



Sistema Sanitario Regione Liguria

Sistema Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Socio-sanitaria Figure 5
La Spezia

ALLEGATO A

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2022-2024

INDICE

PREMESSA	2
1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 CHI SIAMO.....	5
1.2 COSA FACCIAMO	17
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	19
2.1 VALORE PUBBLICO.....	20
<i>Obiettivi strategici 2022-2024</i>	23
<i>Obiettivi specifici 2022-2024</i>	24
<i>PNRR in sanità, cos'è</i>	32
<i>Case di comunità</i>	33
<i>Ospedali di comunità</i>	34
<i>Centrale operativa territoriale (COT)</i>	35
<i>ASL5- case di comunità, ospedali di comunità e COT</i>	36
<i>Interventi per antisismica: verso un ospedale sicuro e sostenibile</i>	37
<i>Ammodernamento del Parco tecnologico ospedaliero: rinnovo apparecchiature</i>	38
<i>Interventi di edilizia sanitaria e nuove tecnologie</i>	39
<i>Progetto Gaslini: l'innovativa vision dell'offerta pediatrica in Liguria</i>	40
<i>Gestione liste d'attesa: recupero prestazioni</i>	42
<i>Home visiting</i>	43
<i>Percorso formativo su Community Building</i>	44
<i>Progetto QUI INSIEME</i>	45
<i>Presa in carico percorso profughi</i>	46
<i>Screening mammografico, cervice, colon</i>	47
<i>Obiettivi di digitalizzazione e informatizzazione triennio 2022-2024</i>	49
<i>Progetto AREAS: passaggio al nuovo sistema di contabilità</i>	51
2.2 PERFORMANCE.....	54
<i>Performance organizzativa e individuale</i>	54
<i>Il Piano della Performance di ASL5</i>	55
2.3 RISCHI CORRUTTIVI.....	57
<i>Responsabile prevenzione corruzione e Trasparenza</i>	60
<i>Obiettivi strategici del PTPCT 2022-24</i>	60
<i>Analisi del contesto esterno e interno</i>	62
<i>Coordinamento e integrazione tra PTPC e ciclo della Performance</i>	63
<i>Obiettivi prevenzione corruzione anno 2022</i>	67
<i>Scadenziario obblighi 2022</i>	68
2.4 TRASPARENZA.....	75
<i>Obiettivi strategici in materia di trasparenza</i>	76
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	77
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	78
3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) anni 2022-2024.....	100
3.3 LAVORO AGILE.....	102
3.4 PIANO AZIONI POSITIVE.....	104
3.5 FORMAZIONE.....	106
4 MONITORAGGI	107

PREMESSA

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni – come ampiamente ribadito nel PNRR - è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In questo contesto, si sono susseguiti diversi interventi normativi e ambiziosi progetti di riforma della pubblica amministrazione con l'obiettivo di avviare una marcata sburocratizzazione per ridurre i costi e i tempi, e in tale ambito si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in breve P.I.A.O., introdotto con l'articolo 6 del Decreto Reclutamento (D.L. 80/2021) e convertito con la Legge 113/2021.

Pertanto, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e in particolare del D.Lgs n. 150/2009 e della L. n. 190/2012, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) deve essere obbligatoriamente adottato dalle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, D.Lgs. 165/2001 con più di cinquanta dipendenti, come adempimento semplificato volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese anche in materia di diritto di accesso e, altresì, a sostituire mediante l'assorbimento in un unico documento di programmazione e governance molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente e che, salvo alcuni elementi di incertezza tuttora presenti, si possono indicare nei seguenti:

- il piano della **performance**; (Allegato n. 1)
- il piano della **prevenzione della corruzione e della trasparenza**; (Allegato n. 2 e 3)
- il piano dei **fabbisogni di personale**; (Allegato n. 4)
- il piano per il **lavoro agile**; (Allegato n. 5)
- il piano delle **azioni positive**(Allegato n. 6)
- la programmazione dei **fabbisogni formativi**. (Allegato n. 7)

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e sinteticamente 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
 - 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 e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
 - l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
 - 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;
 - le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

SEZIONE 1
SCHEDA ANAGRAFICA
DELL'AMMINISTRAZIONE

Sottosezione 1) CHI SIAMO

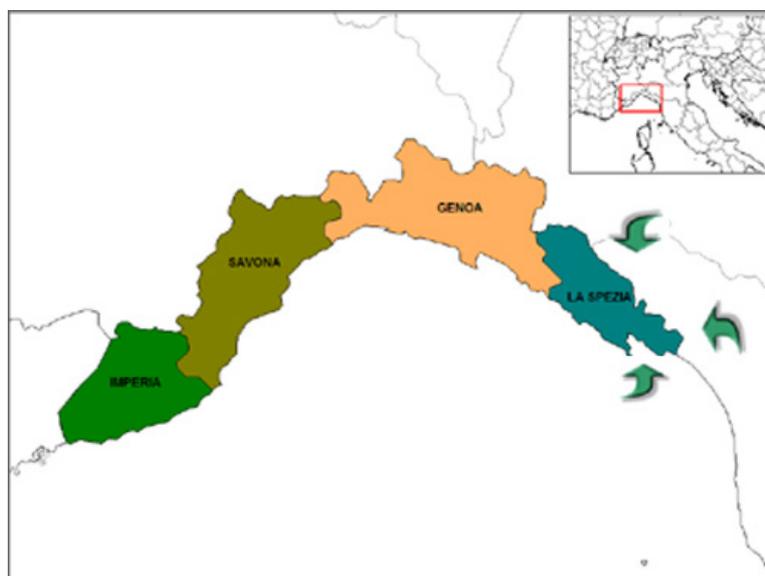
Sottosezione 2) COSA FACCIAMO

SOTTOSEZIONE 1) CHI SIAMO

L'Asl 5 nasce nel 1993 dalla fusione della ex USL n. 19 della Spezia con la ex USL n. 20 di Sarzana, a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 502/92 e della legge regionale n. 20 del 10.05.1993. Il decreto ha sostituito alle precedenti USL, le Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica e ha portato a una riorganizzazione del SSR ligure e al conseguente accorpamento delle 20 USL nelle attuali 5 Aziende sanitarie locali; con L.R. 29.07.2016 n. 17 e con la L.R. 18 novembre 2016, n. 27, a modifica della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, istitutiva dell'attuale Servizio Sanitario Regionale, è stata poi rinominata "Azienda Sociosanitaria Ligure 5".

