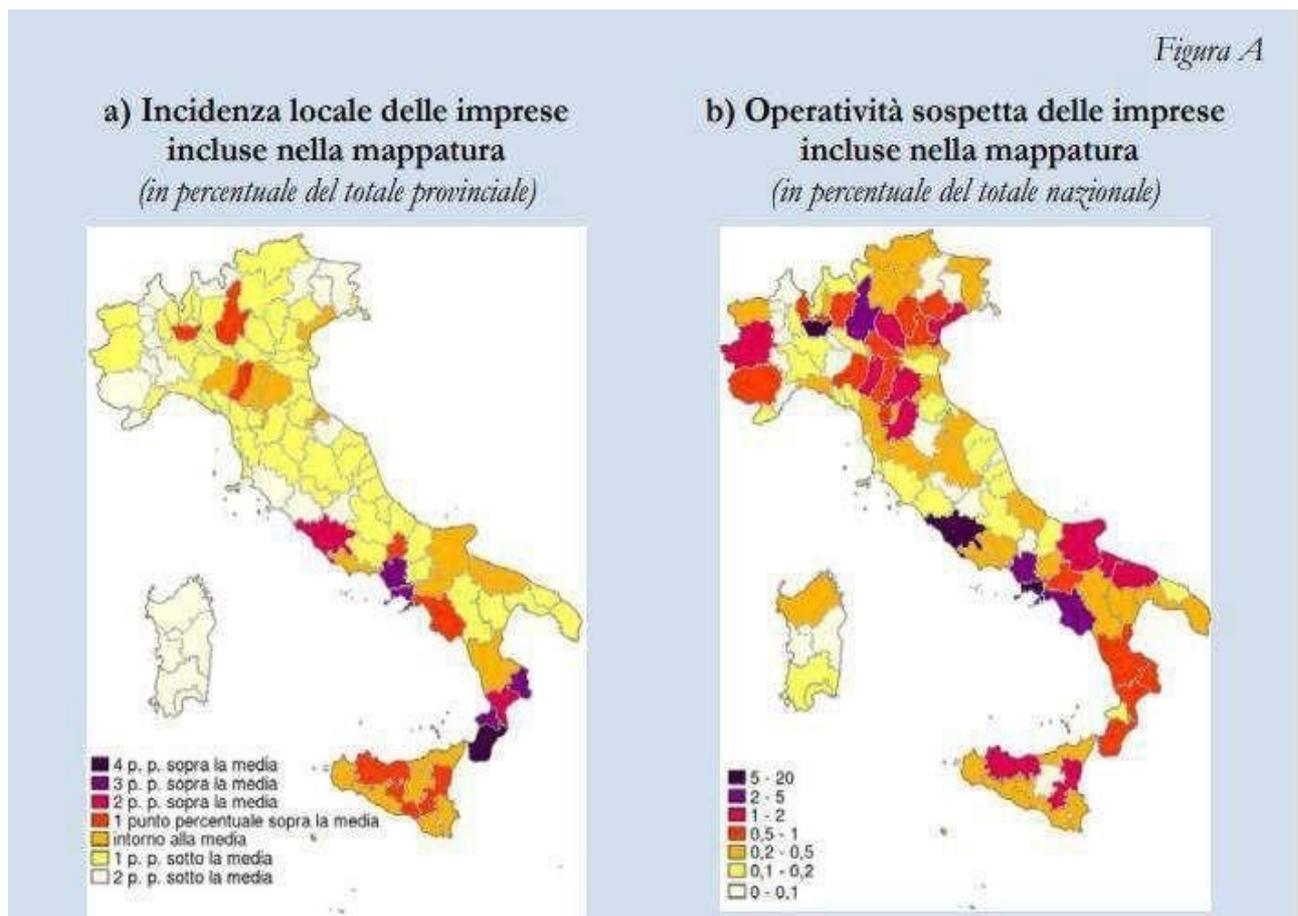
 **BENI DESTINATI**       **BENI IN GESTIONE**

fonte: [www.openregio.it](http://www.openregio.it)

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC

Inoltre, è interessante quanto emerso dalla mappatura delle imprese operanti in Italia potenzialmente connesse a contesti di criminalità organizzata elaborata dall'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia (pag. 47 e seg. del Rapporto UIF).

Nel Rapporto si legge: "Le imprese incluse in tale esercizio di mappatura non possono essere considerate con certezza infiltrate, controllate o collegate alla criminalità organizzata, circostanza quest'ultima che può essere accertata solo a livello investigativo e giudiziario. Al contrario, la mappatura censisce (sulla base dei dati disponibili presso l'Unità) la potenziale "prossimità" di un'impresa con contesti di criminalità organizzata, che potrà essere poi oggetto di eventuale verifica nelle sedi opportune. La maggior parte delle imprese censite nella mappatura è situata nel Sud e nelle Isole (41,9%), ma quote significative di imprese operano anche nel Nord (36,2%) e nel Centro (21,9%), in linea con le più aggiornate evidenze analitiche e investigative. L'incidenza locale delle imprese "mappate", sul totale delle imprese iscritte al Registro provinciale, tende a essere maggiore nelle province meridionali, con picchi in Calabria, Campania e Sicilia; nel Centro-Nord le province maggiormente interessate secondo questo criterio sono Roma, Milano, Brescia e Reggio Emilia" (pag. 47 del Rapporto UIF).



I maggiori flussi finanziari anomali si concentrano - oltre che nelle regioni meridionali di origine delle consorterie mafiose - anche nelle ricche province del Nord e del Centro in cui è più intensa l'attività economica; spiccano le province di Roma, Milano e Napoli (pag. 48 del Rapporto UIF).

Nella Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia - Secondo semestre 2020, presentata dal Ministro dell'interno (pag. 261) si legge che "L'attuale emergenza sanitaria ed economica che ha colpito anche la Regione ha evidenziato livelli allarmanti poiché si è sovrapposta a una situazione già in fase di ristagno che vede tra i settori più afflitti dalla crisi quelli collegati al turismo. Tra questi il comparto degli alloggi, della ristorazione, del commercio e dei trasporti assorbono una quota consistente dell'occupazione regionale, pari a circa un quinto del totale.

Sul punto anche alla luce dell'emergenza pandemica tuttora in corso rilevano le parole del Prefetto della Capitale, Matteo Piantedosi: "La situazione di rilevante difficoltà economico-finanziaria indotta dall'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha interessato, in questi mesi, larghi strati della popolazione, incidendo sia sul potere di acquisto delle famiglie sia sulla capacità produttiva di molte aziende di settori-chiave del tessuto economico del Paese, gravando in particolare sulle piccole e sulle medie imprese divenute anch'esse, per le difficoltà di accesso a canali di rapido finanziamento, oggetto di interesse per la criminalità organizzata. In tale ambito, il rafforzamento delle azioni messe in campo dalla Prefettura per contrastare il rischio di infiltrazione dei sodalizi mafiosi ha acquisito una valenza più ampia rispetto al mero ripristino della legalità: la salvaguardia del circuito economico legale, ed in particolare la tutela delle aziende di piccole dimensioni - che costituiscono la spina dorsale del sistema economico locale - rappresenta un obiettivo primario anche per i conseguenti riflessi di ordine sociale, ponendosi a difesa delle realtà produttive del territorio e dei correlati livelli occupazionali". Particolarmente significative risultano anche le interdittive antimafia emesse nel semestre dalle Autorità prefettizie nei confronti di aziende operanti nella Regione che presentano profili di contiguità con organizzazioni mafiose. Per quelle riconducibili alla camorra, ad esempio, i provvedimenti interdittivi hanno riguardato i settori dell'edilizia stradale, del movimento terra, degli autotrasporti e dell'agroalimentare laddove sono stati rilevati interessi riconducibili per lo più ai CASALESI.

Ulteriore chiave di lettura della consistenza dell'infiltrazione criminale nel tessuto economico legale del Lazio emerge dai dati pubblicati dall' "Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata".

In un panorama socio-economico estremamente complesso come quello laziale un fattore di rischio di primissimo piano potrebbe essere rappresentato dalla corruzione. Essa si gioverebbe di quel potere relazionale in grado di far dialogare la criminalità in tutte le sue declinazioni con differenti strati della società apparentemente non "inquinati" (amministratori pubblici, soggetti istituzionali, imprenditori, liberi professionisti, etc.) stimolando così di trame diffusa compartecipazione corruttiva che di certo è agevolata da un complesso apparato burocratico".

Le attività della Regione Lazio in materia di beni confiscati si articolano, sostanzialmente, su due linee di intervento:

- 1)** acquisizione al proprio patrimonio indisponibile di beni immobili confiscati alla criminalità organizzata, da utilizzare per finalità istituzioni/proprie della Regione o da assegnare in uso a titolo gratuito a soggetti del terzo settore;
  
- 2)** concessione di contributi per il recupero dei beni confiscati alla criminalità organizzata acquisiti al patrimonio degli enti locali.

In merito alle linee di intervento di cui al punto 1), la normativa di riferimento è sostanzialmente riconducibile al d.lgs 159/2011 nonché al r.r 8/2017, con il quale la Regione Lazio ha disciplinato i criteri generali, le direttive e le modalità per la concessione in uso a terzi dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata facenti parte del patrimonio indisponibile della Regione medesima e non utilizzati per scopi istituzionali.

I suddetti beni possono essere assegnati a soggetti di cui all'articolo 48, comma 3, lettera c) del d.lgs 159/2011, selezionati a seguito di specifico avviso pubblico.

I rapporti tra Regione e concessionari dell'immobile sono disciplinati da appositi atti di concessione e relativa convenzione.

Per quanto concerne i terreni, la Regione Lazio ha acquisito al proprio patrimonio indisponibile terreni siti nei comuni di Priverno, Latina, Spigno Saturnia.

A seguito di stipulazione di specifiche convenzioni, difatti, i terreni siti nei comuni di Priverno, Latina e Spigno

Saturnia sono stati assegnati in uso gratuito ai comuni medesimi unitamente a tre Istituti Agrari, al fine di dare vita

a laboratori didattici, anche nell'ambito della sperimentazione di percorsi di alternanza scuola lavoro, previa attuazione nei necessari interventi di bonifica, recupero e riqualificazione dei terreni medesimi.

In merito alle linee di intervento di cui al punto 2), si evidenzia preliminarmente che ai sensi della citata l.r. 15/2001, la Regione, sulla base delle risorse stanziato nel bilancio regionale, concede finanziamenti di parte capitale per le opere di ristrutturazione dei beni confiscati alla criminalità organizzata al fine di favorirne il riutilizzo e la fruizione sociale nell'ambito dell'attuazione di politiche sociali a favore della legalità, della sicurezza e della prevenzione delle situazioni di disagio, di accoglienza e di supporto per le vittime di reato. I finanziamenti sono destinati agli enti locali, che possono amministrare direttamente i beni, ovvero alle organizzazioni del terzo settore assegnatarie degli stessi.

I finanziamenti sono concessi previa adozione di una deliberazione annuale di Giunta (con la quale sono stabiliti, tra l'altro, i criteri di carattere generale per la predisposizione degli avvisi pubblici, per la valutazione delle istanze nonché le quote massime ammesse a finanziamento) e conseguenti avvisi pubblici. In sintesi, dall'anno 2017 all'anno 2020 sono stati approvati avvisi pubblici per la concessione di contributi destinati al recupero di beni confiscati acquisiti al patrimonio degli enti locali, per un importo complessivo di euro 2.698.547,03.

La Regione Lazio nell'annualità 2021, ha sostenuto iniziative tese alla ristrutturazione edilizia e impiantistica degli Immobili Confiscati alla criminalità organizzata presenti nel territorio regionale e messi a disposizione, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, della normativa antimafia, per realizzare attività socio-assistenziale, culturale, turistico- ricreative e/o di promozione della legalità per 1.555.842,51 euro.

Per comprendere meglio il contesto territoriale, oltre alla disamina sulle infiltrazioni mafiose nel territorio, occorre analizzare anche i dati relativi alla corruzione.

## **I fenomeni corruttivi nel Lazio**

Nell'ambito dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016, l'Istat rileva che 1,74 milioni di famiglie, il 7,9% delle famiglie italiane, sono state coinvolte, almeno una volta nella vita, in dinamiche corruttive. I settori maggiormente interessati sono quello lavorativo (702mila famiglie), sanitario (518mila) e degli uffici pubblici (411mila). Nel Centro Italia gli ambiti più a rischio sono quelli del lavoro, degli uffici pubblici e della

giustizia. La regione più colpita è il Lazio, dove quasi una famiglia su cinque (esattamente il 17,9%) dichiara di aver avuto esperienza di tale fenomeno. Rimanendo in ambito lavorativo, ci si può chiedere quante persone abbiano riscontrato nel proprio ambito di lavoro scambi illeciti o inopportuni, che avessero come oggetto denaro o favori. In totale, si tratta di 1 milione e 900 mila persone, il 5% del totale. Ben sopra la media nazionale, si trovano Lazio, Veneto e Liguria, rispettivamente con il 7,5%, il 7,2% e il 6,9%.

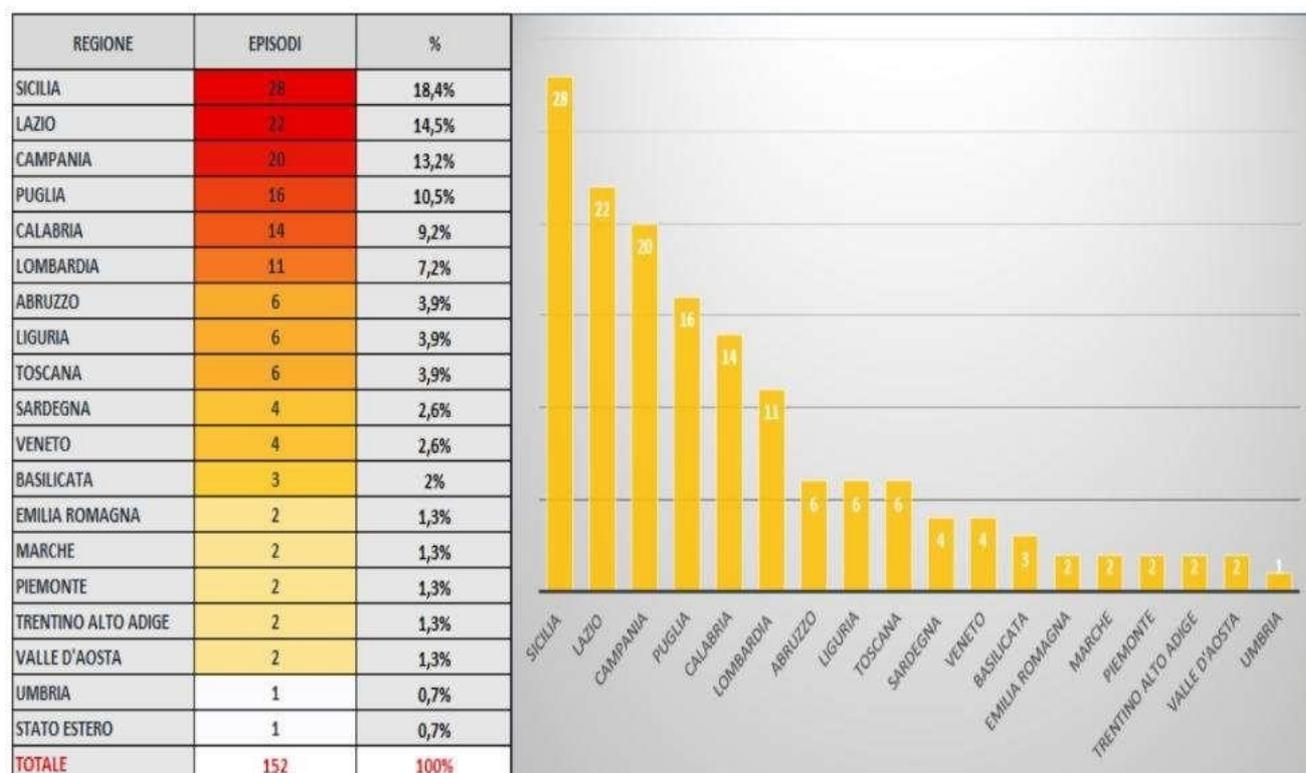
Rilevanti spunti di riflessione emergono dallo studio “Italia interrotta: il peso della corruzione sulla crescita economica” svolto nel 2018 dall’Istituto per la competitività. Primo fra questi, l’esistenza di una correlazione tra corruzione e investimenti diretti esteri (pag. 30 e seg.). Dove il livello di corruzione percepito è più alto risulta minore la capacità di attrarre investimenti stranieri. Viceversa, nelle regioni in cui il livello di corruzione è più basso, si riscontra una maggiore presenza di imprese multinazionali sul totale delle imprese. Particolarmente interessante è quanto emerge, poi, da un’analisi della relazione esistente tra corruzione e digitalizzazione (pag.42 e seg.). La correlazione tra digitalizzazione di un Paese – misurata dal DESI (Digital Economy and Society Index), l’indice elaborato dalla Commissione Europea per valutare lo stato di avanzamento degli Stati membri dell’UE verso un’economia e una società digitali – e corruzione – misurata dal CPI (Corruption Perception Index), elaborato da Transparency International – appare forte e positiva (+88,6%). Nonostante il dilagare di fenomeni corruttivi sia influenzato sia da un fattore geografico che da un fattore economico (approssimato dal PIL del Paese), l’impatto associato allo sviluppo digitale di un Paese rimane assolutamente rilevante. Un incremento del 10% nello sviluppo digitale comporterebbe un miglioramento (ossia, una riduzione) più che proporzionale nel grado di corruzione, pari al 14% circa. Un ruolo importante, tanto nel processo di sviluppo digitale quanto nel contrasto alla corruzione, è svolto dalla Pubblica Amministrazione. Un aumento dell’indice dei Servizi Pubblici Digitali (SPD) comporta, infatti, una riduzione proporzionale dell’indice Corruption Perception Index (CPI).