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Liguria. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

ENTE	AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5
SEDE LEGALE	VIA FAZIO,30 19121 LA SPEZIA
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	http://www.asl5.liguria.it/
TELEFONO (CENTRALINO)	0187 5331
EMAIL URP:	urp@asl5.liguria.it
EMAIL PEC:	protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it
CODICE FISCALE / PARTITA IVA:	00962520110



Da un'elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2021, il bacino di utenza di ASL5 è costituito da circa 215.538 su una superficie di circa 881 Km², corrispondente a quella della Provincia della Spezia con l'esclusione dei Comuni di Carro, Maissana e Varese Ligure che appartengono all'Azienda Sociosanitaria Ligure 4 - Chiavari. Una densità abitativa media di circa 245 ab/Kmq. Nel capoluogo La Spezia risiedono 91.877 abitanti.

	Maschi /Femmine	Età Media
Residenti 0 – 14 anni	23.900	
Residenti 15- 64 anni	132.095	
Residenti ≥ 65 anni	59.543	
Totale Residenti	215.538	48,8

Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2021 - <http://www.demo.istat.it/>

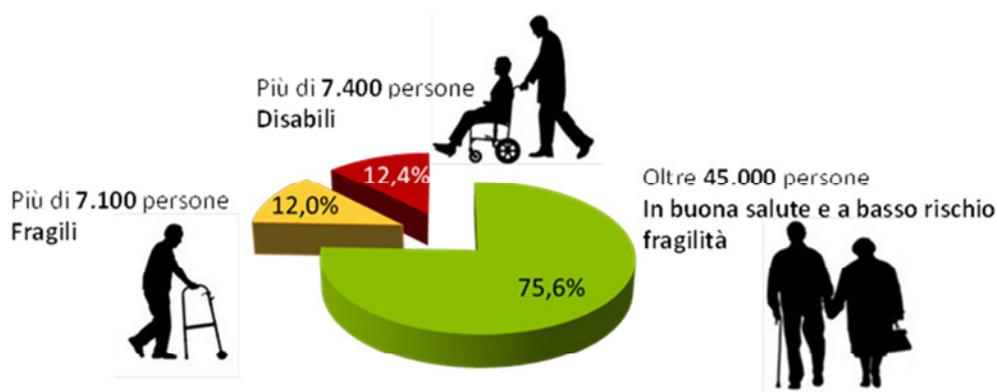
Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione spezzina è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: in ASL 5 al 1° gennaio 2021 erano presenti 59.543 persone con 65 anni,

mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni, era pari a 231,5;

Considerato che la popolazione anziana non è un gruppo omogeneo dal punto di vista dei bisogni socio-assistenziali, è importante distinguere sottoinsiemi di persone ultra 64enni verso cui rivolgere azioni differenti per promuovere e mantenere la salute, prevenire problemi e assistere chi è già malato o in difficoltà l'indagine.

Valutando l'autonomia nelle attività di base (le cosiddette ADL Activities of Daily Living) e in quelle strumentali della vita quotidiana (IADL Instrumental Activities of Daily Living), l'indagine PASSI d'Argento 2016-18 ha permesso di distinguere tre gruppi di persone con caratteristiche e bisogni molto diversi tra loro e di stimare il loro ammontare:

- circa 3 anziani su 4, pari a oltre 45.000 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- oltre 7.400 persone presentano invece segni di fragilità* e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- altrettante 7.400 sono invece persone non autosufficienti** e con varie tipologie di disabilità.



* Non autonomi in almeno 2 IADL ma ancora autonomi in tutte le ADL

** Non autonomi in almeno 1 ADL

Fonte: Passi d'Argento 2016-18 – ASL 5

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia della Spezia.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2010	234,6	61,0	172,4	139,0	18,1	7,2	13,6
2011	231,6	60,7	180,3	142,7	18,3	7,3	13,6
2012	233,4	61,9	171,8	146,9	18,2	7,4	13,6
2013	235,9	62,6	165,6	149,4	18,2	7,1	13,6
2014	236,0	63,2	158,2	152,5	18,3	6,7	13,0
2015	239,4	63,8	154,0	155,1	18,1	6,4	13,9
2016	241,7	63,8	151,5	157,4	18,0	6,8	12,8
2017	242,8	63,8	154,6	159,3	18,0	6,5	13,6
2018	242,8	63,8	157,9	161,3	18,1	6,2	13,9
2019	243,6	63,4	163,2	162,4	17,9	6,1	13,4
2020	230,9	61,9	151,7	149,4	19,0	-	-
2021	231,5	61,8	156,1	148,7	19,2	-	-

<https://www.tuttitalia.it/liguria/38-la-spezia/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione>



La superficie territoriale di competenza di ASL 5 è articolata in tre Distretti Socio Sanitari e con una popolazione assistita di 215.538 abitanti (ISTAT residenti al 1 gennaio 2021) corrispondente a quella della Provincia della Spezia con l'esclusione dei Comuni di Carro, Maissana e Varese Ligure che appartengono all'Azienda Sociosanitaria Ligure 4 - Chiavari.

Distretto n. 17 "Riviera e Val di Vara", che comprende i Comuni di: Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice al Cornoviglio, Carrodano, Deiva Marina, Follo, Framura, Levante, Monterosso, Pignone, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, Severino, Vernazza, Zignago.



Distretto n. 18 “del Golfo”, che comprende i Comuni di La Spezia, Lerici e Portovenere.



Distretto n. 19 “Val di Magra”, che comprende i Comuni di Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Ortonovo, Santo Stefano di Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.



Il Distretto Sociosanitario assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e dei servizi aziendali, incluso il Presidio Ospedaliero.

Il Distretto provvede a valutare, nel rispetto delle competenze attribuite ad Alisa, i bisogni e le domande di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; erogare prestazioni e servizi di base secondo modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali.

Nel Distretto si realizzano il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dalle farmacie convenzionate con le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del Distretto, nonché dagli ambulatori e dalle strutture territoriali accreditate.

Per la medicina generale, l'Azienda opera mediante **147 medici di base e 20 pediatri di libera scelta**. Concorrono, inoltre, a garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie in regime di convenzione, **93 medici specialisti ambulatoriali e 25 medici di continuità assistenziale**.

L'Azienda è articolata in 10 Dipartimenti e 57 Strutture Complesse nell'ambito delle quali operano circa 2130 dipendenti (al 31.12.2021).

PERSONALE 2021				
CATEGORIE PROFILI	ruolo	inc.	m	f
ruolo sanitario	1687	79	462	1216
ruolo professionale	5	1	5	0
ruolo tecnico	193	0	61	132
ruolo amministrativo	245	0	71	174
totale generale	2130	80	599	1522

Durante l'anno 2021 sono state espletate 5 selezioni di Struttura Complessa, 13 concorsi a tempo indeterminato per dirigenza e comparto, 19 procedure di avvisi a tempo determinato, 5 procedure per assegnazione incarichi interni, 6 procedure dal centro per l'impiego, 14 procedure di mobilità, 10 procedure co.co.co., co.li.pro, borse di studio, manifestazioni di interesse (totale 72 procedure che hanno portato all'assunzione di n. 270 unità di personale).

L'Azienda opera mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure) e mediante una casa di cura convenzionata (ortopedia, chirurgia , oculistica) e un centro convenzionato per la riabilitazione. Il Presidio ospedaliero presenta un Dipartimento di emergenza di primo livello che comprende due Pronto soccorso (S. Andrea e San Bartolomeo) e un punto di primo intervento (Levanto).

I posti letto al 31.12.2021 sono:

POSTI LETTO DICEMBRE 2021										
	S. Andrea			S. Bartolomeo			S. Nicolò	Presidio		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	240	239	1	131	125	6	15	386	364	22
DH	27	25	2	8	6	2		35	31	4
DS	10	10		6	6			16	16	
Totale	277	274	3	145	137	8	15	437	411	26
Culle	14							14		
OBI	11			4				15		

I posti letto* convenzionati sono così distribuiti :

- Convenzione con la Struttura accreditata Alma Mater: posti letto 25 ordinari e 13 di Day Surgery;
- Convenzione con la Struttura accreditata Don Gnocchi : posti letto 84 di degenza ordinaria e 8 di Day-Hospital .

Alma Mater La Spezia	Dicembre 2020			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	3			3
MEDICINA GENERALE	12	12		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8			9
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	2		
TOTALE	25	14	0	13

Don Gnocchi	Dicembre 2020			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI	61	9	8	
NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI	23			
TOTALE	84	9	8	0

*Fonte dati posti letto flusso regionale

Le attività e i servizi territoriali dell'ASL , dislocati su tutto il territorio sono erogati da 3 Dipartimenti (Cure primarie, Prevenzione, Salute mentale). L'Azienda opera anche con l'ausilio di 45 strutture convenzionate.

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno-infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici
Ambulatorio e laboratorio	3	8						2	
Struttura residenziale					4	2	19	6	
Struttura semiresidenziale					1	1	2	7*	

* gli utenti inseriti nelle strutture per disabili sono misti (fisici e psichici).

I posti letto delle strutture territoriali convenzionate sono riportati in tabella.

Assistenza semiresidenziale e residenziale

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici	Posti letto Assistenza ai minori ¹
Struttura residenziale	655*	119	9
Struttura semi-residenziale	37	85	6

*Comprese le RSA gestione diretta n. 60.

La rete ospedaliera, organizzata strutturalmente e funzionalmente in Dipartimenti, è costituita da un Presidio Ospedaliero (Presidio Ospedaliero del Levante Ligure) articolato in 2 stabilimenti:

Ospedale S. Andrea della Spezia

Ospedale San Bartolomeo di Sarzana

Nel territorio del Comune di Levanto è inoltre presente una struttura socio sanitaria con 15 posti ordinari di cure intermedie, 10 posti tecnici di dialisi e una sede di primo intervento PPI. I Dipartimenti di Area Sanitaria dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 sono costituiti da Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche attraverso cui si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale

Sono Organi dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i

programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione.

Il Collegio di Direzione è organo consultivo del Direttore Generale ed opera emettendo pareri vincolanti e/o non vincolanti riguardo la pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi e della valutazione dei risultati clinici conseguiti. Il Collegio di Direzione concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di Direzione, esprime pareri e formula proposte nelle seguenti aree:

- indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;
- valutazione interna dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici prefissati;
- programmi di formazione del personale medico e sanitario;
- programmi di ricerca ed innovazione;
- modalità generali di esercizio per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
- organizzazione e sviluppo dei servizi assistenziali e valorizzazione delle risorse umane e professionali ad essi connesse

Il Collegio inoltre esprime pareri obbligatori in merito a:

- l'Atto di autonomia aziendale e sue modifiche ed integrazioni
- il Piano Strategico Aziendale
- il Piano Attuativo annuale
- gli atti del bilancio
- gli atti di amministrazione straordinaria o quelli che, comunque, comportino variazioni nella consistenza patrimoniale dell'Azienda
- le modalità generali di esercizio per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie.

Il Collegio è composto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari, dal Direttore medico del Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Distretto e dal Dirigente Struttura Professioni Sanitarie.

Il Direttore Generale deve convocare il Collegio non meno di 4 volte l'anno e ogni qual volta ne sia fatta richiesta da almeno i due terzi dei componenti.

In relazione alla specificità degli argomenti trattati, possono essere invitati inoltre i responsabili delle funzioni di staff e di altre articolazioni organizzative aziendali, nonché esperti esterni. Le modalità di funzionamento e convocazione del Collegio di Direzione, la partecipazione all'azione di governo e le modalità per la formulazione di pareri e proposte, sono disciplinate con apposito Regolamento emanato da parte della Direzione Aziendale.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, uno designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministero della Salute. I componenti del Collegio Sindacale" ai sensi del D. Lgs n. 502/1992, sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali".

I membri del Collegio Sindacale vengono nominati, su designazione delle componenti amministrazioni con deliberazione del Direttore Generale.

Rientrano tra le funzioni del Collegio sindacale la:

verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;

- vigilanza sull'osservanza della legge, accerta e regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi Nazionali e Regionali;
- relazioni periodiche sui risultati dei riscontri eseguiti alla Regione e alla Conferenza dei Sindaci.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

SOTTOSEZIONE 2) COSA FACCIAMO

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 è inserita nel contesto del Servizio Sanitario Regionale Ligure, insieme alle altre Aziende Sanitarie pubbliche, alle Aziende ospedaliere, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ai farmacisti, agli Erogatori privati accreditati, ed agisce in un'ottica di solidarietà ed etica, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali.

L'Azienda garantisce la promozione della salute e la tutela del cittadino e della comunità locale, assicurando la disponibilità e l'accesso ad una rete integrata di servizi sanitari, che coinvolge le differenti articolazioni sociali e istituzionali.

Asl5 nel perseguire l'economicità ed efficienza produttiva, garantisce condizioni ed effettiva equità nell'accesso per tutti i cittadini, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, sia direttamente che indirettamente.

I "valori" principali cui si ispira sono:

- La centralità del paziente come obiettivo fondamentale;
- L'accoglienza e l'accessibilità ai servizi;
- L'affidabilità, la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni;

- L'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura e per produrre attività di eccellenza;
- La competenza, eccellenza ed autorevolezza professionale;
- La sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e degli operatori nel rispetto della normativa vigente;
- L'ascolto ed il coinvolgimento;
- L'equità e l'etica;
- La trasparenza e la responsabilità;
- La condivisione;
- La razionalità e la coerenza nei comportamenti;
- Il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela del malato e le sinergie con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento;
- La partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori.