Infine, è importate considerare i dati tratti dal Rapporto “La corruzione in Italia (2016 – 2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”, pubblicato il 17 ottobre 2019.

L’ANAC ha analizzato i provvedimenti emessi dall’Autorità giudiziaria nell’ultimo triennio con il supporto del personale della Guardia di Finanza impiegato presso l’Autorità medesima ed ha redatto un quadro dettagliato delle vicende corruttive in termini di dislocazione geografica, contropartite, enti, settori e soggetti coinvolti.

**Episodi di corruzione 2016 – 2019 (pag. 8 del Rapporto)**

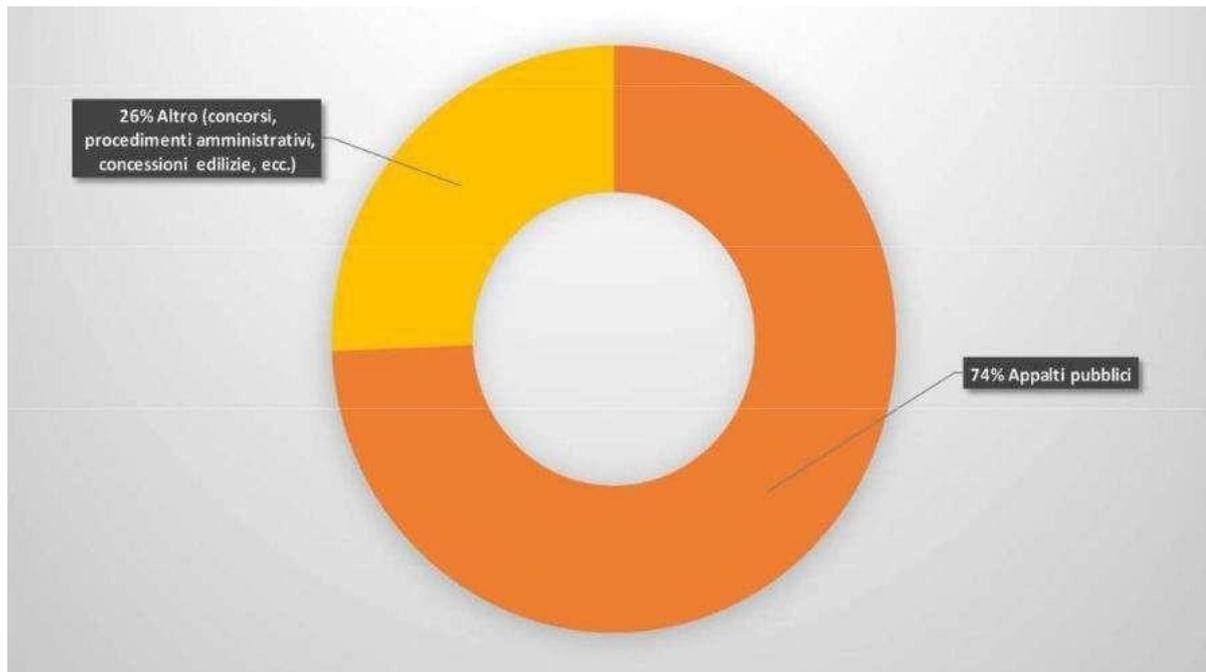
## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



“Dal punto di vista numerico, spicca il dato relativo alla Sicilia, dove nel triennio sono stati registrati 28 episodi di corruzione (18,4% del totale) quasi quanti se ne sono verificati in tutte le regioni del Nord (29 nel loro insieme). A seguire, il Lazio (con 22 casi), la Campania (20), la Puglia (16) e la Calabria (14). Il 74% delle vicende (113 casi) ha riguardato l’assegnazione di appalti pubblici, a conferma della rilevanza del settore e degli interessi illeciti a esso legati per via dell’ingente volume economico (tab. 2). Il restante 26%, per un totale di 39 casi, è composto da ambiti di ulteriore tipo (procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari, ecc.)” (pag. 2 del Rapporto).

**Ambito della corruzione (pag. 9 del Rapporto)**

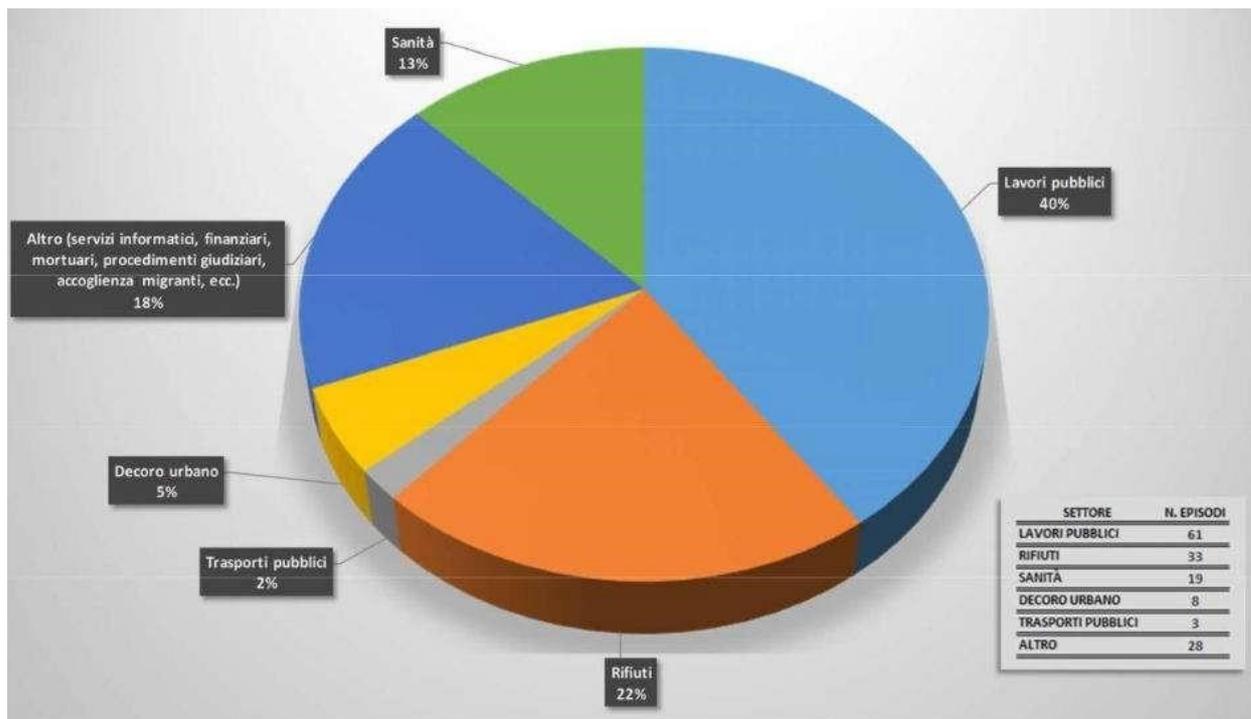
## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



Il settore più a rischio si conferma quello legato ai lavori pubblici, in una accezione ampia che comprende anche interventi di riqualificazione e manutenzione (edifici, strade, messa in sicurezza del territorio): 61 gli episodi di corruzione censiti nel triennio, pari al 40% del totale. A seguire, il comparto legato al ciclo dei rifiuti (raccolta, trasporto, gestione, conferimento in discarica) con 33 casi (22%) e quello sanitario con 19 casi (forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia), equivalente al 13%" (pag 2 e 3 del Rapporto).

**Settori più colpiti** (pag. 10 del Rapporto)

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



A pag. 3 del Rapporto, si legge che quanto alle modalità “operative”, è degna di nota la circostanza che - su 113 vicende corruttive inerenti l’assegnazione di appalti - solo 20 riguardavano affidamenti diretti (18%), nei quali l’esecutore viene scelto discrezionalmente dall’amministrazione. In tutti gli altri casi sono state espletate procedure di gara: ciò lascia presupporre l’esistenza di una certa raffinatezza criminale nell’adeguarsi alle modalità di scelta del contraente imposte dalla legge per le commesse di maggiore importo, evitando sistemi (quali appunto l’assegnazione diretta) che in misura maggiore possono destare sospetti.

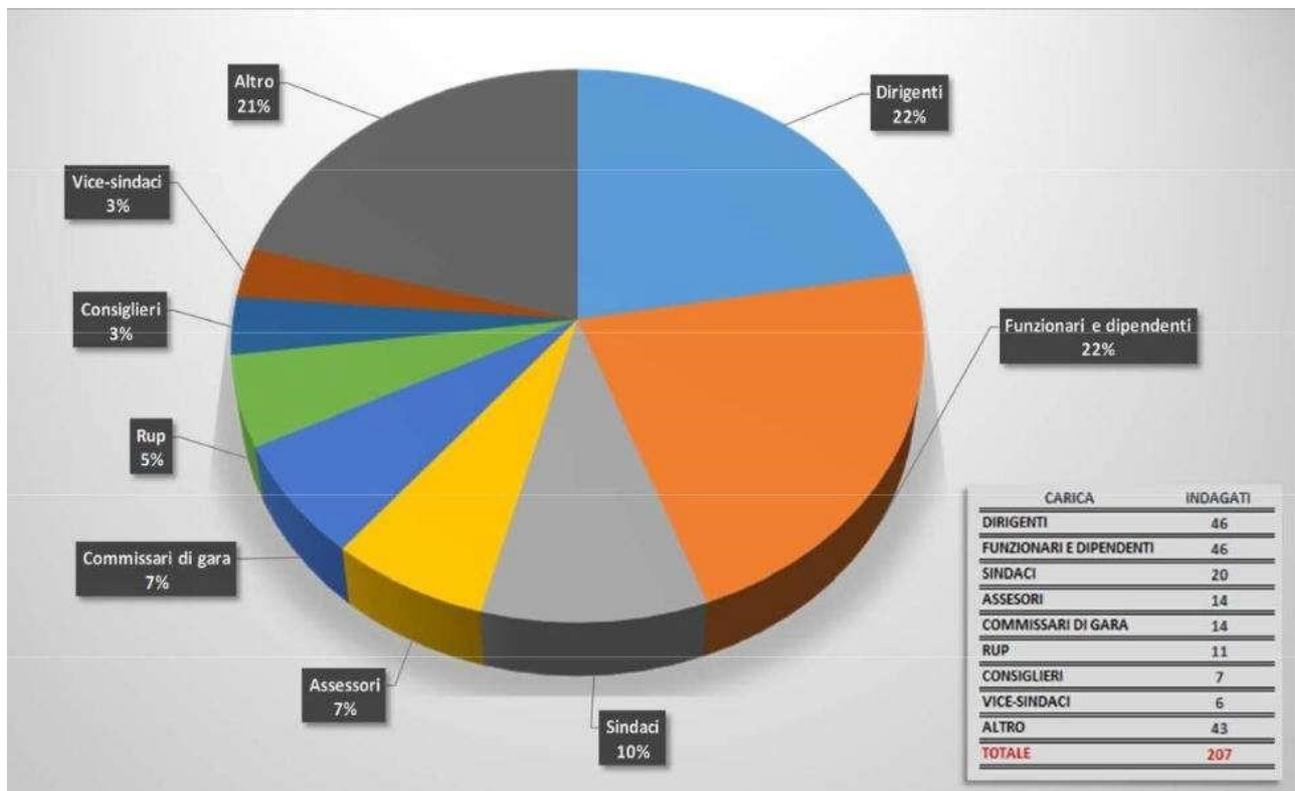
Spesso si registra inoltre una strategia diversificata a seconda del valore dell’appalto: per quelli di importo particolarmente elevato, prevalgono i meccanismi di turnazione fra le aziende e i cartelli veri e propri (resi evidenti anche dai ribassi minimi rispetto alla base d’asta, molto al di sotto della media); per le commesse di minore entità si assiste invece al coinvolgimento e condizionamento dei livelli bassi dell’amministrazione (ad es. il direttore dei lavori) per intervenire anche solo a livello di svolgimento dell’attività appaltata.

A seguire, alcune delle principali peculiarità riscontrate nelle vicende di corruzione esaminate dall’ANAC, che potrebbero essere assunte come indicatori di ricorrenza del fenomeno:

- illegittimità gravi e ripetute in materia di appalti pubblici: affidamenti diretti ove non consentito, abuso della procedura di somma urgenza, gare mandate deserte, ribassi anomali, bandi con requisiti funzionali all’assegnazione pilotata, presentazione di offerte plurime riconducibili ad un unico centro di interesse;
- inerzia prolungata nel bandire le gare al fine di prorogare ripetutamente i contratti ormai scaduti (in particolare nel settore dello smaltimento rifiuti);
- assenza di controlli (soprattutto nell’esecuzione di opere pubbliche);
- assunzioni clientelari;
- illegittime concessioni di erogazioni e contributi;
- concorsi svolti sulla base di bandi redatti su misura;
- illegittimità nel rilascio di licenze in materia edilizia o nel settore commerciale;
- illiceità in procedimenti penali, civili o amministrativi, al fine di ottenere provvedimenti di comodo.