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE,ANTICORRUZIONE

Sottosezione 1) VALORE PUBBLICO

Sottosezione 2) PERFORMANCE (Allegato 1)

Sottosezione 3) RISCHI CORRUTTIVI (Allegato 2)

Sottosezione 4) TRASPARENZA (Allegato 3)

SOTTOSEZIONE 1) VALORE PUBBLICO

In questa sottosezione vengono definiti i **risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici**, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5:

- **Si concretizza come una comunità di professionisti** (dal Dirigente, al Medico, all'Operatore Sanitario (Infermiere, Tecnico sanitario etc.) ai Tecnici impegnata ad accogliere il paziente come persona nella sua integralità. Obiettivo di tutti è costruire con la partecipazione del paziente percorsi di cura adeguati a rispondere ai suoi bisogni di salute.
- Assume la responsabilità di **creare valore pubblico** mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti i professionisti per dare corpo a strutture sanitarie (Territorio e Ospedali) efficaci, integrate, appropriate, sicure ed efficienti.
- È un'**organizzazione multi-professionale e multidisciplinare** che non può essere gestita con le classiche regole di un'azienda produttrice di beni di consumo.
- I dirigenti professionisti presenti in Azienda sono ciascuno un centro decisionale con grande autonomia. Tale necessaria autonomia, per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti, deve prestare particolare attenzione al lavoro di gruppo. I Professionisti sanitari sono tenuti a prendere decisioni sanitarie spesso importanti rispetto ai bisogni di salute posti dagli utenti. Da qui parte la responsabilità che l'Azienda deve assumersi.
- Agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;

- Gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- Persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari.
- La missione strategica dell'Azienda è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività e in condizioni di sicurezza le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona e nell'interesse delle collettività.
- L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Liguria, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.
- L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.
- La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali. Da ciò la necessità di sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema.

- Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità.
- La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione

Per realizzare questi obiettivi occorre:

- credere nel **primato delle relazioni umane con le persone** che scelgono di curarsi nella Nostra Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata **formazione** dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali.
- tendere alla **qualità**, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;
- accettare responsabilmente la sfida costituita dal superamento della visione "paziente-utente" verso la concezione della "**persona-cliente**"; capace cioè di scegliere (direttamente o attraverso il proprio medico di famiglia) la prestazione sanitaria più aderente alle proprie necessità ed aspettative, tra quante presenti sul territorio e di diventare un interlocutore attivo con i sanitari nella definizione del proprio percorso di cura.
- Considerare che i nostri ospedali non possono concepirsi separati da un proprio "territorio" – inteso non tanto come ambito burocratico/amministrativo ma, piuttosto, come luogo sociale di collegamenti e di "reti".
- Considerare il "territorio" non soltanto come l'ambito di influenza e di provenienza dei propri pazienti, ma un luogo sociale di relazioni e di sinergie con gli enti locali (espressione dei diritti di cittadinanza e del principio di sussidiarietà), con il terzo

settore – volontariato e associazionismo – (espressione del principio di solidarietà) e con le organizzazioni di patronato e di tutela dei diritti (portatori di interessi generali e specifici).

-

OBIETTIVI STRATEGICI 2022-2024

- *La riprogrammazione della centralità del Distretto Sanitario e il conseguente riallineamento degli attuali Dipartimenti Strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, delle Dipendenze), quale momento fondamentale per ridefinire la governance locale e l'assetto organizzativo degli ambiti distrettuali, nonché della individuazione delle diverse linee assistenziali da prevedere in ogni singolo distretto ovvero in un ambito ancora più esteso, quali le aree interdistrettuali;*
- *La presa in carico unitaria del paziente;*
- *La riprogettazione delle cure primarie, finalizzata a garantire un riassetto, del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale.*
- *L'attivazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio, per tener conto della molteplicità di variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema in funzione della quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani;*
- *La messa in atto, da parte dei Dipartimenti Strutturali e delle Aree di Coordinamento, degli strumenti operativi previsti dal governo clinico, quali i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per singole problematiche assistenziali e i percorsi di cura personalizzati;*
- *Una più intensa alleanza pubblico-privato per la riprogettazione congiunta dell'innovazione nell'assistenza territoriale;*
- *Il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali, nonché della telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, essenziali anche per potenziare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi e degli outcomes e dell'importante ruolo a supporto dei processi decisionali;*

- Il ruolo delle reti assistenziali in particolare di quelle connesse alle malattie croniche e all'integrazione territorio-ospedale e i diversi strumenti di governo clinico utilizzati, in un'ottica di forte inter settorialità.

OBIETTIVI SPECIFICI 2022-2024

Macrobiettivi per area

La valorizzazione degli obiettivi sarà proporzionale al grado di raggiungimento degli stessi

Dip. Prevenzione (5%)

- Coperture vaccinali
- Screening
- Sanità animale ed igiene degli alimenti

Ospedali (60% per ASL, 100% per A.O.)

- Appropriatelyzza di erogazione delle cure
- Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento in PS)
- Governo liste d'attesa
- Produzione (Progetto Restart 2022)

Territorio/distretto (35%)

- PNRR
- Residenzialità
- Governo liste d'attesa

Obiettivi oggetto di valutazione

Dip. Prevenzione

Indicatori NSG Decreto interministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” Art.3, comma 1

Scheda indicatore	Nome indicatore	Definizione	2019	OBIETTIVO
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	95,55	NSG
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	93,02	NSG
P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica.	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	93,03	NSG
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	89,57	NSG
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	57,16	NSG
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	71,67	NSG
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	100	NSG
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	81,69	NSG

Obiettivi oggetto di valutazione

Ospedali

Appropriatezza delle cure

Indicatore	Timing	Obiettivo
Numero di agende chiuse per le prestazioni oggetto di monitoraggio con priorità B (10gg) e D (30-60gg), su aziende ospedaliere	Valutazione su base trimestrale con valutazione finale su anno 2022	<10% die, periodo febbraio-dicembre 2022
% ricoveri fuori soglia per i DRG >2 giorni in soggetti over 65 (valutato anche per il sistema territorio), esclusi i ricoveri COVID-19		<4% <5% per Galliera e HSM
Tagli cesarei / tot parti (Min.Sal.)		<25% se maggiore di 1.000 parti annui <15% se meno di 1.000 parti annui
Degenza media area medica, STD per DRG, trimmata a SX per ricoveri inferiori ai 2 giorni		<9 gg per ASL1-5 <10gg per le Aziende/Enti

Obiettivi oggetto di valutazione

Ospedali

Gestione dei percorsi e produzione

Indicatore	Obiettivo
Area emergenza, passaggio triage a 5 colori e revisione dell'appropriatezza dei ricoveri (benchmark Nazionale)	Entro il 1 marzo 2022
Predisposizione del cruscotto regionale in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili nelle diverse fasi dall'accesso al Pronto Soccorso alla dimissione dai reparti su cui insistono questi ultimi (VEDI SLIDE SUCCESSIVA)	Cruscotto sintetico entro il 1 febbraio 2022 Cruscotto analitico entro il primo semestre 2022
Implementazione di almeno 2 ulteriori percorsi Fast-Track oltre alla Ginecologia/Ostetricia e Pediatria (<i>attenzione: adeguata procedura come da linee di indirizzo regionali previste per il 2022</i>)	Entro il primo trimestre 2022
Raggiungimento della produzione del 2019 + erogazione prevista per progetto Restart 2022 (<i>fondi Restart in house 2021 x4</i>)	Valutazione trimestrale e raggiungimento dell'obiettivo annuale (scostamento massimo del 5% della produzione complessiva prevista)

Cruscotto regionale per gestione Pronto Soccorso

Entro il 1 febbraio 2022, le aziende provvedono a comunicare:

- Il numero di posti letto dedicati ai ricoveri da PS per Azienda, in area medica e chirurgica;
- Il numero di posti letto dedicati ai ricoveri da PS per Azienda, in area medica e chirurgica, non occupati;

- Il numero di dimissioni (pp.II. dedicati a PS) delle 24 ore precedenti;
- Il numero di ingressi (pp.II. dedicati a PS) nelle 24 ore precedenti;
- La durata della degenza attuale nel reparto dedicato ai ricoveri da PS in area medica e chirurgica (*in tempo reale, ovvero: «oggi» meno data di ingresso pazienti*);
- Il numero di letti/barelle/box presidiati in PS;
- Il numero totale di utenti in attesa di ricovero;

Entro il primo semestre 2022:

Cruscotto analitico (Visual Hospital – like), vedi capitolo dedicato in linee di indirizzo regionali sulla gestione del sovraffollamento in PS (delibera A.Li.Sa. in uscita entro dicembre 2021)

Attività territoriale/distrettuale

- i tempi di attesa ambulatoriali;
- la pianificazione dei piani territoriali previsti dal PNRR 2021;
- l'implementazione del percorso di presa in carico a livello territoriale successivo alla dimissione dal Pronto Soccorso o dalla struttura ospedaliera.

Indicatore	Obiettivo
Numero di agende chiuse per le prestazioni oggetto di monitoraggio con priorità B (10gg) e D (30-60gg)	<10% die, periodo febbraio-dicembre
Riduzione giornate di degenza nelle RSA	<p>Inserimento a 20 giorni, entro il primo semestre 2022</p> <p>NB: Tale obiettivo presuppone il passaggio a 20 giorni standard, eventualmente derogabili a +20 (su rivalutazione) e +20 (su rivalutazione)</p>
La predisposizione dei piani territoriali previsti dal PNRR 2021	Valutazione quali-quantitativa

Linee di indirizzo gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso

AZIONI A BREVE TERMINE

- Attivare entro gennaio 2022, una procedura affinché il reparto accettante prenda in carico il paziente che deve essere ricoverato, entro le 8 ore dalla valutazione, indipendentemente dal permanere del paziente in Pronto Soccorso a causa della temporanea indisponibilità del posto letto;

- predisporre/aggiornare entro gennaio il 2022, l'attivazione di percorsi per le urgenze (U) con accesso diretto agli specialisti su invio dei Medici di PS per quadri clinici predefiniti.

AZIONI ENTRO IL PRIMO TRIMESTRE 2022

- Sviluppare un cruscotto dati sintetico, che consenta di visualizzare a livello regionale, i dati relativi alla situazione dei pronto soccorso delle Aziende liguri. Lo sviluppo di tale strumento rientrerà negli obiettivi delle Direzioni Aziendali;
- predisporre una procedura di attivazione dei percorsi fast track almeno nelle 12 ore diurne che facilitino la presa in carico dei pazienti per le patologie a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS;
- predisporre/aggiornare una procedura di attivazione di percorsi specifici ad accesso diretto per le urgenze U (prestazioni specialistiche o diagnostiche), attivabili dal MMG (ad esempio percorso rx torace con accesso diretto, attivazione di percorsi Day Hospital dedicati a patologie specifiche o a quadri clinici prestabiliti). Occorre inoltre definire protocolli concordati con MMG, specialisti operanti sul territorio, e specialisti ospedalieri;
- definire/aggiornare modalità organizzative che consentano la dimissione dei pazienti anche nei giorni festivi (ricoveri RSA, ADI, etc..);
- effettuare il passaggio del Triage a «5 colori»;
- elaborare/aggiornare procedure per definire percorsi di dimissione protetta direttamente dal PS con presa in carico territoriale.

AZIONI A MEDIO TERMINE

ENTRO IL PRIMO SEMESTRE 2022

- Definire procedure che prevedano l'attivazione di almeno due OBI specialistici (oltre ai già presenti) che, in caso di contesti particolari quali situazioni di iperafflusso, possono essere ulteriormente implementati;

- attivare percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie e gestiti direttamente dagli specialisti mediante apertura di Day Hospital, telemedicina o contatto telefonico dei pazienti con i centri specialistici a cui sono già in carico;
- sviluppare un cruscotto informatico analitico più dettagliato rispetto al cruscotto sintetico, che contenga i dati riguardanti il numero di posti letto aziendali, suddivisi per reparto e per utilizzo (elezione, pronto soccorso) da cui desumere in tempo reale la disponibilità dei posti letto delle diverse UUOO, le dimissioni previste, la data di ingresso dei pazienti nei singoli reparti e che consenta la programmazione del numero medio di dimissioni giornaliere tenendo conto anche del fabbisogno del Pronto Soccorso;
- predisporre una procedura di monitoraggio degli accessi in PS per i pazienti provenienti dalle strutture residenziali o suddivisi per MMG. A tal fine si consideri il numero di accessi dei pazienti (stratificato per fasce d'età e comorbilità) provenienti dai MMG/strutture residenziali confrontando per ogni paziente inviato il codice di uscita dal PS e la percentuale effettiva di ricoveri per ogni medico e ogni struttura residenziale;
- istituire, ove possibile, discharge room in aree ospedaliere definite, per consentire la dimissione del paziente al termine del giro visita e facilitare il ricovero dei pazienti in pronto soccorso entro la mattina (entro il 2022).