**Tipologia degli indagati (pag.11 del Rapporto)**

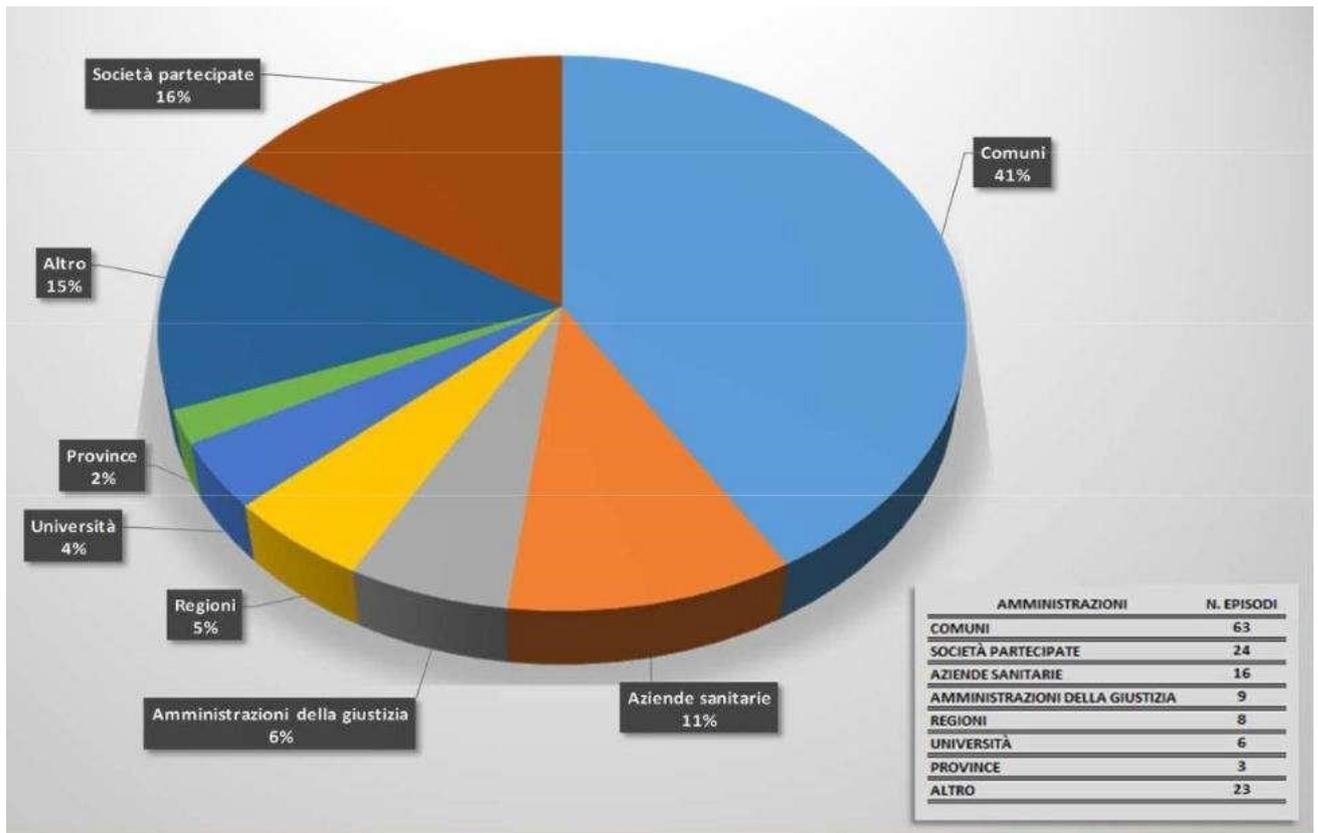
## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



Per quanto riguarda il coinvolgimento del decisore pubblico, dal rapporto emerge che nel triennio esaminato i pubblici ufficiali/incaricati di pubblico servizio indagati per corruzione sono stati 207. “Indicativo è il tasso relativo all’apparato burocratico in senso stretto, che annoverando nel complesso circa la metà dei soggetti coinvolti si configura come il vero dominus: 46 dirigenti indagati, ai quali ne vanno aggiunti altrettanti tra funzionari e dipendenti più 11 rup (responsabile unico del procedimento)” (pag.4 del Rapporto).

**Amministrazioni coinvolte** (pag.12 del Rapporto)

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



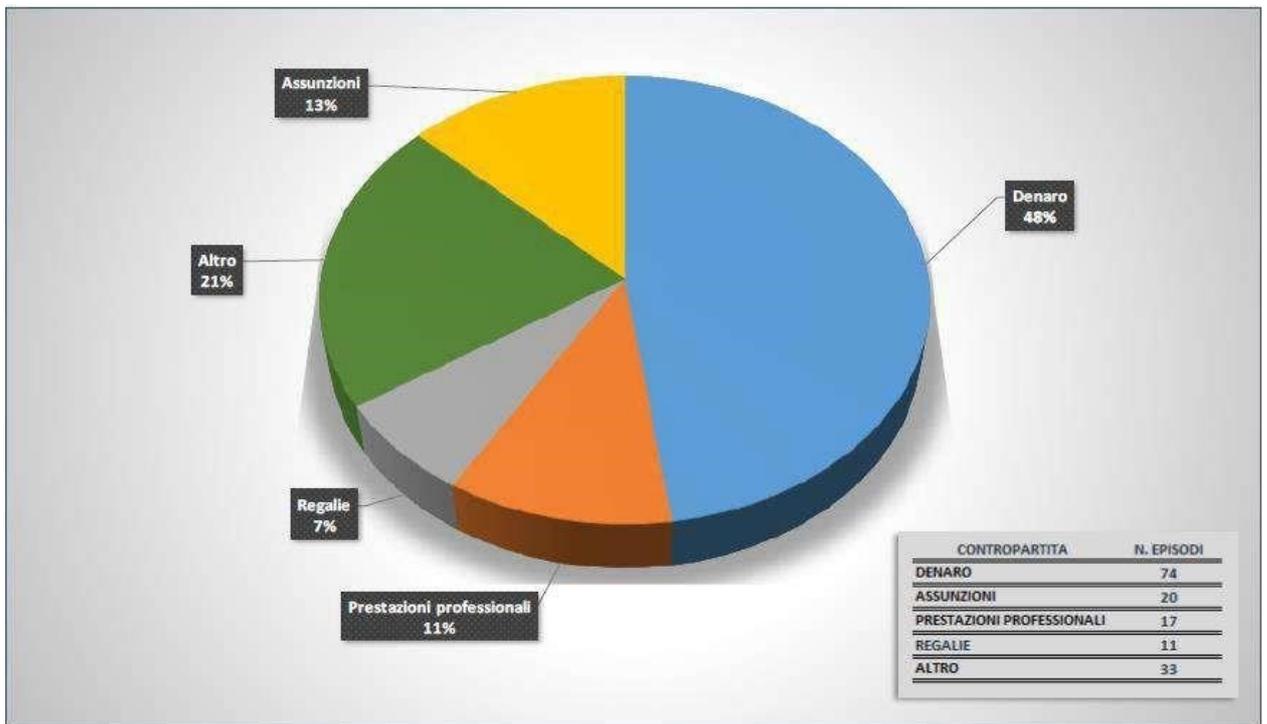
A pag.5 del Rapporto si legge che “Il denaro continua a rappresentare il principale strumento dell’accordo illecito, ma l’analisi dell’ANAC ha consentito di dare riscontro fattuale al cd. fenomeno della “smaterializzazione” della tangente, che vede una sempre minor ricorrenza della contropartita economica.

Sebbene il denaro continui a rappresentare il principale strumento dell’accordo illecito, tanto da ricorrere nel 48% delle vicende esaminate, sovente per importi esigui (2.000-3.000 euro ma in alcuni casi anche 50-100 euro appena) e talvolta quale percentuale fissa sul valore degli appalti, si manifestano nuove e più pragmatiche forme di corruzione.

In particolare, il posto di lavoro si configura come la nuova frontiera del pactum sceleris; l’assunzione di coniugi, congiunti o soggetti comunque legati al corrotto (non di rado da ragioni clientelari) è stata riscontrata nel 13% dei casi. A seguire, a testimonianza del sopravvento di più sofisticate modalità criminali, si colloca l’assegnazione di prestazioni professionali (11%), specialmente sotto forma di consulenze, spesso conferite a persone o realtà giuridiche riconducibili al corrotto o in ogni caso compiacenti. Le regalie sono presenti invece nel 7% degli episodi. A conferma delle molteplici modalità di corruzione, vi è il dato relativo alle utilità non rientranti nelle summenzionate fattispecie, più di un quinto del totale (21%). Oltre a ricorrenti benefit di diversa natura (benzina, pasti, pernotti) non mancano singolari ricompense di varia tipologia (ristrutturazioni edilizie, riparazioni, servizi di pulizia, trasporto mobili, lavori di falegnameria, giardinaggio, tinteggiatura) comprese talvolta le prestazioni sessuali”.

**Contropartita della corruzione (pag.13 del Rapporto)**

## Adeguamento della metodologia di risk management alle indicazioni fornite dall'ANAC



In conclusione, “il quadro complessivo che emerge dal rapporto testimonia che la corruzione, benché all’apparenza scomparsa dal dibattito pubblico, rappresenta un fenomeno radicato e persistente, verso il quale tenere costantemente alta l’attenzione” (pag. 5 del Rapporto).

L’opinione pubblica percepisce l’Italia un Paese meno corrotto del passato. E, in effetti, il nostro paese ha ricevuto numerosi riconoscimenti in tema di prevenzione della corruzione, rilasciati dai più autorevoli organismi internazionali. Ciononostante, “la varietà delle forme di corruzione e dei settori di potenziale interesse impone di ricorrere a un’azione combinata di strumenti preventivi e repressivi, che possano operare secondo comuni linee di coordinamento ed integrazione. L’indispensabilità della prevenzione quale strumento aggiuntivo (ma nient’affatto alternativo) rispetto alla sanzione penale, risulta del resto rafforzata proprio dalle evidenze del rapporto.

Si pensi, a titolo di esempio, alla predominanza dell’apparato burocratico negli episodi di corruzione, che comprova l’assoluta utilità di prevedere adeguate misure organizzative (in primis in tema di conflitti d’interesse e rotazione periodica del personale) che riducano a monte i fattori di rischio” (pag. 6 del Rapporto).

E’ importante sottolineare un dato: “la trasparenza, intesa quale strumento di monitoraggio civico dell’azione amministrativa, allo stato rappresenta un patrimonio consolidato e soprattutto diffuso, come dimostrano tutte le rilevazioni svolte nel tempo dall’Autorità” (pag. 6 del Rapporto).

Per finire, con specifico riferimento alla provincia di Roma, si riportano i dati tratti dal quinto rapporto sulle “Mafie nel Lazio” (2020):







### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.01.00.00 - U.O.C. Controllo Direzionale				Ciancullo Carla				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Produzione report di attività		Report attività e indicatori collegati ad attività di ricovero, attività ambulatoriale, attività emergenza, consulenze	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Omissione dei controlli	1,17	1,40	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure quinquies
Rendicontazioni economiche		Rendicontazioni finanziamenti funzioni, obiettivi di piano e progetti regionali	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,00	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (10)
Report CO.AN		Report con monitoraggio costi e ricavi	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure (11)
Supporto a UOC REF per predisposizione bilancio		Relazione del DG al Bilancio Modello LA Modello CP	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Omissione dei controlli	1,17	1,00	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (12)
Supporto al processo di budget nell'ambito del ciclo della performance		Definizione obiettivi/indicatori	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,20	Priorità minima	Previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario (1)
Supporto al processo di budget nell'ambito del ciclo della performance		Monitoraggio indicatori	ATTIVITA A SUPPORTO DELLA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Discrezionalità nella gestione	1,83	1,60	Priorità media	Previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario (2)

## Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.02.00.00 - U.O.C. Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio				Barbacci Alessandra				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Autorizzazione pagamenti (RUP)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,40	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (10)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Redazione documenti tecnici per affidamento Servizi Arch. E Ing.	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,20	Priorità elevata	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (1)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Redazione documenti tecnici per affidamento Servizi Arch. E Ing.	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Scarsa trasparenza dell'operato	2,50	2,20	Priorità elevata	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (2)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Redazione programma acquisizione (Regione)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,33	2,60	Priorità massima	Pubblicazione sul sito internet (11)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Verifiche tecniche e monitoraggio esecuzione lavori (esterno)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,40	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (3)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Verifiche tecniche e monitoraggio esecuzione lavori (esterno)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Scarsa trasparenza dell'operato	2,50	2,40	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (4)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Verifiche tecniche e monitoraggio Servizi Ing. (DEC interno)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,33	2,20	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (1)
Investimenti PNRR - Fondi Regionali/Statali		Verifiche tecniche e monitoraggio Servizi Ing. (DEC interno)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Scarsa trasparenza dell'operato	2,33	2,20	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (2)
Investimento da Bilancio Aziendale		Autorizzazione pagamenti (RUP)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,00	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (20)
Investimento da Bilancio Aziendale		Nomina DL/DEC e Assistenti (interni)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Mancata rotazione dei soggetti incaricati	2,00	1,20	Priorità media	Misure di rotazione (1)
Investimento da Bilancio Aziendale		Progettazione (interna)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,33	1,20	Priorità media	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (13)
Investimento da Bilancio Aziendale		Programmazione e gestione interventi (Area Sanitaria)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	1,83	1,40	Priorità media	Standardizzazione delle procedure (13)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.02.00.00 - U.O.C. Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio

Barbacci Alessandra

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Investimento da Bilancio Aziendale		Redazione contabilità (DL/DEC)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,33	2,80	Priorità massima	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (17)
Investimento da Bilancio Aziendale		Redazione contabilità (DL/DEC)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Scarsa trasparenza dell'operato	2,33	2,80	Priorità massima	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (20)
Investimento da Bilancio Aziendale		Redazione documenti tecnici per affidamento Servizi Arch. E Ing.	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,20	Priorità elevata	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (3)
Investimento da Bilancio Aziendale		Redazione documenti tecnici per affidamento Servizi Arch. E Ing.	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Scarsa trasparenza dell'operato	2,50	2,20	Priorità elevata	Presenza di più funzionari anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad un unico funzionario (9)
Investimento da Bilancio Aziendale		Redazione programma acquisizione (Direzione Aziendale)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,33	1,80	Priorità elevata	Pubblicazione sul sito internet (12)
Investimento da Bilancio Aziendale		Verifiche tecniche e monitoraggio esecuzione lavori (DL/DEC e Assistenti)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Discrezionalità nella gestione	2,50	2,40	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (15)
Investimento da Bilancio Aziendale		Verifiche tecniche e monitoraggio esecuzione lavori (DL/DEC e Assistenti)	UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	Omissione nei controlli	2,50	2,40	Priorità elevata	Standardizzazione delle procedure (16)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.05.00.00 - U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione				Loria Maria Rosa				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Accoglienza		Punti Informativi e Orientamento	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Scarsa chiarezza	1,00	1,00	Priorità minima	
Comunicazione		Comunicazione interna/intranet	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Scarsa chiarezza e mancata tempestività	1,00	1,40	Priorità minima	Formazione sulla comunicazione
Comunicazione		Organizzazione degli eventi	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Scarsa trasparenza	1,86	1,60	Priorità media	Formazione codice etico
Comunicazione		Relazioni esterne/Sito/Media/Social	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Diffusione di informazioni riservate	2,00	3,00	Priorità elevata	Aggiornamento codice comportamenti e condotta
Gestione segnalazioni		Assistenza	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Scarsa chiarezza	2,00	1,00	Priorità bassa	
Gestione segnalazioni		Encomi	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Motivazione incongrua del provvedimento	1,17	1,00	Priorità minima	
Gestione segnalazioni		Reclami	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	omessa risposta / mancato rispetto dell'ordine cronologico	1,17	1,40	Priorità minima	formazione specialistica promozione dell'etica e degli standard di comportamento
Gestione segnalazioni		Suggerimenti	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Inappropriati e fuorvianti	1,20	1,00	Priorità minima	
Partecipazione		ETS	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Improprio utilizzo	1,44	1,00	Priorità minima	
Partecipazione		Questionari di soddisfazione	Area accoglienza, comunicazione e relazioni esterne e interne	Inadeguata pubblicità degli esiti di customer satisfaction	1,67	1,40	Priorità media	Adempimenti in materia di trasparenza



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.06.00.00 - U.O.S.D. Medicina del Lavoro				Magrini Andrea				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ambulatorio		3A Visite mediche	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni	1,33	1,00	Priorità minima	
Radioprotezione		2A Visite Mediche	Medicina del Lavoro	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	
Radioprotezione		2A Visite Mediche	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni	1,33	1,00	Priorità minima	
Radioprotezione		2B Visite negli ambienti di Lavoro (con SPP)	Medicina del Lavoro	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	
Radioprotezione		2B Visite negli ambienti di Lavoro (con SPP)	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni	1,33	1,00	Priorità minima	
Radioprotezione		2C Informazione e Formazione (con SPP)	Medicina del Lavoro					
Radioprotezione		2D Archivio Sanitario	Medicina del Lavoro	Violazione della privacy	1,33	1,00	Priorità minima	Protezione dati mediante opportuni interventi
Radioprotezione		2D Archivio Sanitario	Medicina del Lavoro	Violazione della privacy	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione (1)
Sorveglianza sanitaria		1A Visite Mediche	Medicina del Lavoro	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	
Sorveglianza sanitaria		1A Visite Mediche	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,00	Priorità minima	
Sorveglianza sanitaria		1B Visite negli ambienti di Lavoro (con SPP)	Medicina del Lavoro	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	
Sorveglianza sanitaria		1B Visite negli ambienti di Lavoro (con SPP)	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,00	Priorità minima	
Sorveglianza sanitaria		1C Informazione e Formazione (con SPP)	Medicina del Lavoro	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Protezione dati mediante opportuni interventi
Sorveglianza sanitaria		1C Informazione e Formazione (con SPP)	Medicina del Lavoro	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,00	Priorità minima	Protezione dati mediante opportuni interventi
Sorveglianza sanitaria		1D Archivio Sanitario	Medicina del Lavoro	Violazione della privacy	1,33	1,50	Priorità bassa	Protezione dati mediante opportuni interventi
Sorveglianza sanitaria		1D Archivio Sanitario	Medicina del Lavoro	Violazione della privacy	1,33	1,50	Priorità bassa	Formazione (1)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.07.00.00 - U.O.S.D. Sistemi Informativi