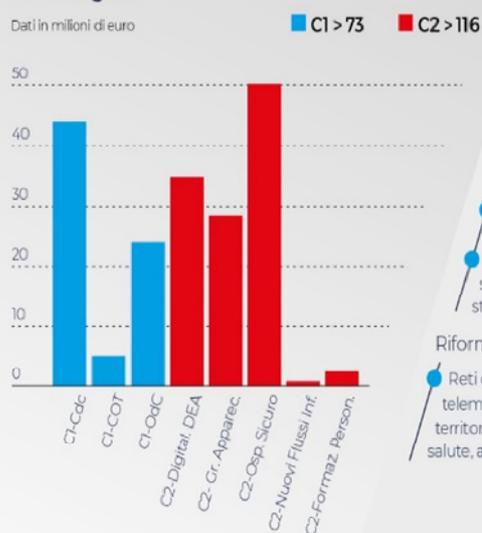
PNRR IN SANITA', COS'E'

- Adeguare il SSN a un mutato contesto demografico;
- garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute.
- rendere la rete dell'assistenza sanitaria primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute;
- rendere capillare l'offerta di salute sul territorio;
- impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN;
- una opportunità per migliorare la MACRO-MICRO struttura del SSN/SSR: una vera riforma del Sistema.

PNRR, componenti della missione 6

Per la Liguria

Dati in milioni di euro



C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimenti

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

Riforme

- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

C2.1: Aggiornamento tecnologico e digitale

Investimenti

- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

Riforme

- Riorganizzare la rete degli IRCCS

C2.2: Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

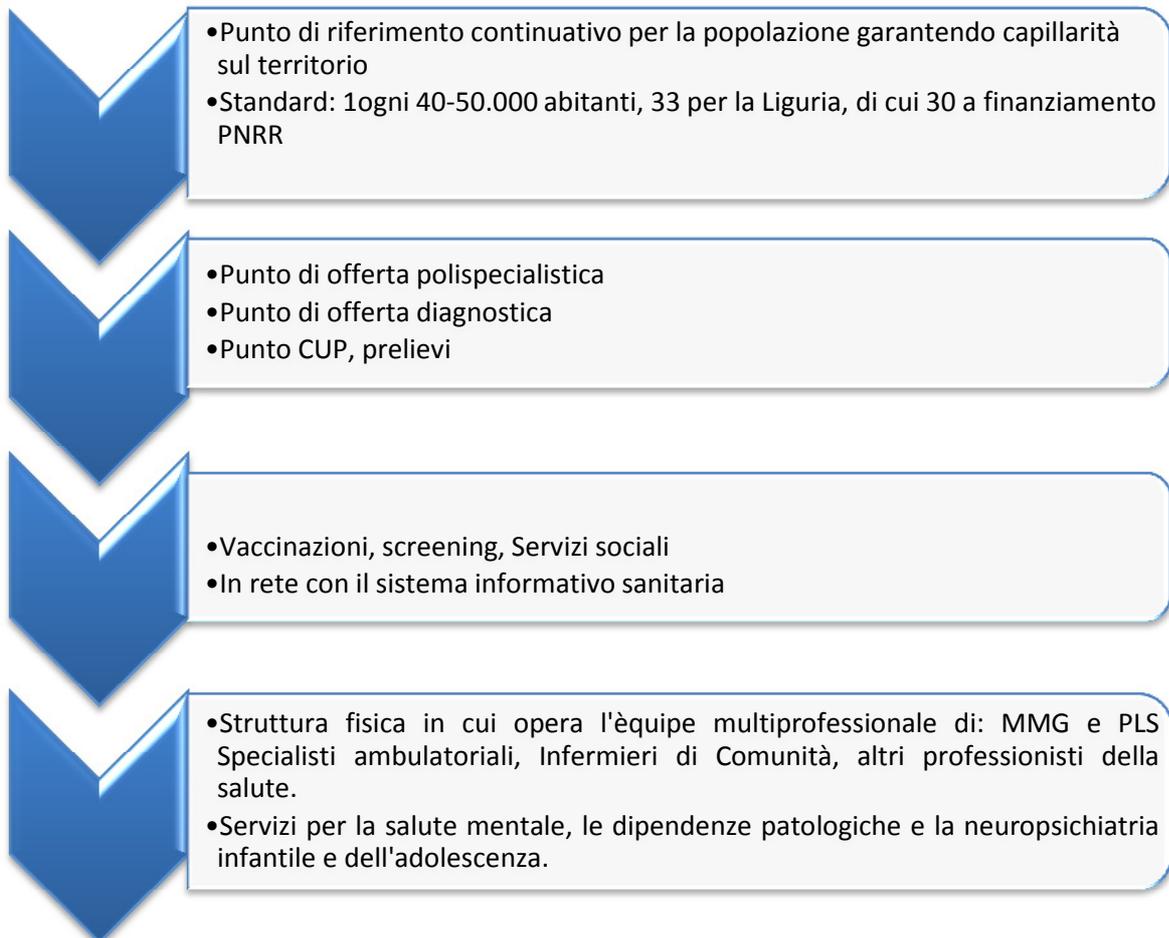
Investimenti

- Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

CASE DI COMUNITA'

Le Case di Comunità sono le nuove strutture socio-sanitarie che entreranno a far parte del Servizio Sanitario Regionale. Sono Strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili, introducono un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso le modalità operative dell'equipe multiprofessionale territoriale.