Guarnieri Giuseppe

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Servizio Informativo/CED		Capitolati tecnici	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Predisposizione di documentazione che potrebbe escludere la partecipazione di aziende non desiderate	2,00	2,60	Priorità elevata	Controllo aderenza convenzioni e gare (1)
Servizio Informativo/CED		Esecuzione attività	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non applicazione delle penali	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica SAL e reclami interni (2)
Servizio Informativo/CED		Gestione utenza - dipendenti	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non rispetto della procedura aziendale	1,33	1,80	Priorità media	Verifica periodica sistema di autenticazione e profilazione (1)
Servizio Informativo/CED		Interazione con strutture sanitarie esterne e istituzioni	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non corrispondenza tra le esigenze interne e le attività di implementazione	1,00	3,00	Priorità media	Verifica comunicazioni e attività associate (1)
Servizio Informativo/CED		Piani di fabbisogni convenzioni	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non corrispondenza puntuale con il fabbisogno reale	1,00	2,40	Priorità media	Controllo aderenza convenzioni (1)
Servizio Informativo/CED		Progettazione soluzioni	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Predisposizione di documentazione che potrebbe indirizzare la scelta di specifiche aziende	1,00	2,40	Priorità media	Controllo atti da parte della direzione aziendale (1)
Servizio Informativo/CED		Rapporti con fornitori	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non applicazione delle penali	1,33	1,00	Priorità minima	Verifica SAL e reclami interni (2)
Servizio Informativo/CED		Servizio di assistenza tecnica	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non rispetto della procedura aziendale	1,17	2,60	Priorità media	Monitoraggio attività (1)
Servizio Informativo/CED		Sicurezza informatica	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non rispetto della procedura aziendale	1,50	3,00	Priorità elevata	Verifica periodica attività e segnalazioni (1)
Servizio Informativo/CED		Supporto all'organizzazione interna	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE CED	Non corrispondenza tra le esigenze interne e le attività di implementazione	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica studi di fattibilità e relazioni incontri (1)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.08.00.00 - U.O.S.D. Risk Management				Passini Barbara				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Audit RM		Condivisione verbale	UOSD Risk Management	Fattori interni legati all'organizzazione che possono prolungare i tempi di condivisione del verbale e delle azioni di miglioramento	1,00	1,00	Priorità minima	Garantire l'invio del verbale entro i 7 giorni e non oltre
Audit RM		Convocazione	UOSD Risk Management	Mancanza di trasparenza nell'atto di convocare gli attori che erano presenti all'evento segnalato	1,83	0,00	Priorità minima	Ricerca delle persone che entrano in gioco nell'evento
Audit RM		Esecuzione	UOSD Risk Management	Mancanza di imparzialità/obiettività nel raccogliere le informazioni degli attori coinvolti	1,00	1,00	Priorità minima	Analisi dei singoli racconti dei vari attori coinvolti nell'evento
Audit RM		Stesura verbale	UOSD Risk Management	Fattori esterni (stakeholders ) che possono influenzare la scelta delle azioni di miglioramento	1,00	1,00	Priorità minima	Deduzione di azioni miglioramento
CVS		Partecipazione al comitato valutazione sinistri	UOSD Risk Management	Fattore interno all'organizzazione che non garantisca le reale segregazione dei dati sensibili. Non rispetto del segreto d'ufficio	2,33	3,00	Priorità massima	Gestione dati su pc della responsabile uosd con password dedicata/ armadio chiuso a chiave
Gestione non conformità esterne (Ente Terzo)		Certificazione UNI EN ISO 9001:2015	UOSD Risk Management	Fattori esterni relativi alla scelta dell' Ente esterno che provvederà alla certificazione di qualità dell'azienda	2,67	3,00	Priorità massima	Azioni di controllo programmate degli item che garantiscano il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2015
Gestione non conformità interne		Audit interni UNI EN ISO:9001:2015	UOSD Risk Management	Fattori interni all'organizzazione che possono influenzare la scelta delle unità operative dove effettuare gli audit ISO	1,00	1,00	Priorità minima	Analisi delle non conformità e elaborazione di un piano di monitoraggio continuo delle stesse e delle azioni messe in atto per sanarle
Gestione segnalazioni		Inserimento IR	UOSD Risk Management	Condivisione delle credenziali con il personale non responsabile dell'inserimento sull'IR	1,00	1,00	Priorità minima	Utilizzo esclusivo di password per caricare gli audit sull'IR



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.08.00.00 - U.O.S.D. Risk Management				Passini Barbara				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Gestione segnalazioni		Trattamento	UOSD Risk Management	Mancanza di trasparenza nell'atto di convocare gli attori che erano presenti all'evento segnalato	1,00	1,00	Priorità minima	Ricerca delle cause profonde da porre in analisi durante l'audit
Gestione segnalazioni		Valutazione	UOSD Risk Management	Non aderenza alle linee guida regionali, errata assegnazione del codice di priorità della segnalazione	1,83	1,80	Priorità media	Analisi degli eventi che necessitano di essere processati con un audit con attribuzione corretta del tipo di evento



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.09.00.00 - U.O.S.D. Operations Management				Cozza Federico				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Cabina di Regia dei blocchi operatori		Valutazione di fattibilità degli interventi prenotati dalle UUOO Chirurgiche	UOSD Operations Management - Gestione liste	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	2,00	Priorità media	Esiti delle valutazioni verbalizzati e/o tracciabili informaticamente (1)
Percorso chirurgico		Assegnazione mensile sedute operatorie alle UU.OO. Chirurgiche	UOSD Operations Management - Gestione liste	Discrezionalità nella gestione	1,83	2,00	Priorità elevata	Supervisione da parte della Direzione Sanitaria; criteri condivisi e stabili
Percorso chirurgico		Controlli su liste d'attesa per il ricovero chirurgico	UOSD Operations Management - Gestione liste	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	1,83	2,60	Priorità elevata	Utilizzo di applicativi software condivisi ed accessibili a medici e direzione
Percorso chirurgico		Controllo dei tempi di refertazione degli interventi chirurgici	UOSD Operations Management - Gestione liste	Fuga di notizie di informazioni	1,33	1,00	Priorità minima	Copia per conoscenza al Direttore Sanitario di ciascun episodio di ritardo oltre 48h
Percorso chirurgico		Controllo dei tempi di sala operatoria	UOSD Operations Management - Gestione liste	Fuga di notizie di informazioni	1,33	1,00	Priorità minima	Utilizzo di strumenti informatici ufficiali e condivisi
Percorso chirurgico		Elaborazione di dati statistici relativi al percorso chirurgico	UOSD Operations Management - Gestione liste	Fuga di notizie di informazioni	1,50	2,40	Priorità media	Condivisione in riunioni periodiche con chirurghi e direzione
Percorso chirurgico		Organizzazione della pre-ospedalizzazione	UOSD Operations Management - Gestione liste	Non rispetto delle scadenze temporali	1,50	1,80	Priorità media	Calendarizzazione pubblicata e nota a tutti; criteri predefiniti e ufficializzati (1)
Percorso chirurgico		RUP nuovo appalto sterilizzazione	UOSD Operations Management - Gestione liste	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni	2,50	2,80	Priorità massima	Regolamento attuativo di esecuzione



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.01.09.00.00 - U.O.S.D. Operations Management	Cozza Federico

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Percorso chirurgico		Sblocco dei ricoveri chirurgici di elezione	UOSD Operations Management - Gestione liste	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP01	Formazione del personale	Organizzazione degli eventi	Gestione area infermieristica	Abuso adozione provv.al fine di agevolare particolari soggetti	1,00	1,80	Priorità minima	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (bis)
APSS_SP01	Formazione del personale	Organizzazione degli eventi	Gestione area infermieristica	Abuso adozione provv.al fine di agevolare particolari soggetti	1,00	1,80	Priorità minima	Adozione-aggiornamento regolamento (bis)
APSS_SP01	Formazione del personale	Organizzazione degli eventi	Gestione area infermieristica	Abuso adozione provv.al fine di agevolare particolari soggetti	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione procedure (bis)
APSS_SP01	Formazione del personale	Organizzazione degli eventi	Gestione area infermieristica	Abuso adozione provv.al fine di agevolare particolari soggetti	1,00	1,80	Priorità minima	Pubblicazione sito internet (bis)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	Pubblicazione sito internet (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	adozione-aggiornamento regolamento (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	standardizzazione procedure (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	adozione-aggiornamento regolamento (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	standardizzazione procedure (tris)
APSS_SP01b	Aggiornamento obbligatorio senza spese	Organizzazione degli eventi + formazione (2)	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	Pubblicazione sito internet (tris)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	standardizzazione procedure (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	Pubblicazione sito internet (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Omissione nei controlli	1,17	1,80	Priorità bassa	adozione-aggiornamento regolamento (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	Pubblicazione sito internet (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	adozione-aggiornamento regolamento (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	standardizzazione procedure (tris)
APSS_SP01c Aggiornamento obbligatorio con spese		Organizzazione degli eventi + formazione	Gestione area infermieristica	Scarso o mancato controllo	1,17	1,80	Priorità bassa	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (tris)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,00	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,00	1,00	Priorità minima	pubblicazione internet (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,00	1,00	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,00	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità	1,00	1,00	Priorità minima	pubblicazione internet (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità	1,00	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità	1,00	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (quater)
APSS_SP02	Protocolli	Gestione procedura validazione/revisione procedure	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità	1,00	1,00	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (quater)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,00	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento - chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative - chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,00	Priorità minima	pubblicazione internet - tempi chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure - tempi chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure - tempi chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,00	Priorità minima	pubblicazione internet - tempi chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative - chiusura iter
APSS_SP03 Flussi Informativi		Gestione iter comunicazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,00	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento - chiusura iter
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione degli operatori
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	standardizzazione procedure (5)
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione -
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (5)
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	pubblicazione su sito internet (5)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza-poca pubblicità dell'opportunità	1,00	1,80	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (5)
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure quinques
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione -
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione degli operatori
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Adozione/ Aggiornamento Regolamento
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
APSS_SP04 Registrazione infermieristica e delle Prof. sanitarie		Gestione documentazione	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (2)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	standardizzazione procedure (6)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (6)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	formazione (bis)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione operatori (bis)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione operatori (bis)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (6)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	formazione (bis)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	standardizzazione procedure (6)
APSS_SP05	Processo assistenziale infermieristico	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure quinquies
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (quater)
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione -
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione degli operatori
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure quinquies
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione -
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (quater)
APSS_SP06	Processo riabilitativo	Soddisfacimento bisogni assistenziali	Gestione area infermieristica	Violazione della privacy	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione degli operatori
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (7)
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione (ter)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Pianificazione controlli \
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Trasparenza - selezione pubblica
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Prevedere meccanismi di raccordo tra i servizi competenti a gestire il personale (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U. P.D.) al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale, in particolare stabilendo un raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il servizio del personale competente al rilascio di auto
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Controllo (ter)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Codice di comportamento
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Creazione supporti per effettuazione controlli
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Adozione-aggiornamento regolamento (6)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione Operatori (ter)

## Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica				Sili Alessandro				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,33	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure (7)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Controllo (ter)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Codice di comportamento
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Creazione supporti per effettuazione controlli
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (7)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione (ter)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Trasparenza - selezione pubblica



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione Operatori (ter)
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Adozione-aggiornamento regolamento (6)
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Pianificazione controlli \
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure (7)
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Prevedere meccanismi di raccordo tra i servizi competenti a gestire il personale (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U. P.D.) al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale, in particolare stabilendo un raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il servizio del personale competente al rilascio di auto
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Controllo (ter)
APSS_SP07	Gestione del personale	Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Trasparenza - selezione pubblica



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (7)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione Operatori (ter)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Pianificazione controlli \
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Adozione-aggiornamento regolamento (6)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Formazione (ter)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Prevedere meccanismi di raccordo tra i servizi competenti a gestire il personale (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U. P.D.) al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale, in particolare stabilendo un raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il servizio del personale competente al rilascio di auto
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Creazione supporti per effettuazione controlli



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica				Sili Alessandro				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	standardizzazione procedure (7)
APSS_SP07 Gestione del personale		Definire le modalità di reclutamento, selezione, allocazione, controllo e valutazione delle risorse umane	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,33	1,00	Priorità minima	Codice di comportamento
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	Formazione operatori (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (7)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	Controllo (quater)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica	Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa).	1,00	1,20	Priorità minima	Formazione (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (7)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione operatori (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione (quater)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.01.11.01.00 - U.O.C. Direzione Infermieristica	Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	Formazione operatori (quater)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	Standardizzazione delle procedure (8)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	adozione-aggiornamento regolamento (7)
APSS_SP08 Ambulatorio infermieristico		Soddisfacimento bisogni assistenziali (3)	Gestione area infermieristica	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,00	1,80	Priorità minima	Controllo (quater)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Igiene e Pulizia	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Noleggio e Lavaggio Biancheria	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Ristorazione	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	1,75	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio Supporto ai Servizi Sanitari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria	Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Fornitore del servizio. Noleggio Divise	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP01 - Comfort		Servizio di fornitura dei Presidi Vari	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione linee guida operative, protocolli comportamentali
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Asimmetrie informative	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.11.03.00 - Unità Comfort Ospedaliero e Logistica Sanitaria

Sili Alessandro

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Pianificazione dei controlli (10)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali -
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Controllo (2)
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Standardizzazione delle procedure quinquies
SP02 - Comfort		Supporto attività assistenziali	Comfort ospedaliero	Scarso o mancato controllo	1,33	2,20	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Carenze nella definizione dei criteri per la selezione del campione delle pratiche soggette a controllo	1,17	1,60	Priorità bassa	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali (9)
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Carenze nella definizione dei criteri per la selezione del campione delle pratiche soggette a controllo	1,17	1,60	Priorità bassa	Standardizzazione delle procedure (9)
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,60	Priorità bassa	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali (9)
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,60	Priorità bassa	Standardizzazione delle procedure (9)
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarso o mancato controllo	1,17	1,60	Priorità bassa	Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali (9)
Consulenza e pareri SSL		Valutazione Procedure/Protocolli	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarso o mancato controllo	1,17	1,60	Priorità bassa	Standardizzazione delle procedure (9)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (6)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (6)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP				Donofrio Giovanni				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (6)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (6)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (6)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. (bis)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei richiedenti ter
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi presso l'utenza) (bis)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	Controllo (ter)
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento bis
Emergenze non sanitarie		Coordinamento ditte esterne Sicurezza/Antincendio	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,67	2,00	Priorità media	Pianificazione controlli (Bis)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,40	Priorità bassa	Formazione (8)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,40	Priorità bassa	Formazione degli operatori (6)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,40	Priorità bassa	Adozione e aggiornamento regolamento (9)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,40	Priorità bassa	Pubblicazione internet (8)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,20	Priorità minima	Formazione degli operatori (6)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,20	Priorità minima	Pubblicazione internet (8)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,20	Priorità minima	Adozione e aggiornamento regolamento (9)
Formazione e Informazione		Organizzazione degli Eventi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,20	Priorità minima	Formazione (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP				Donofrio Giovanni				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Formazione (7)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Attribuzione dell'incarico di collaudo e/o verifica a soggetti compiacenti al fine di ottenere il collaudo in assenza di requisiti	1,40	1,80	Priorità media	Adozione aggiornamento regolamento (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Formazione (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Adozione aggiornamento regolamento (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP				Donofrio Giovanni				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Formazione (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni nella formulazione delle richieste .	1,33	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Adozione aggiornamento regolamento (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	Formazione (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Adozione aggiornamento regolamento (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Formazione (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Omissione nei controlli	1,33	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega. TER
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Formazione (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli (4)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Controlli (7)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Formazione degli operatori (5)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Specifici codici comportamentali (ter)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Adozione aggiornamento regolamento (8)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Report sulla verifica dell'attuazione del Codice di comportamento (3)
Radioprotezione		Controllo radioesposti	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,33	1,80	Priorità media	Pianificazione dei controlli ter



### Mappatura dei processi e dei rischi

<b>Organigramma</b>	<b>Responsabile</b>
---------------------	---------------------

00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP

Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,20	Priorità minima	Formazione (9)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,20	Priorità minima	Formazione operatori (7)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,20	Priorità minima	Adozione aggiornamento regolamento (10)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,20	Priorità minima	Pubblicazione sito internet (9)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,17	1,20	Priorità minima	Formazione operatori (7)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,17	1,20	Priorità minima	Adozione aggiornamento regolamento (10)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,17	1,20	Priorità minima	Pubblicazione sito internet (9)
SGSL		Art.30 81/08 Modelli organizzativi	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarsa trasparenza dell'operato	1,17	1,20	Priorità minima	Formazione (9)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.01.12.00.00 - Servizio SPP	Donofrio Giovanni

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Carenze nella definizione dei criteri per la selezione del campione delle pratiche soggette a controllo	1,50	1,60	Priorità media	Controllo (5)
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Carenze nella definizione dei criteri per la selezione del campione delle pratiche soggette a controllo	1,50	1,60	Priorità media	supporti operativi per i controlli
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Carenze nella definizione dei criteri per la selezione del campione delle pratiche soggette a controllo	1,50	1,60	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet (7)
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,60	Priorità media	Controllo (5)
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,60	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet (7)
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,60	Priorità media	supporti operativi per i controlli
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarso o mancato controllo	1,50	1,80	Priorità media	Controllo (5)
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarso o mancato controllo	1,50	1,80	Priorità media	supporti operativi per i controlli
Valutazione dei rischi		Redazione DVR-DUVRI	Servizio Prevenzione e Protezione	Scarso o mancato controllo	1,50	1,80	Priorità media	Pubblicazione sul sito internet (7)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Ammissione dei candidati	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Carenza dei requisiti normativamente previsti Misure di carattere generale	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo sul rispetto della normativa vigente in materia
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Ammissione dei candidati	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Carenza dei requisiti normativamente previsti Misure di carattere generale	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nella procedura di ammissione
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Ammissione dei candidati	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancato rispetto requisiti personalizzati e soggettivi e Non adeguata diffusione del bando/avviso	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo sul rispetto della normativa vigente in materia. Massima diffusione del bando/avviso
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Ammissione dei candidati	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancato rispetto requisiti personalizzati e soggettivi e Non adeguata diffusione del bando/avviso	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nella formulazione del bando/avviso, ferma restando la responsabilità in capo al responsabile del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione avviso partecipazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancanza requisiti personalizzati e soggettivi e Non adeguata diffusione dell'avviso	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nella formulazione del bando/avviso
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione avviso partecipazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancanza requisiti personalizzati e soggettivi e Non adeguata diffusione dell'avviso	2,50	3,00	Priorità massima	Approvare un dettagliato regolamento aziendale in ottemperanza alla normativa vigente



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione bando/avviso selezione pubblica	Ufficio Reclutamento del personale	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nella formulazione del bando/avviso, ferma restando la responsabilità in capo al responsabile del procedimento
		Approvazione bando/avviso selezione pubblica	Ufficio Reclutamento del personale	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo sul rispetto della normativa vigente in materia. Massima diffusione del bando/avviso



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane				Avallone Daniela				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione graduatoria e nomina vincitore	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo adeguato dei verbali della commissione prima dell'approvazione della graduatoria
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione graduatoria e nomina vincitore	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nel controllo di detti verbali
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Approvazione graduatoria e nomina vincitore	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancata attività di controllo a seguito di esposto, denunce e segnalazioni	2,50	3,00	Priorità massima	Adozione/ Aggiornamento Regolamento e Predisposizione di linee guida operative, protocolli comportamentali
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Attribuzione del beneficio	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Agevolazione di alcuni candidati	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo dei verbali della commissione prima dell'attribuzione del beneficio
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Attribuzione del beneficio	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Agevolazione di alcuni candidati	2,50	3,00	Priorità massima	Previsione presenza più funzionari nel controllo di detti verbali



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Aumento orario settimanale specialisti ACN	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,00	Priorità minima	Il controllo sugli effettivi turni vacanti avviene in base a dati oggettivi relativi alle comunicazioni di intervenuta cessazione oppure delle ore vacanti e non utilizzate rispetto a quanto autorizzato dalla Regione
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Autorizzazione alla cessione del V dello stipendio, deleghe stipendiali	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di disposizioni di legge	1,00	1,00	Priorità minima	Specifica motivazione nell'atto autorizzativo al riconoscimento del beneficiario. Identificazione del responsabile del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Autorizzazione alla cessione del V dello stipendio, deleghe stipendiali	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di disposizioni di legge	1,00	1,00	Priorità minima	Puntuale osservanza delle norme di legge
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Avvio e conclusione. Provvedimento di autorizzazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Puntuale applicazione Regolamento Aziendale
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Avvio e conclusione. Provvedimento Disciplinare	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	2,17	2,00	Priorità elevata	Disciplina del conflitto di interessi
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Avvio e conclusione. Provvedimento Disciplinare	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Fuga di notizie di informazioni	2,00	1,80	Priorità media	Verifica presenza dichiarazioni di assenza di cause d'incompatibilità, conflitto d'interesse o obbligo d'astensione, dei dirigenti, delle PO, dei responsabili del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Avvio e conclusione. Provvedimento Disciplinare	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancata conclusione dell'attività istruttoria entro i tempi massimi stabiliti dalla legge	2,17	2,60	Priorità elevata	Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali (1)
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Concessione Benefici legge 104/92	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,75	2,00	Priorità media	Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt.46-49 del d.p.r. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.p.r. n. 445 del 2000)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Dichiarazione quale terzo pignorato nelle procedure esecutive	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di disposizioni di legge	1,00	1,00	Priorità minima	Puntuale osservanza delle norme di legge
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Dichiarazione quale terzo pignorato nelle procedure esecutive	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di disposizioni di legge	1,00	1,00	Priorità minima	Specifica motivazione nell'atto autorizzativo al riconoscimento del beneficiario. Identificazione del responsabile del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Elaborazione cartellini (rilevazione presenze/assenze del personale con applicazione dei istituti contrattuali e normativi di riferimento)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Erronea applicazione dei sistemi di calcolo	1,17	1,40	Priorità minima	Verifica aggiornamento procedura informatica e aggiornamento della formazione personale amministrativo afferente all'ufficio
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Elaborazione cartellini (rilevazione presenze/assenze del personale con applicazione dei istituti contrattuali e normativi di riferimento)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di leggi e disposizioni di CCNL	1,17	1,40	Priorità minima	Specifica motivazione nell'atto autorizzativo all'inserimento del giustificativo. Identificazione del responsabile del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Elaborazione cartellini (rilevazione presenze/assenze del personale con applicazione dei istituti contrattuali e normativi di riferimento)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di leggi e disposizioni di CCNL	1,17	1,40	Priorità minima	Puntuale osservanza delle norme di legge e di CCNL
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Elaborazione cartellini (rilevazione presenze/assenze del personale con applicazione dei istituti contrattuali e normativi di riferimento)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissione nei controlli	1,17	1,40	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (bis)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane				Avallone Daniela				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Nomina Commissione esaminatrice	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Irregolare composizione commissione al fine di favorire alcuni candidati	2,50	3,00	Priorità massima	Dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi e di incompatibilità da parte dei componenti
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Nomina Commissione esaminatrice	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Irregolare composizione commissione al fine di favorire alcuni candidati	2,50	3,00	Priorità massima	Estrazione a sorte dei candidati componenti da elenchi distinti per profilo
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Nomina Commissione giudicatrice	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	2,33	3,00	Priorità massima	Estrazione a sorte dei candidati componenti da elenchi distinti per profilo
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Nomina Commissione giudicatrice	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	2,33	3,00	Priorità massima	Dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi e di incompatibilità da parte dei componenti
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Pagamento emolumenti a personale dipendente	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Erronea applicazione dei sistemi di calcolo	1,17	1,40	Priorità minima	Verifica aggiornamento procedura informatica e aggiornamento della formazione personale amministrativo afferente all'ufficio
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Pagamento emolumenti a personale dipendente	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di leggi e disposizioni di CCNL	1,33	1,40	Priorità bassa	Puntuale osservanza delle norme di legge e di CCNL
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Pagamento emolumenti a personale dipendente	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non osservanza di leggi e disposizioni di CCNL	1,33	1,40	Priorità bassa	Specifica motivazione nell'atto autorizzativo al pagamento. Identificazione del responsabile del procedimento
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Pagamento emolumenti a personale dipendente	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissione nei controlli	1,17	1,40	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (ter)
Reclutamento del personale - Gestione e trattamento economico e normativo		Pubblicazione turni vacanti specialisti ambulatoriali ACN	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Inosservanza delle disposizioni relative alle ore dei turni vacanti che vengono resi noti dal Comitato Zonale senza assicurare la necessaria trasparenza	1,00	1,00	Priorità minima	Il controllo sugli effettivi turni vacanti avviene in base a dati oggettivi relativi alle comunicazioni di intervenuta cessazione ovvero di disponibilità di ore vacanti per disciplina



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ufficio Dotazione Organica, Acquisizione del personale e Programmazione del fabbisogno		Composizione della commissione di concorso	CONCORSI PUBBLICI	Irregolare composizione della commissione di concorso	1,50	3,00	Priorità elevata	Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, rilasciata dai componenti Commissione di concorso
Ufficio Dotazione Organica, Acquisizione del personale e Programmazione del fabbisogno		Espletamento selezione	CONCORSI PUBBLICI	Inosservanza regole procedurali a garanzia trasparenza e imparzialità selezione	1,50	1,00	Priorità minima	
Ufficio Dotazione Organica, Acquisizione del personale e Programmazione del fabbisogno		Posti a concorso	CONCORSI PUBBLICI	Inosservanza piano del fabbisogno del personale approvato dalla Regione Lazio	1,20	3,00	Priorità media	Verifica rispetto del documento di fabbisogno approvato
Ufficio Dotazione Organica, Acquisizione del personale e Programmazione del fabbisogno		Requisiti di accesso	CONCORSI PUBBLICI	Requisiti di accesso personalizzati e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti di reclutamento	1,20	3,00	Priorità media	Attivazione link concorso e pubblicazione su Sito Internet istituzionale di bandi/estratti pubblicati su BUR-Gazzetta Ufficiale



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Avallone Daniela

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,00	Priorità minima	Disciplina del conflitto di interessi (ten)
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,00	Priorità minima	Verifica presenza dichiarazioni di assenza di cause d'incompatibilità, conflitto d'interesse o obbligo d'astensione, dei dirigenti, delle PO , dei responsabili del procedimento (ten)
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Disomogeneità delle informazioni fornite	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (bis)
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non rispetto delle scadenze temporali	1,17	1,00	Priorità minima	Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali (bis)
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non rispetto delle scadenze temporali	1,17	1,00	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (quater)
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissione nei controlli	1,50	1,00	Priorità minima	Controllo preventivo
Ufficio Formazione. Accredитamento progetti formativi ECM		Controllo e valutazione della documentazione del corso da accreditare in formato digitale e cartaceo	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissioni o ritardi nel controllo, anche a campione, dei titoli abilitativi rilasciati	1,50	1,00	Priorità minima	Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt.46-49 del d.p.r. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.p.r. n. 445 del 2000)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane				Avallone Daniela				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,00	Priorità minima	Verifica presenza dichiarazioni di assenza di cause d'incompatibilità, conflitto d'interesse o obbligo d'astensione, dei dirigenti, delle PO , dei responsabili del procedimento (ter)
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,00	Priorità minima	Disciplina del conflitto di interessi (bis)
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Disomogeneità delle informazioni fornite	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (septies)
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissioni o ritardi nel controllo, anche a campione, dei titoli abilitativi rilasciati	1,50	1,00	Priorità minima	Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt.46-49 del d.p.r. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.p.r. n. 445 de l2000 - bis
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarsa trasparenza dell'operato	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (octies)
Ufficio Formazione. Gestione Inviti ed Educational Grant		Congressi, convegni, seminari di formazione per personale medico da parte di Enti/Imprese private (ART.8 CDC)	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,50	1,20	Priorità minima	Controllo successivo di regolarità amministrativa (quater)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane				Avallone Daniela				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ufficio Formazione. Progettazione eventi formativi ECM con Sponsor		Definizione termini contratto di sponsorizzazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarsa trasparenza/ poca pubblicità dell'opportunità	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (ten)
Ufficio Formazione. Progettazione eventi formativi ECM con Sponsor		Definizione termini contratto di sponsorizzazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti	1,50	1,00	Priorità minima	Controllo successivo di regolarità amministrativa (ten)
Ufficio Formazione. Progettazione eventi formativi ECM con Sponsor		Definizione termini contratto di sponsorizzazione	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati o sulla realizzazione dell'iniziativa	1,50	1,00	Priorità minima	Controllo successivo di regolarità amministrativa (nonies)
Ufficio Formazione. Rendicontazione progetti formativi ECM		Controllo e valutazione delle iscrizioni e delle valutazioni di apprendimento per assegnazione crediti	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Disomogeneità delle informazioni fornite	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (ter)
Ufficio Formazione. Rendicontazione progetti formativi ECM		Controllo e valutazione delle iscrizioni e delle valutazioni di apprendimento per assegnazione crediti	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non rispetto delle scadenze temporali	1,17	1,00	Priorità minima	Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali (ter)
Ufficio Formazione. Rendicontazione progetti formativi ECM		Controllo e valutazione delle iscrizioni e delle valutazioni di apprendimento per assegnazione crediti	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Non rispetto delle scadenze temporali	1,17	1,00	Priorità minima	Pianificazione dei controlli (quinques)
Ufficio Formazione. Rendicontazione progetti formativi ECM		Controllo e valutazione delle iscrizioni e delle valutazioni di apprendimento per assegnazione crediti	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Omissione nei controlli	1,50	1,00	Priorità minima	Controllo preventivo (ter)
Ufficio Formazione. Rendicontazione progetti formativi ECM		Controllo e valutazione delle iscrizioni e delle valutazioni di apprendimento per assegnazione crediti	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Scarsa trasparenza dell'operato	1,50	1,00	Priorità minima	Pubblicazione sul sito internet (sexies)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma					Responsabile			
00.01.01.02.01.00.00 - U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane					Avallone Daniela			
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ufficio Sviluppo. Affidamento incarichi dirigenziali, e di funzione organizzativa e professionale		Affidamento incarichi dirigenziali, e di funzione organizzativa e professionale	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mancato rispetto delle norme sulla scelta del soggetto a cui affidare l'incarico	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo successivo di regolarità amministrativa (bis)
Ufficio Sviluppo. Valutazione incarichi valutazione		Conferma o revoca degli incarichi dirigenziali, e di funzione organizzativa e professionale	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Discrezionalità nel trattamento della pratica in relazione al ruolo nella successiva fase istruttoria	2,50	3,00	Priorità massima	Controllo successivo di regolarità amministrativa (ter)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori

Quagliarello Francesco

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa		Affidamenti diretti e negoziata con unico fornitore	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,80	Priorità bassa	Verifica completezza documenti acquisiti (3)
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa		Affidamenti diretti e negoziata con unico fornitore	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,80	Priorità bassa	Verifica completezza documenti acquisiti (2)
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa		Affidamenti diretti e negoziata con unico fornitore	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,17	1,80	Priorità bassa	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa propedeutica a pubblicazione		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Documentazione standard
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa propedeutica a pubblicazione		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,80	Priorità media	Documentazione standard
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa propedeutica a pubblicazione		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,00	Priorità minima	Documentazione standard (1)
Acquisizione documentazione tecnica e predisposizione documentazione amministrativa propedeutica a pubblicazione		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,00	Priorità minima	Documentazione standard (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori