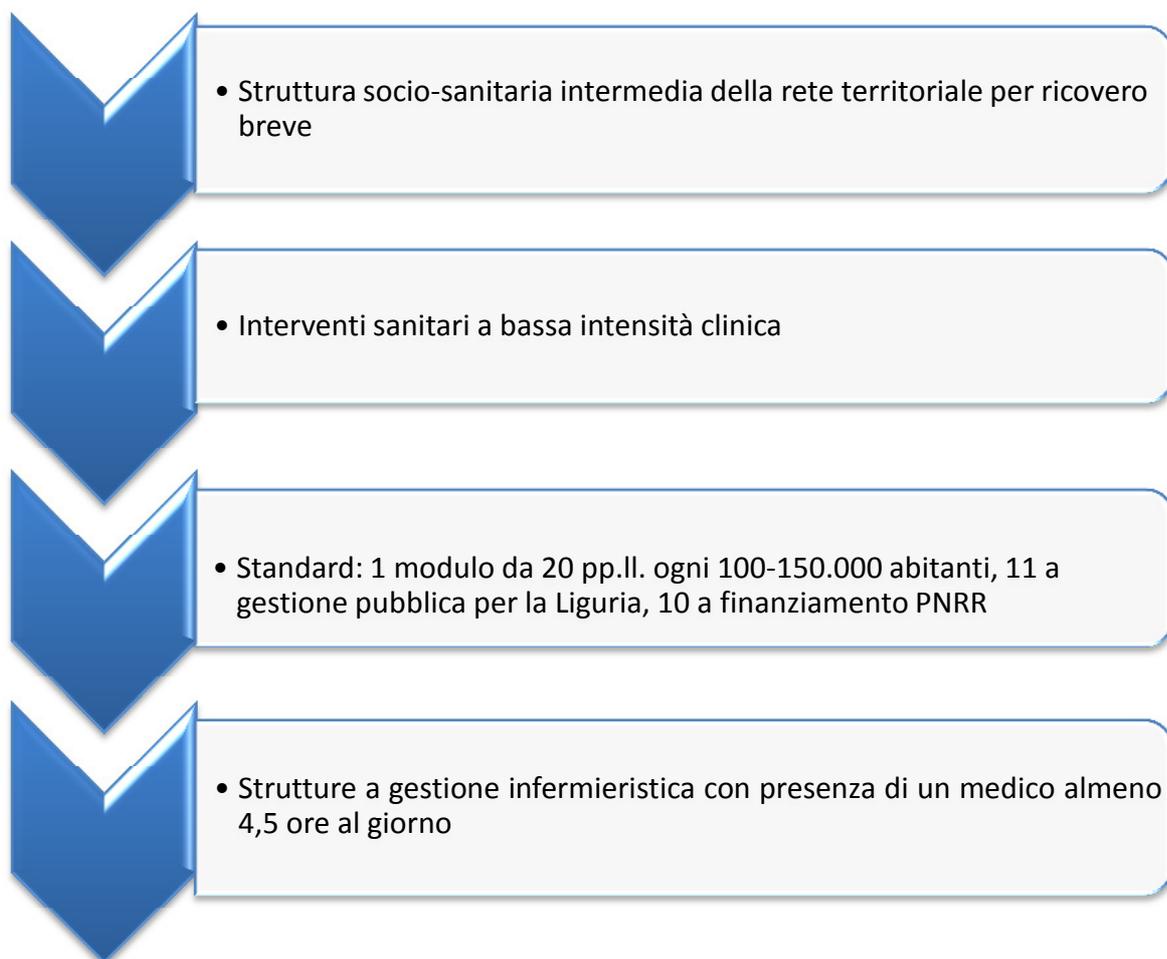
Il quadro demografico ligure determina la necessità di percorsi di presa in carico complessi e, quindi di un'offerta che garantisca, ad integrazione del disegno Ministero/ Agenas un potenziamento dell'offerta territoriale in primis con CdC in grado di offrire Servizi diagnostici e ambulatoriali potenziati.



OSPEDALI DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità è una Struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Il quadro demografico ed epidemiologico che caratterizza la Liguria determina la necessità di percorsi di presa in carico più complessi e, quindi di un'offerta che garantisca, ad integrazione del disegno Ministero/ Agenas Strutture per l'assistenza riabilitativa multidimensionali post-acuti in grado di accompagnare la domiciliarizzazione del paziente in continuità funzionale con gli OdC.



CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Le Centrali operative territoriali (COT) svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza – urgenza. E' una Struttura fisica in cui operano 5 – 6 infermieri e 1 – 2 unità.



ASL5 – CASE DI COMUNITA', OSPEDALI DI COMUNITA' e COT



INTERVENTI PER ANTISISMICA: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE

Interventi per antisismica

Risorse assegnate
alla Regione Liguria
50.167.663,02
euro

per
17
interventi
di adeguamento sismico
delle strutture
ospedaliere

Interventi ASL5

1 intervento



STRUTTURA

EX PRESIDIO
OSPEDALIERO S. NICOLÒ
Tutta la Struttura

LEVANTO (SP)



2.500.000,00
euro



Costo
intervento



2.468.693,36
euro



Quota
Pnc



31.306,64
euro



Quota
di cofinanziamento
aziendale

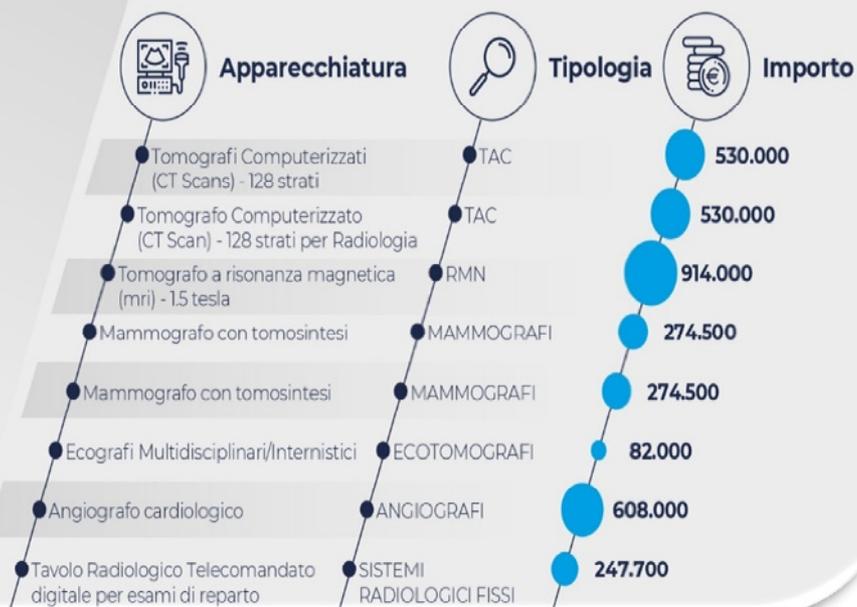
AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO OSPEDALIERO: RINNOVO APPARECCHIATURE

ASL 5 - Rinnovo apparecchiature



3.460.700
euro

Spesa totale per il rinnovo delle apparecchiature



INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA E NUOVE TECNOLOGIE

ASL 5



82.900.694,91

euro

Totale per nuovo Accordo di Programma art. 20

3.880.000,00 €

Totale programmazione 2020

79.020.694,91 €

Totale programmazione 2022

Programmazione risorse 2020 (DCR 746/2020)

- PO S. Andrea La Spezia - Adeguamento antincendio 3° step

1.630.000,00

- PO S. Andrea La Spezia - Rifacimento delle coperture dei Padiglioni

1.310.000,00

- PO S. Andrea La Spezia - Adeguamenti impiantistici

940.000,00

Programmazione risorse 2022

- Riqualificazione del complesso di Gaggiola a La Spezia destinato a centro residenziale e diurno per persone disabili o non autosufficienti

1.000.000,00

- Manutenzione straordinaria della struttura sede del SERT in Via Dalmazia a La Spezia

4.000.000,00

- Manutenzione straordinaria centro diurno per assistenza psichiatrica in Via Sarzana a La Spezia

350.000,00

- Acquisizione di nuovo immobile da Comune di La Spezia per sede del Dipartimento di Prevenzione e Centro di Formazione professionale a La

8.000.000,00

- Ammodernamento del parco apparecchiature elettromedicali aziendale (TAC, sistemi radiologici, SPECT-CT, ecc.)