Quagliarello Francesco

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Applicazioni penali comunicate dal DEC		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,83	1,20	Priorità bassa	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (1)
Applicazioni penali comunicate dal DEC		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,83	1,20	Priorità bassa	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (1)
Applicazioni penali comunicate dal DEC		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,83	1,20	Priorità bassa	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (1)
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara (1)
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara (3)
Gestione attività Commissione Valutatrice o seggio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza dell'operato	1,17	1,00	Priorità minima	Acquisizioni verbali di gara (4)
Gestione attività Valutatrice documentazione tecnica ed economica pervenuta		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Gestione attività Valutatrice documentazione tecnica ed economica pervenuta		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Gestione attività Valutatrice documentazione tecnica ed economica pervenuta		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,50	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori				Quagliarello Francesco				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Gestione informazioni su piattaforma informatica		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,80	Priorità bassa	Procedura standard (5)
Gestione informazioni su piattaforma informatica		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,80	Priorità bassa	Procedura standard (5)
Gestione informazioni su piattaforma informatica		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Procedura standard (5)
Gestione informazioni su piattaforma informatica		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Procedura standard (4)
Gestione richieste di acquisto con cassa economale e verifica ammissibilità delle stesse		Gestione Cassa Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Gestione richieste di acquisto con cassa economale e verifica ammissibilità delle stesse		Gestione Cassa Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Gestione richieste di acquisto con cassa economale e verifica ammissibilità delle stesse		Gestione Cassa Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,20	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV (1)
Individuazione operatore economico		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Individuazione operatore economico		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Individuazione operatore economico		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV (3)
Modalità di individuazione operatori economici		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,80	Priorità media	Verifica presenza requisiti soggettivi (1)
Modalità di individuazione operatori economici		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	2,17	1,40	Priorità media	Acquisizione motivazione individuazione OE da parte della struttura proponente e verifica principi del Codice appalti (1)
Modalità di individuazione operatori economici		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza dell'operato	1,50	1,80	Priorità media	Verifica presenza requisiti soggettivi



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori				Quagliarello Francesco				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Modalità di individuazione operatori economici		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	2,17	1,40	Priorità media	Acquisizione motivazione individuazione OE da parte della struttura proponente e verifica principi del Codice appalti (1)
Modalità di individuazione operatori economici		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	2,17	1,33	Priorità media	Acquisizione motivazione individuazione OE da parte della struttura proponente e verifica principi del Codice appalti (2)
Prioritizzazione richieste d'acquisto		Richiesta d'Acquisto	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,20	Priorità bassa	Verifica a campione
Prioritizzazione richieste d'acquisto		Richiesta d'Acquisto	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,67	1,20	Priorità bassa	Verifica a campione
Prioritizzazione richieste d'acquisto		Richiesta d'Acquisto	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,67	1,20	Priorità bassa	Verifica a campione
Proposta nomina DEC in fase di deliberazione di affidamento/indizione/ag giudicazione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità e verifica presupposti ex Codice (non ha partecipato ad altre fasi della gara)
Proposta nomina DEC in fase di deliberazione di affidamento/indizione/ag giudicazione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità e verifica presupposti ex Codice (non ha partecipato ad altre fasi della gara)
Proposta nomina DEC in fase di deliberazione di affidamento/indizione/ag giudicazione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità e verifica presupposti ex Codice (non ha partecipato ad altre fasi della gara)
Proposta nomina RUP in fase di deliberazione di affidamento/indizione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità
Proposta nomina RUP in fase di deliberazione di affidamento/indizione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità
Proposta nomina RUP in fase di deliberazione di affidamento/indizione		Verifica delle forniture di beni e servizi	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,50	1,20	Priorità minima	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori

Quagliarello Francesco

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	2,00	2,00	Priorità elevata	Acquisizioni verbali di gara (1)
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	2,00	2,00	Priorità elevata	Acquisizioni verbali di gara (1)
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza dell'operato	2,00	2,00	Priorità elevata	Acquisizioni verbali di gara (1)
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,40	Priorità media	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (4)
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,67	1,40	Priorità media	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (6)
Proposta nominativi Commissione giudicatrice o Sedgio di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,67	1,40	Priorità media	Acquisizione dichiarazione cause assenza di incompatibilità (2)
Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse economali e ripristino fondo cassa		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse economali e ripristino fondo cassa		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV
Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse economali e ripristino fondo cassa		Gestione Fondo Economale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,17	1,00	Priorità minima	Verifica completezza documenti acquisiti ex Regolamento PTV (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.02.00.00 - U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori

Quagliarello Francesco

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Rilevazione biennale dei fabbisogni di beni e servizi		Pianificazione Biennale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,17	1,00	Priorità minima	Tempistica
Rilevazione biennale dei fabbisogni di beni e servizi		Pianificazione Biennale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,17	1,00	Priorità minima	Tempistica
Rilevazione biennale dei fabbisogni di beni e servizi		Pianificazione Biennale	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,17	1,00	Priorità minima	Tempistica
Tempi conclusione attività di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,20	Priorità bassa	Verifica a campione (6)
Tempi conclusione attività di gara		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,67	1,20	Priorità bassa	Verifica a campione (7)
Tempi conclusione procedura affidamento		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Tempi conclusione procedura affidamento		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Tempi conclusione procedura affidamento		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,33	1,80	Priorità media	Verifica completezza documenti acquisiti (1)
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza dell'operato	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Discrezionalità nella gestione	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi (3)
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi (4)
Verifica requisiti soggettivi e di gara per OE aggiudicatario		Procedure di Gara sotto soglia Comunitaria	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	Scarsa trasparenza	1,00	1,00	Priorità minima	Verifica presenza requisiti soggettivi (5)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.03.00.00 - U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie

Piccari Stefano

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Ciclo attivo		Emissioni fatture	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Errata emissione fattura	1,33	1,40	Priorità bassa	Analisi del richiesto/fatturato
Gestione ciclo passivo		Controlli di regolarità amministrativo/contabili (48 bis)	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Mancata rilevazione dei controlli equitalia e durc	2,33	3,00	Priorità massima	Segregazione attività
Gestione ciclo passivo		Indice di tempestiva dei pagamenti	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	errata indicazione dell'indice	1,00	1,00	Priorità minima	Report di controllo
Gestione ciclo passivo		Liquidazione fatture	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Liquidato senza ordine	1,33	1,00	Priorità minima	monitoraggio stato fatture in liquidazione
Gestione ciclo passivo		Pagamento fatture	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Pagamenti difformi rispetto a quanto risulta nelle fatture	1,83	2,60	Priorità elevata	Controllo liquidato/scaduto/pagato
Gestione ciclo passivo		Predisposizione del bilancio d'esercizio	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Bilancio di esercizio errato	1,00	1,00	Priorità minima	controllo redazione
Gestione ciclo passivo		Predisposizione del bilancio di previsione	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Bilancio di previsione errato	1,00	1,00	Priorità minima	Controllo su bilancio predisposto (bis)
Gestione ciclo passivo		Predisposizione periodica del CE di periodo	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Predisposizione errata	1,00	1,00	Priorità minima	Controllo invio
Gestione ciclo passivo		Pubblicazione del bilancio + allegati	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Pubblicazione errata	1,00	1,00	Priorità minima	Controllo pubblicazione
Gestione ciclo passivo		Pubblicazione del Bilancio di previsione e allegati	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Pubblicazione errata	1,00	1,00	Priorità minima	Controllo pubblicazione
Gestione ciclo passivo		Registrazione fatture	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Inserimento dati difformi da fattura	1,17	1,20	Priorità minima	analisi del fatturato/registrato (pcc)
Gestione ciclo passivo		Rilevazione impegno di spesa	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Importo autorizzato più alto rispetto alla spesa deliberata	1,00	1,00	Priorità minima	Analisi dell'autorizzato
Tesoreria		Rilevazione/Regolarizzazione sospesi in entrata/CUP	UOC Risorse Economiche e Finanziarie (REF)	Errata regolarizzazione degli incassi	1,00	1,00	Priorità minima	Analisi incassato

## Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.04.00.00 - U.O.C. Affari Generali				Cosi Francesco				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Affidamento incarichi esterni		Provvedimento deliberativo di affidamento incarico esterno (ART. 7 c.6 D.Lgs165/01 e smi)	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Violazione dei criteri di affidamento (carezza requisiti previsti dalla norma, elevata specializzazione)	2,33	2,40	Priorità elevata	Aggiornamento regolamento (6)
Affidamento incarichi legali		Provvedimento deliberativo di affidamento incarico di patrocinio	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONTENZIOSO)	Violazione dei criteri di affidamento (rotazione, mancata congruità della parcella alla regolamentazione, ecc. )	1,50	1,60	Priorità media	Aggiornamento di regolamento (2)
Attivazione convenzioni passive		Emissione ordine elettronico (NSO) sulla base della resa prestazione fornita dal referente della convenzione	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Non corrispondenza con importo delle prestazioni dichiarate dal referente della convenzione	1,00	1,20	Priorità minima	Controllo atti (1)
Attivazione convenzioni passive		Esame percorribilità della proposta sulla base della normativa vigente	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Valutazione discrezionale	1,33	1,20	Priorità minima	Formazione (1)
Attivazione convenzioni passive		Istruttoria sulla base della nota di richiesta attivazione della convenzione da parte del direttore struttura che giustifica la necessità di determinate prestazioni (sanitarie e non)	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Inadeguata valutazione dei presupposti giuridici per l'attivazione di una convenzione	1,50	1,20	Priorità minima	Aggiornamento procedura
Attivazione convenzioni passive		Liquidazione fattura	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Mancato rispetto dei termini previsti per la liquidazione	1,00	2,00	Priorità bassa	Monitoraggio (3)
Attivazione convenzioni passive		Sottoscrizione convenzione	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Incompletezza nella previsione della normativa di riferimento	1,57	1,20	Priorità bassa	Formazione (2)
Attuazione del GDPR		Gestione delle segnalazioni di violazione del GDPR	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO PRIVACY	Omissione o inadeguata valutazione della possibile violazione	2,00	3,00	Priorità elevata	Aggiornamento MOP modello organizzativo privacy
Gestione albo avvocati		Iscrizione professionista	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONTENZIOSO)	Inadeguata valutazione dei requisiti	1,17	1,40	Priorità minima	Aggiornamento di regolamento (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.02.04.00.00 - U.O.C. Affari Generali

Cosi Francesco

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Gestione amministrativo contabile degli studi clinici		Autorizzazione utilizzo proventi al P.I.	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO SPERIMENTAZIONI)	Errata valorizzazione dei costi imputati alla sperimentazione e non corretta assegnazione dei proventi al P.I.	2,00	1,60	Priorità media	Aggiornamento regolamento ALPI
Gestione amministrativo contabile degli studi clinici		Predisposizione e stipula del contratto dello studio clinico profit	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO SPERIMENTAZIONI)	Inadeguata valutazione delle clausole contrattuali / inosservanza normativa-regolamenti	1,33	2,00	Priorità media	Formazione (3)
Gestione amministrativo contabile degli studi clinici		Verifica conclusiva della sperimentazione per eventuali richieste allo sponsor	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO SPERIMENTAZIONI)	Inadeguata verifica e conseguente alla mancata richiesta di copertura dei costi	1,00	1,00	Priorità minima	Conclusione attività sperimentazione
Gestione istruttoria contenzioso		Acquisizione pareri e relazioni e valutazione	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Valutazione discrezionale	2,00	2,00	Priorità elevata	Formazione (5)
Gestione istruttoria incarichi		Verifica formale delle domande di partecipazione	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Errata/parziale valutazione	1,00	2,60	Priorità media	Formazione (6)
Gestione procedure comparative		Pubblicazione avviso finalizzato ad incarichi esterni (previa ricognizione interna)	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Mancata o inadeguata ricognizione interna	2,00	2,20	Priorità elevata	Incarico per consulente e collaboratori
Gestione procedure comparative		Pubblicazione avviso finalizzato ad incarichi esterni (previa ricognizione interna)	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Mancata o inadeguata ricognizione interna	2,00	2,20	Priorità elevata	Pubblicazione su sito amministrazione trasparente (4)
Liquidazione compensi		Verifica della congruità del compenso fatturato rispetto alla relazione periodica del referente	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Mancata verifica della congruità compenso e mancato rispetto dei termini previsti (30 gg dalla data di acquisizione della fattura su AREAS)	1,83	2,20	Priorità elevata	Definizione del contratto (2)
Liquidazione onorari		Verifica della congruità della parcella e rispetto dei termini per la liquidazione della fattura elettronica	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Mancata verifica della congruità e mancato rispetto dei termini previsti ( 30 gg dalla data di acquisizione della fattura su AREAS)	1,83	2,00	Priorità elevata	Aggiornamento di regolamento (3)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.02.04.00.00 - U.O.C. Affari Generali				Cosi Francesco				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Monitoraggio contenzioso		Interlocuzione con i professionisti	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONTENZIOSO)	Inadeguata gestione del processo	3,00	3,00	Priorità massima	Pubblicazione atti su amministrazione trasparente (2)
Monitoraggio incarichi		Formalizzazione contratto	UOC AFFARI GENERALI UFFICIO INCARICHI ESTERNI	Stipulazione in carenza dei requisiti formali e sostanziali	2,17	3,00	Priorità massima	Definizione del contratto (1)
Pubblicazione adempimenti trasparenza		Pubblicazione su sito PTV delle informazioni relative ai titolari di incarichi (ART. 15 D.LGS.33/13)	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Carenza di dati/informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi di legge e mancanza del rispetto dei termini	1,17	2,00	Priorità media	Incarico per consulente e collaboratori (2)
Pubblicazione adempimenti trasparenza		Pubblicazione su sito PTV delle informazioni relative ai titolari di incarichi (ART. 15 D.LGS.33/13)	UOC AFFARI GENERALI (UFFICIO CONVENZIONI)	Carenza di dati/informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi di legge e mancanza del rispetto dei termini	1,17	2,00	Priorità media	Pubblicazione su sito amministrazione trasparente (7)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.03.00.00.00 - Area del Governo Direzionale - Responsabilità Direzione Sanitaria				Magrini Andrea				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
APA/PAC e PDTA		Programmazione attività e vigilanza su; percorsi interni per la presa in carico del pz condivisi tra più UU.OO.	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,20	Priorità minima	Verifiche periodiche
APA/PAC e PDTA		Programmazione attività e vigilanza su; percorsi interni per la presa in carico del pz condivisi tra più UU.OO.	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,50	1,20	Priorità minima	Verifiche periodiche
Back office CUP		Programmazione agende ambulatoriali, APA e PAC	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,33	1,00	Priorità minima	
Bed management		Gestione/programmazione/supervisione ricoveri in elezione e in urgenza	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,00	Priorità minima	
Bed management		Gestione/programmazione/supervisione ricoveri in elezione e in urgenza	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	1,00	Priorità minima	
Cartelle cliniche		Presa in carico delle c.c. e controlli di qualità	Direzione Sanitaria	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	1,67	1,00	Priorità minima	
Infezioni ospedaliere		Vigilanza e controllo; redazione protocolli	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,00	Priorità minima	procedura aziendale
Infezioni ospedaliere		Vigilanza e controllo; redazione protocolli	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,67	1,00	Priorità minima	
Liste d'attesa ambulatoriali e di ricovero		Pulizia liste; programmazione prestazioni aggiuntive; ottimizzazione utilizzo apparecchiature	Direzione Sanitaria	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	1,67	1,00	Priorità minima	



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.03.00.00.00 - Area del Governo Direzionale - Responsabilità Direzione Sanitaria				Magrini Andrea				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Malattie rare		Coordinamento e supervisione	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,83	2,00	Priorità elevata	Verifiche periodiche
Malattie rare		Coordinamento e supervisione	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,83	2,00	Priorità elevata	Verifiche periodiche
Morgue		Gestione e movimentazione salme interne; obitorio comunale	Direzione Sanitaria	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	1,67	1,40	Priorità media	Aggiornamento regolamento attuativo
Programmazione preospedalizzazione		Programmazione appuntamenti per visite ed esami in preH	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,83	1,00	Priorità minima	
Programmazione preospedalizzazione		Programmazione appuntamenti per visite ed esami in preH	Direzione Sanitaria	Non rispetto delle scadenze temporali	1,83	1,00	Priorità minima	
Sistema Informativo Ospedaliero		Gestione, validazione, controllo e trasmissione dei flussi relativi alle SDO	Direzione Sanitaria	Discrezionalità nella gestione	1,50	1,00	Priorità minima	



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma				Responsabile				
00.01.01.03.02.00.00 - U.O.C. Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici				Celeste Maria Grazia				
Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Forniture di beni farmaceutici		Gestione magazzini farmaceutici	UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici	Assenza di controlli quali/quantitativi di conformità della merce consegnata rispetto agli ordinativi di fornitura	1,00	1,00	Priorità minima	Controllare la rispondenza quali/quantitativa della merce consegnata rispetto agli ordinativi di fornitura
Forniture di beni farmaceutici		Gestione magazzini farmaceutici	UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici	Carico in procedura informatica della merce per quantità diversa da quella consegnata	1,00	1,00	Priorità minima	Effettuare correttamente le registrazioni in procedura di carico della merce
Forniture di beni farmaceutici		Gestione magazzini farmaceutici	UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici	Distribuzione della merce ai centri di costo utilizzatori in assenza di richieste effettuate tramite modulistica dedicata	1,00	1,00	Priorità minima	Erogazione di beni solo in presenza di richiesta dei centri di costo utilizzatori
Forniture di beni farmaceutici		Gestione ordini beni farmaceutici	UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici	Effettuazione di ordinativi di fornitura non conformi al contratto	1,00	1,00	Priorità minima	Inserimento dei contratti da parte della UOC ABS nel sistema informatico aziendale e quindi effettuazione di ordinativi di fornitura in conformità a quanto previsto nel contratto



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.03.03.00.00 - U.O.S.D. ALPI

Passini Barbara

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Attivazione Convenzioni		Scambio corrispondenza per definire i dettagli del rapporto convenzionale	CONVENZIONI ATTIVE STUDI PRIVATI	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	1,80	Priorità media	Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali (5)
Attività ambulatoriale esterna presso studi privati		Definizione e verifica autorizzazioni, richiesta POS, configurazione su piattaforma per fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA PRESSO STUDI PRIVATI	Alterazione dello svolgimento dell'attività rispetto al Regolamento ALPI	1,83	2,00	Priorità elevata	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (8)
Attività ambulatoriale esterna presso studi privati		Definizione e verifica autorizzazioni, richiesta POS, configurazione su piattaforma per fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA PRESSO STUDI PRIVATI	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,83	2,00	Priorità elevata	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (9)
Attività ambulatoriale interna		Definizione e verifica autorizzazioni, spazi, tempistiche, e configurazioni su piattaforme per prenotazione e fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA	Alterazione dello svolgimento dell'attività rispetto al Regolamento ALPI	1,25	1,57	Priorità bassa	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (6)
Attività ambulatoriale interna		Definizione e verifica autorizzazioni, spazi, tempistiche, e configurazioni su piattaforme per prenotazione e fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,25	1,57	Priorità bassa	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (7)
Attività di ricovero e consulenza presso Case di Cura		Definizione e verifica autorizzazioni, configurazione su piattaforma per fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN REGIME DI RICOVERO SVOLTA PRESSO STRUTTURE PRIVATE IN CONVENZIONE	Alterazione dello svolgimento dell'attività rispetto al Regolamento ALPI	1,83	2,00	Priorità elevata	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (10)
Attività di ricovero e consulenza presso Case di Cura		Definizione e verifica autorizzazioni, configurazione su piattaforma per fatturazione in rete	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN REGIME DI RICOVERO SVOLTA PRESSO STRUTTURE PRIVATE IN CONVENZIONE	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,83	2,00	Priorità elevata	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (12)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.03.03.00.00 - U.O.S.D. ALPI

Passini Barbara

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Gestione rapporti con CDC		Controllo autorizzazioni regionali in linea con le specialistiche dei medici autorizzati	CONVENZIONI ATTIVE STUDI PRIVATI	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	1,80	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (1)
Gestione rapporti con enti terzi		Scambio corrispondenza per definire i dettagli del rapporto convenzionale	CONVENZIONI ATTIVE STUDI PRIVATI	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	1,80	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (1)
Studi privati verifica entrata incassi per pos e pagopa		Controllo in banca degli avvenuti pagamenti su ft. in alpi in convenzione con gli studi privati	GESTIONE CONTABILITA'	Asimmetria tra fatturato e incassato	1,50	1,80	Priorità media	Utilizzazione della fatturazione diretta in via esclusiva
Studi privati verifica entrata incassi per pos e pagopa		Controllo in banca degli avvenuti pagamenti su ft. in alpi in convenzione con gli studi privati	GESTIONE CONTABILITA'	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	1,80	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (4)
Supporto rendicontazione		Supporto per gli agenti contabili nella resa del conto giudiziale	SUPPORTO	Asimmetrie informative che si hanno quando le informazioni non sono condivise integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico	1,50	2,00	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (1)
Supporto rendicontazione		Supporto per gli agenti contabili nella resa del conto giudiziale	SUPPORTO	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	1,80	Priorità media	Formazione per gli agenti Contabili
Verifica entrata incassi per CDC		Controllo in banca degli avvenuti pagamenti su ft. in alpi in convenzione con le CDC	GESTIONE CONTABILITA'	Asimmetria tra fatturato e incassato	1,50	1,80	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (3)
Verifica entrata incassi per CDC		Controllo in banca degli avvenuti pagamenti su ft. in alpi in convenzione con le CDC	GESTIONE CONTABILITA'	Mancata/ritardata gestione della pratica	1,50	2,00	Priorità media	Semplificazione di processi/ procedimenti - Informatizzazione (2)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.03.06.00.00 - Unità di Governo delle Tecnologie Biomediche

Abundo Paolo

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Acquisizione nuove apparecchiature		Progettazione documenti tecnici per procedure gara acquisizione apparecchiature (requisiti minimi e criteri di valutazione)	Governo tecnologie biomediche	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	2,00	2,00	Priorità elevata	Verifica esigenze tecniche e cliniche con utilizzatori, individuazione dei requisiti minimi di partecipazione nell'ottica della maggior partecipazione possibile del mercato; di concerto con utilizzatori, individuazione di criteri di valutazione quantitativi/numerici o qualitativi con subvariabili valutative il più chiare possibile; trasmissione informazioni anche a RPCT
Acquisizione nuove apparecchiature		Redazione programma acquisizione nuove apparecchiature	Gestione Apparecchiature elettromedicali	Discrezionalità nella gestione	1,67	1,60	Priorità media	Al momento, in base a dati di vetustà e manutentivi, nonché alle strategie condivise dalla Direzione Sanitaria viene redatta la programmazione, tipicamente nell'ambito della stesura del BEP (1)
Acquisizione nuove apparecchiature		Redazione relazione tecnica in relazione a proposte di affidamento diretto acquisizione apparecchiatura	Governo tecnologie biomediche	Scarsa trasparenza dell'operato	2,00	1,80	Priorità media	Verifica delle informazioni ricevute dagli utilizzatori in relazione alle esigenze tecniche-cliniche ed all'urgenza della richiesta di acquisizione; se del caso e se compatibile con urgenza pubblicazione formale Indagine di Mercato; trasmissione informazioni anche a RPCT
Acquisizione nuove apparecchiature		Valutazioni tecniche in ambito di Commissioni di gara	Governo tecnologie biomediche	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	2,00	2,33	Priorità elevata	Redazione verbali di valutazione chiari che argomentano puntualmente i giudizi assegnati per criteri qualitativi/discrezionali (1)
Manutenzione apparecchiature		Gestione interventi tecnici non ricompresi nei contratti di manutenzione	Governo tecnologie biomediche	Disomogeneità delle valutazioni e dei comportamenti	1,33	1,60	Priorità bassa	Si segue una regolamentazione formalizzata in deliberazioni annuali in cui si disciplinano le varie casistiche (2)
Manutenzione apparecchiature		Verifiche tecniche e monitoraggio in fase di esecuzione dei contratti relativi a manutenzione apparecchiature di medio/bassa tecnologia	Governo tecnologie biomediche	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,60	Priorità bassa	Verifica SLA contrattuali (1)



### Mappatura dei processi e dei rischi

Organigramma	Responsabile
--------------	--------------

00.01.01.03.06.00.00 - Unità di Governo delle Tecnologie Biomediche

Abundo Paolo

Macro processo	Processo	Denominazione Processo/Attività	Area rischio	Rischio	Prob.	Imp.	Val.	Misura
Manutenzione apparecchiature		Verifiche tecniche e monitoraggio in fase di esecuzione dei contratti relativi ad acquisto apparecchiature (Collaudi)	Governo tecnologie biomediche	Omissione nei controlli	1,33	1,60	Priorità bassa	Si segue una check list molto analitica, in cui devono essere soddisfatti una serie di steps tecnici oggettivi e metrologici (1)
Manutenzione apparecchiature		Verifiche tecniche e monitoraggio in fase di esecuzione ei contratti relativi a manutenzione apparecchiature di alta tecnologia	Governo tecnologie biomediche	Discrezionalità nella gestione	1,33	1,60	Priorità bassa	Verifica SLA contrattuali (2)

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE			
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <u>link alla scansione ANI contenuti/Anticorruzione</u> )	Annuale	RPCT	UOSD ATP			
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normative" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TUTTE LE UO COMPETENTI PER MATERIA	UOSD ATP			
			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)	TUTTE LE UO COMPETENTI PER MATERIA	UOSD ATP			
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Directive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TUTTE LE UO COMPETENTI PER MATERIA	UOSD ATP			
		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)	TUTTE LE UO COMPETENTI PER MATERIA	UOSD ATP			
	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 condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOC G.R.U.	UOSD ATP				
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario 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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE			
Titolari di incarichi politici (da pubblicare in tabelle)	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			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 elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			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 non superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			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))	Annuale	UOC AA.GG.	UOSD ATP				
			Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del 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)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
						Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
						Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.				UOSD ATP				
Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.				UOSD ATP				
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.				UOSD ATP				
1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato)	UOC AA.GG.				UOSD ATP				
SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE

Organizzazione	titolari di incarichi di amministrazione di direzione o di governo							
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, 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 apposti accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982			3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di 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 supera 5.000 €)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982			4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina, con indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Importi di viaggio di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	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	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982			3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di 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 riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera 5.000 €)	Nessuno	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982			4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (da presentarsi una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	UOSD ATP	
	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE.	UOSD ATP	
	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE.	UOSD ATP	
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD ATP	UOSD ATP	
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Articolazione degli uffici	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	Art. 13, c. 1, lett. b), 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)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Tелефono 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD ATP	UOSD ATP	
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Titolari di incarichi di collaborazione o	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Consulenti e collaboratori	Per ciascun titolare di incarico:  1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo (da pubblicare in tabelle)	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE	
	consulenza	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Temporaneo	UOC AA.GG. UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-b), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:  Atto di conferimento, con indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	

	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	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	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 «ad mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	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 della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	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	UOC AA.GG.	UOSD ATP

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
		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)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
		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)	UOC AA.GG.	UOSD ATP	
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedere pubbliche di selezione e titolari di posizioni organizzative con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionalmente, titolari di posizioni organizzative con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:			
					Atto di conferimento, con indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
					Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
					Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
					Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti					Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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 «ad mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]					Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC G.R.U.	UOSD ATP	

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 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 della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC G.R.U.	UOSD ATP		
		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	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfidibilità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
		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	Temporaneo	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
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 eletivo	Nessuno	UOC G.R.U.	UOSD ATP			

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Curriculum vitae	Nessuno	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		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	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi 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) 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (o presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
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'avvicinazione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redati in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	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 predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	

		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Nominativi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Curricula	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC AA.GG.	UOSD ATP
SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		Par. 14.2, delib. CVIT n. 12/2013		Compensi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
<b>Bandi di concorso</b>		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 nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U. UOC AA.GG.	UOSD ATP
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	UOC G.R.U.	UOSD ATP
	Piano della Performance	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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC C.D. UOC G.R.U.	UOSD ATP
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC C.D. UOC G.R.U.	UOSD ATP
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.  UOC G.R.U.	UOSD ATP  UOSD ATP
				Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
			Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
<b>Performance</b>	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istruiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori defenite, 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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
				Per ciascuno degli enti:		NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Enti pubblici vigilati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <u>link</u> <a href="#">al sito de l'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE	
Enti controllati		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 PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene 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 regolamentari 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incoferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'Ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
					Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Provvedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	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 regolamentari 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socio-fiscali 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
					Per ciascuno degli enti:			
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
					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 PERTINENTE	NON PERTINENTE
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incoferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'Ente</a> )					Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE	



Bandi di gara e contratti	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016.	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi. Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs. n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso continuazione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs. n. 50/2016); Avvisi relativi all'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H, Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs. n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	UOC ACQ
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	UOC ACQ	LOSD ATP
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
				Per ciascun atto:		NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE

		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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	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 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 obiettivi e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
Beni immobili e gestione patrimonio	Partizionio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Partizionio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOC G.R.U.	UOSD ATP
				Documento dell'OV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	UOC G.R.U.	UOSD ATP
				Relazione dell'OV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	UOC G.R.U.	UOSD ATP

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC G.R.U.	UOSD ATP	
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
Servizi erogati	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD ATP	UOSD ATP	
				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	Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP	
		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009				Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009			Sentenza di definizione del giudizio	Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP
		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	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)	UOC C.D.	UOSD ATP
		Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD ATP	UOSD ATP
	Art. 7 ex 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.		Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP	
Parametri dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese 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)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
				Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	

Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
Opere pubbliche	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 (infil. alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché 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)	Temporaneo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC U.T.	UOSD ATP
	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 Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)  Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC U.T.  UOC U.T.	UOSD ATP  UOSD ATP
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	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  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 prelievi edificatori a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra-aree o della creazione di aree a volume per finalità di pubblico interesse	Temporaneo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)  Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE  NON PERTINENTE	NON PERTINENTE  NON PERTINENTE
	Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE
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 hotspot, 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Fattori inquinanti			2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni ed i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Relazioni sull'attuazione della legislazione			5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE		
Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio			Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
		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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC R.E.F.	UOSD ATP
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	RPCT	UOSD ATP
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Temporaneo	RPCT	UOSD ATP
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (addebi adonati)	Temporaneo	RPCT	UOSD ATP
		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)	RPCT	UOSD ATP
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Temporaneo	RPCT	UOSD ATP
		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	Temporaneo	RPCT	UOSD ATP
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, attribuibile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporaneo	RPCT	UOSD ATP
		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	Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP
		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	UOSD ATP	UOSD ATP
Accessibilità 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	Temporaneo	UOSD ATP	UOSD ATP
	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 presentati in Anagrafe tributaria	Annuale	UOSD ATP	UOSD ATP	

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI 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	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
Altri contenuti	Catalogo dei dati, metadati e 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.l.)	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)	UOSD ATP	UOSD ATP
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	....	TUTTE LE UU.OO.	UOSD ATP

**ALLEGATO A - Programma Trasparenza**  
 ALLEGATO AL PNA 2022 N. 9)  
**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**  
 SOTTO SEZIONE 1° LIVELLO - BANDI DI GARA E CONTRATTI

(SOSTITUTIVO DEGLI OBBLIGHI ELENCATI PER LA SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI" DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1310/2016 E DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1134/2017)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
Bandi di gara e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali  Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)  Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione							
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)  Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione e sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	<b>SETTORI ORDINARI</b> Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016  <b>SETTORI SPECIALI</b> Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b> Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) <b>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</b> Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) <b>SETTORI SPECIALI</b> Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) <b>SPONSORIZZAZIONI</b> Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<b>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</b> Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2  <b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b> Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)  <b>SETTORI SPECIALI</b> Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006, alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione e sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 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 di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <b>in quanto compatibili</b> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione e sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	RESPONSABILE PRODUZIONE	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQ	UOSD ATP
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	UOC ACQ	UOSD ATP

C.U.G. COMITATO UNICO DI GARANZIA  
Policlinico Tor Vergata

# PIANO AZIONI POSITIVE 2024-2026

*“Investire nel capitale umano  
significa mettere le persone al centro”*

Approvato dal CUG nella seduta  
del 11.01.2024

## SOMMARIO

1. PREMESSE E RIFERIMENTI NORMATIVI
2. RILEVAZIONE DATI DI GENERE
3. LINEE DI INTERVENTO
4. SOGGETTI COINVOLTI

## 1. PREMESSE E RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Legislatore, come noto, sta ponendo sempre maggiore attenzione all'elaborazione di strumenti tesi a garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, rafforzare il senso di appartenenza all'organizzazione, incidere sul benessere organizzativo e lavorativo, favorire la condivisione dei valori di equità e di rispetto della dignità delle persone.

La nozione giuridica di "azioni positive" viene esplicitata dall'art. 42 del D. Lgs. 11 aprile 2006, n. 198 che le definisce "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Si tratta come noto di misure "speciali", in quanto la loro portata è specifica e contestualizzata, al fine di rimuovere ogni forma di discriminazione, diretta e/o indiretta; sono altresì "temporanee" in quanto doverosamente necessarie ed opportune fintanto che persistono le situazioni di disparità e/o discriminazione.

In una prospettiva più ampia, che fa riferimento alle:

- *Linee Guida* della Direttiva 4 marzo 2011, successivamente riconfermate dalla Direttiva n. 2/2019, il Legislatore sottolinea che "*l'assicurazione della parità e delle pari opportunità va raggiunta rafforzando la tutela delle persone e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa anche all'età, l'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua*".
- *Linee Guida sulla Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni*, adottate in attuazione dell'art. 5 del D.L. 30 aprile 2022 n. 36, convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità.

Le azioni positive non sono dunque esclusivamente il mezzo di risoluzione delle disparità di trattamento tra i generi, ma hanno l'ulteriore finalità di sanare ogni tipo di discriminazione nell'ambiente di lavoro, favorendo l'inclusione, in ogni sua forma e devono essere quindi considerate come la declinazione concreta di un processo che l'art. 48 del D. Lgs. 198/2006 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*" ha soltanto avviato.

In questo quadro si inserisce e diviene fondamentale il ruolo del *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG), organismo istituito dal D.Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 183/2010.

È il CUG che nella PA si afferma come soggetto attraverso il quale si intende:

- assicurare parità e pari opportunità, prevenendo e contrastando ogni forma di violenza fisica e psicologica, di molestia e di discriminazione diretta e indiretta;

- ottimizzare la produttività del lavoro pubblico migliorando le singole prestazioni lavorative;
- accrescere la performance organizzativa dell'amministrazione nel suo complesso, rendendo efficiente ed efficace l'organizzazione anche attraverso l'adozione di misure che favoriscano il benessere organizzativo e promuovano le pari opportunità ed il contrasto alle discriminazioni.

Da ultimo, si evidenziano:

- la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 Novembre 2023 *"Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme"*, che espressamente coinvolge i Comitati Unici di Garanzia della PA in stretta correlazione con la Consigliere di Fiducia, l'OIV, il RSSPP ed eventuali ulteriori organismi o tavoli di lavoro, nell'attuazione delle c.d. azioni di "cultura del rispetto".
- la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 Dicembre 2023 *"Lavoro Agile"* che ha evidenziato la necessità di garantire ai lavoratori c.d. "fragili" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

La promozione della parità e delle pari opportunità e del rispetto, nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

E' in quest'ottica che nasce il Piano delle Azioni Positive, introdotto dall' art. 48 del D.Lgs. n. 198/2006, quale documento di programmazione di interventi mirati ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 6 del D.L. n. 80 del 9.6.2021 e dal D.P.R. del 24 giugno 2022, n. 81, il Piano delle Azioni Positive è confluito, insieme ad altri rilevanti documenti di programmazione (in materia di anticorruzione, trasparenza, performance, lavoro agile, fabbisogno di personale), nel *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)*, da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, finalizzato ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese nonché procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

## 2. RILEVAZIONE DATI DI GENERE

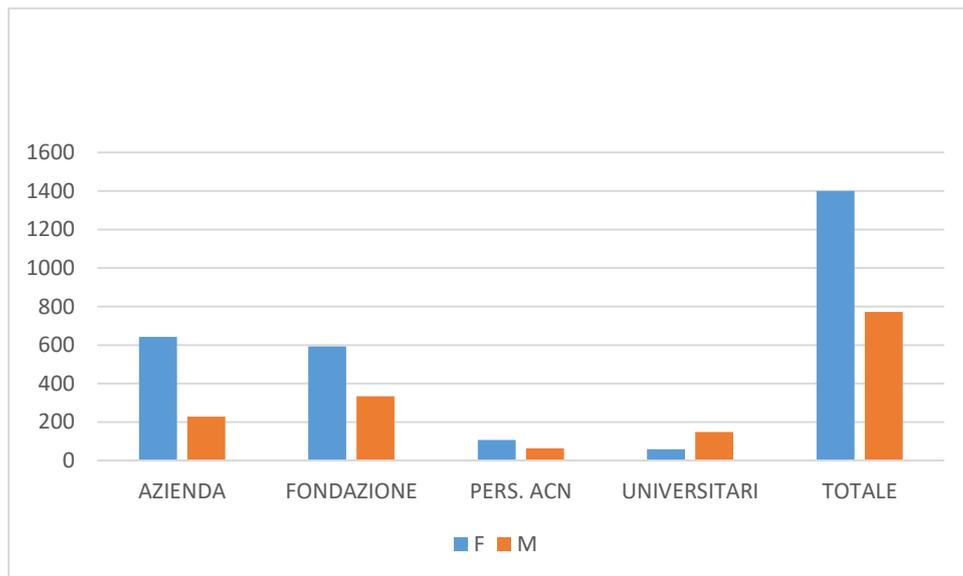
La tabella e i grafici di seguito riportati fotografano la distribuzione per genere del personale all'interno Policlinico Tor Vergata al 31.12.2023

Tab.1

<b>PERSONALE DIPENDENTE A.O.U. POLICLINICO TOR VERGATA</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	112	41	73%	27%	153
COMPARTO	RUOLO PROFESSIONALE	0	2	0%	100%	2
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	521	175	75%	25%	696
COMPARTO	RUOLO TECNICO	6	7	46%	54%	13
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>639</b>	<b>225</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>864</b>
DIRIGENZA AMM.VA/PROF.LE/TECNICA		1	1	50%	50%	2
DIRIGENZA SANITARIA		2	1	67%	33%	3
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>
<b>TOTALE</b>		<b>642</b>	<b>227</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>869</b>
<b>PERSONALE DIPENDENTE FONDAZIONE PTV</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	28	20	58%	42%	48
COMPARTO	RUOLO SANITARIO	373	148	72%	28%	521
COMPARTO	RUOLO TECNICO	10	16	38%	62%	26
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>411</b>	<b>184</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>595</b>
DIRIGENZA AMM.VA/PROF.LE/TECNICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	4	4	50%	50%	8
	RUOLO PROFESSIONALE	1	2	33%	67%	3
	RUOLO TECNICO	0	1	0%	100%	1
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	165	133	55%	45%	298
DIRIGENZA SANITARIO	RUOLO SANITARIO	12	9	57%	43%	21
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>182</b>	<b>149</b>	<b>55%</b>	<b>45%</b>	<b>331</b>
<b>TOTALE</b>		<b>593</b>	<b>333</b>	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>926</b>
<b>SPECIALISTI AMBULATORIALI - ACN</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
SPECIALISTI AMBULATORIALI - VARIE BRANCHE		107	64	63%	37%	171
<b>PERSONALE UNIVERSITARIO</b>						
<b>TIPOLOGIA</b>		<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTALE</b>
PERSONALE STRUTTURATO		59	148	29%	71%	207

**Tab.2 (Riepilogo)**

	F	M	F	M	TOTALE
AZIENDA	642	227	74%	26%	869
FONDAZIONE	593	333	64%	36%	926
PERS. ACN	107	64	63%	37%	171
UNIVERSITARI	59	148	29%	71%	207
<b>TOTALE</b>	<b>1400</b>	<b>772</b>	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>2172</b>



### 3. LINEE DI INTERVENTO

Alla luce di quanto sopra esposto, sono state individuate n. 4 Aree Strategiche di intervento per l'attuazione di azioni specifiche:

#### Area Strategica 1. Armonizzazione tempi vita-lavoro

Recependo l'esigenza di diffondere nelle PA un nuovo modello culturale di organizzazione del lavoro più funzionale, flessibile e capace di rispondere alle esigenze di innalzamento della qualità dei servizi, nonché di maggiore efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. Si ritiene necessaria la realizzazione di un'azione di sistema articolata sul tema dell'armonizzazione vita – lavoro, quale questione centrale e strategica che colloca a pieno titolo il mainstreaming di genere nelle politiche di sviluppo economico, oltre che di accesso e permanenza delle donne nel mondo del lavoro, posto che le stesse rappresentano ancora oggi i soggetti con maggior carico di cure familiari.

#### Azioni

- Sostegno all'utilizzo del lavoro agile, con particolare riferimento ai soggetti c.d. fragili;
- Regolamentazione, in coerenza con la normativa e con le disposizioni contrattuali vigenti, degli istituti in materia di orario di lavoro per la conciliazione dei tempi vita-lavoro;
- Sviluppare, favorire e implementare progetti/misure di welfare aziendali con particolare riferimento alla stipula di una polizza sanitaria per i dipendenti;

#### Area Strategica n. 2 Benessere organizzativo e prevenzione del disagio sul luogo di lavoro

Promuovere una cultura organizzativa fondata sul benessere, che valorizzi la salute psicologica, è oggi una delle priorità organizzative anche della Pubblica Amministrazione, posta la stretta correlazione con l'efficienza lavorativa ed il coinvolgimento del capitale umano in ambito lavorativo. Sembra un concetto ovvio ma per essere efficienti e lavorare bene bisogna star bene per poi affrontare le pressioni lavorative in modo efficace. Riconoscere e premiare il lavoro di qualità al fine di mantenere alta la motivazione e creare un ambiente lavorativo più sano, produttivo e gratificante

La promozione del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie deve partire dall'approfondimento dei punti di forza e delle criticità in esse presenti, al fine di progettare opportuni interventi di miglioramento. Al riguardo si ritiene utile avviare iniziative di indagine interna sul benessere e il clima organizzativo nell'ambito delle diverse strutture aziendali, al fine di elaborare specifiche linee di attività e di intervento per migliorare la qualità del lavoro lungo tutto l'arco della vita lavorativa.

In quest'ottica è auspicabile, altresì, introdurre un approccio alla Salute e Sicurezza sul Lavoro in chiave di genere, promuovendo la collaborazione tra il C.U.G., il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il Medico Competente per lo scambio di informazioni utili all'individuazione di tutti quei fattori che incidono negativamente sul benessere organizzativo permettendo, così, una più completa valutazione dei rischi, anche in ottica di genere.

Si intendono promuovere, inoltre, politiche e pratiche di integrazione volte a rispondere alle diverse esigenze di ciascun dipendente. Si prevede, in particolare, l'istituzione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità, al fine di favorire l'inclusione nella realtà lavorativa del personale con disabilità.

Lo scopo è incoraggiare quei processi di mantenimento e miglioramento del benessere fisico, psicologico e sociale dell'intera comunità lavorativa tali da attivare una relazione circolare tra benessere e performance/produktività/ qualità del servizio erogato.

#### Azioni

- Indagine sul benessere organizzativo;
- Valutazione dello stress lavoro correlato anche in ottica di genere, in collaborazione con il "Gruppo di lavoro sullo stress da lavoro correlato" istituito presso il Policlinico;
- Nomina del Responsabile per l'inserimento delle persone con disabilità (disability manager)
- Sviluppare misure che favoriscano il reinserimento dei lavoratori in caso di lunghe assenze;
- Mappatura e valorizzazione delle competenze del personale mediante la completa digitalizzazione del fascicolo personale del dipendente.

#### Area Strategica n. 3 Contrasto alle discriminazioni e a ogni forma di violenza sul lavoro

La normativa nazionale ed europea ha focalizzato l'attenzione sulla necessità che gli ambienti di lavoro siano improntati al rispetto reciproco e a corrette relazioni interpersonali, elementi di fondamentale importanza per migliorare il clima interno, la sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori e il loro rendimento professionale. Il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, contenuto nel D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, così come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81 attribuisce al dirigente il compito di promuovere, nella struttura cui è preposto, rapporti positivi e rispettosi tra i collaboratori, grazie a iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze.

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 Novembre 2023 "*Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme*", coinvolge espressamente i Comitati Unici di Garanzia in stretta correlazione con la

Consigliera di Fiducia, l'OIV, il RSSPP ed eventuali ulteriori organismi o tavoli di lavoro, nell'attuazione delle c.d. azioni di "cultura del rispetto".

Una gestione delle risorse umane improntata alla tutela dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo, rispetto, contrasto alle discriminazioni e al *mobbing*, nonché a qualsiasi forma di violenza sul luogo di lavoro ed in particolare quella contro le donne, non risponde soltanto a fondamentali esigenze di equità, ma costituisce una leva importante per potenziare la qualità stessa dell'azione amministrativa.

Negli ultimi anni abbiamo assistito altresì ad un aumento preoccupante degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Le donne, purtroppo, sono spesso più degli uomini, vittime di aggressioni anche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare nei Servizi di Pronto Soccorso. Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, con uso di un linguaggio offensivo. Numerosi sono i fattori responsabili degli atti di violenza, in particolare dovuti al contatto diretto con il paziente e alla gestione di situazioni caratterizzate da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari. Ovviamente proprio in quanto struttura sanitaria, il Policlinico si trova altresì a prendere in carico casi di reale o sospetta violenza sulle donne – anche mediante lo Sportello antiviolenza attivo dal 2021- rispetto alle quali si recepisce la recente l'indicazione Ministeriale di diffondere gli strumenti a disposizione delle vittime.

## Azioni

- Adozione di un codice etico e di comportamento che permetta di rafforzare i principi del rispetto reciproco e di promuovere una comunicazione aperta e trasparente tesa alla tutela della dignità della persona in ambito lavorativo.
- divulgazione di materiale informativo a lavoratori e lavoratrici per sensibilizzare gli stessi sull'emergenza dei fenomeni di violenza nei confronti delle donne;
- pubblicazione sul sito internet istituzionale e sulle pagine relative al CUG ed alla Consigliera di Fiducia nonché sul portale intranet aziendale del numero verde 1522 evidenziando la possibilità per le donne di chiedere aiuto e ricevere informazioni in sicurezza senza correre il rischio di essere ascoltate dai loro aggressori;
- percorsi di formazione in attuazione del DPR 13 giugno 2023 n. 81 che dispone per le Pubbliche Amministrazioni lo svolgimento di cicli formativi obbligatori per i neo assunti e il personale già in servizio sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico;
- contrastare la violenza di genere, di identità di genere e di orientamento sessuale anche attraverso l'erogazione di eventi dedicati;

- iniziative di contrasto alle aggressioni agli operatori sanitari anche in collaborazione con il Gruppo di lavoro contro le aggressioni agli operatori sanitari istituito presso il Policlinico;

#### Area Strategica n. 4 Rafforzamento del ruolo del CUG

I comitati unici di garanzia possono, a ragione, essere considerati un valore aggiunto per la pubblica amministrazione, soprattutto in un momento storico come quello attuale, nel quale si susseguono interventi tesi al cambiamento culturale in un'ottica di miglioramento reale della P.A. A tal fine è utile intervenire sulle modalità di comunicazione interna ed esterna delle attività del Comitato, consolidare i rapporti tra il CUG e le altre strutture/organismi aziendali con particolare riferimento all'OIV e al SPP, consolidare i rapporti all'interno la Rete Nazionale dei Comitati Unici di Garanzia nonché i rapporti con le Istituzioni di riferimento e sostenere la formazione dei componenti del Comitato.

#### Azioni

- Costante aggiornamento della pagina su internet/intranet aziendale dedicata al CUG anche con la pubblicazione di articoli su tematiche di particolare rilievo, anche segnalate dalla Rete Nazionale dei CUG;
- Formazione dei componenti del CUG;
- Realizzazione di seminari ed eventi informativi/formativi sulle azioni positive suddette e su tematiche ritenute di particolare interesse divulgativo;

#### 4. SOGGETTI COINVOLTI

Il CUG del Policlinico opera anche mediante quattro Gruppi di Lavoro, istituiti in relazione alle quattro Linee di Intervento e che si riuniscono con cadenza bimestrale alternata rispetto a quella del Comitato in *plenum* e i cui Referenti riferiscono nelle sedute plenarie il proprio operato e le eventuali proposte elaborate. L'Amministrazione proporrà e metterà a disposizione tutte le misure e gli strumenti idonei a sostenere l'attuazione delle azioni positive previste, nel rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente. La realizzazione e il monitoraggio delle suddette azioni vede necessariamente coinvolti tutti i servizi e le strutture dell'Azienda, ognuno per la parte di propria competenza. Le Strutture e i Servizi di volta in volta impegnati e/o coinvolti nella realizzazione e nel monitoraggio delle azioni positive sono individuate secondo la materia di riferimento.