5.944.380,00

- Integrazione finanziaria Nuovo Ospedale Felettino della Spezia

63.326.314,91

PROGETTO GASLINI: L'INNOVATIVA VISION DELL'OFFERTA PEDIATRICA IN LIGURIA

Regione Liguria sul suo territorio può vantare la presenza di un'eccellenza rappresentata dall'Istituto Giannina Gaslini, uno dei più grandi e importanti ospedali pediatrici in Italia e in Europa, con oltre 26.000 accessi e 550.000 visite ambulatoriali annuali. La sua eccellenza è riconosciuta a livello internazionale. In attuazione degli indirizzi di politica sanitaria definiti per il quinquennio 2020-2025 la STEM (Science, Technology, Engineering and Mathematics – disciplina scientifico / tecnologiche) ha proposto all'IRCCS Gaslini un progetto di sviluppo strategico innovativo che mira a cambiare profondamente la vision dell'offerta della pediatria e delle specialità pediatriche nella Regione Liguria. L'estensione degli standard qualitativi di assistenza garantita dall'Istituto Gaslini su tutto il territorio ligure è il core di questo progetto.

Obiettivi e finalità del progetto sono:

- Implementare uniformità erogativa e standard di elevata qualità;
- condividere e omogeneizzare qualità, percorsi diagnostico-terapeutici e modelli di centralizzazione delle cure;
- potenziare l'offerta per l'assistenza pediatrica in telemedicina e teleconsulto multidisciplinare con piattaforma dedicata;
- assicurare attenzione al paziente e al contesto familiare attraverso un modello in grado di fornire i più elevati standard su tutto il territorio;
- incrementare la capacità attrattiva delle politiche di reclutamento nei confronti dei giovani professionisti.

Il progetto è stato predisposto e approvato in STEM entro il 30/11/2021; previsto in legge regionale 22/2022 entrata in vigore il 1/1/2022, e ai sensi della DGR 255/2022 "*Art.27 bis (Attribuzione all'IRCCS Istituto Giannina Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri) della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. Provvedimenti attuativi*", avrà avvio operativo a decorrere dal 1/7/2022.

Articolazione del progetto e vision

Il progetto si sviluppa su tutto il territorio ligure e coinvolge, in una prima fase, la presa in carico delle funzioni sanitarie pediatriche riconducibili ai presidi ospedalieri (degenza ordinaria, day hospital e day surgery, attività ambulatoriale, emergenza) e, successivamente, quelle territoriali con modalità da definirsi

Nella prima fase, il progetto riguarderà le strutture pediatriche di:

- **ASL 1 – Ospedale di Imperia**
(Degenza ordinaria, DH/DS, Ambulatori, Pronto Soccorso)
- **ASL 2 – Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure**
(Ambulatori, DEA II livello)
- **ASL 2 – Ospedale San Paolo di Savona**
(Degenza ordinaria, DH/DS, Ambulatori, DEA I livello)
- **ASL 4 – Ospedale di Lavagna**
(Degenza ordinaria, DH/DS, Ambulatori, DEA I livello)
- **ASL 5 – Ospedale della Spezia**
(Degenza ordinaria, DH/DS, Ambulatori, DEA I livello)

GESTIONE LISTE D'ATTESA: RECUPERO PRESTAZIONI

ASL5 per il recupero delle prestazioni ha attivato un numero verde aziendale per i cittadini che non hanno la data dell'appuntamento che soddisfa la priorità prescritta dal MMG o dallo specialista.

L'Ufficio recupero prestazioni si occupa di prenotare le prestazioni che da mesi sono rimaste in sospenso.

Prende in carico le ricette con priorità B, anche con una data recente.

Numero di telefono 800185466 dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00

Mail: recupero.prestazioni@asl5.liguria.it

ASL 5 e gestione delle liste d'attesa:
Servizio RECUPERO PRESTAZIONI

Numero verde 800185466 –
mail all'indirizzo: recupero.prestazioni@asl5.liguria.it.

RECUPERO PRESTAZIONI			
DATA	TELEFONATE RICEVUTE	MAIL RICEVUTE	CASI RISOLTI nel rispetto delle priorità
dal 15/12/2021 al 30/05/2022	5403	3642	5860 (65%)

HOME VISITING

HOME VISITING IL SERVIZIO GRATUITO DI ASL5 DEDICATO AI NEOGENITORI

- ASL5 ha ripreso a pieno ritmo nei suoi tre distretti il servizio di “Home Visiting” dedicato ai neogenitori per accompagnarli alla conoscenza dei bisogni primari del bambino, dai primi giorni di vita fino al dodicesimo mese. L’arrivo di un neonato in casa è un momento meraviglioso quanto impegnativo e avere un supporto specializzato può essere molto importante
- Il servizio svolto da un’equipe multidisciplinare composta da ostetrica, psicologo ed educatore perinatale è completamente gratuito, si svolge in ambito ambulatoriale o domiciliare e vuole offrire uno sguardo esterno al contesto familiare, che sia di dialogo e rassicurazione, senza sostituirsi ai genitori ma favorendo la naturale relazione con il bambino

PERCORSO FORMATIVO SU COMMUNITY BUILDING

Percorso Formativo su Community Building

- Il percorso formativo per gli stakeholder del Community Building vuole offrire una forma di accompagnamento per la ASL 5 sul tema dello sviluppo dei servizi territoriali alla luce del PNRR e del DM 71
- Il corso si rivolge agli stakeholder delle iniziative di Community Building: rappresentanti del terzo settore, membri di consulte, membri di enti locali, dirigenti dei servizi socio-sanitari
- Naturalmente i primi destinatari della formazione sono i rappresentanti che hanno firmato l'accordo
- Nelle giornate di mercoledì 15 e giovedì 16 giugno 2022 SDA Bocconi ha realizzato in collaborazione con ASL5 e comune della Spezia un primo evento formativo rivolto agli stakeholder

PROGETTO QUI INSIEME

Il Progetto di Rete di Comunità è stato finanziato con il bando “Intreccici – 2018” di Fondazione Compagnia di S.Paolo.

Con modalità multidisciplinari e multiprofessionali, il Progetto realizza la Rete di Comunità “Qui, insieme”, per rispondere ai bisogni di persone e nuclei familiari fragili di Val di Vara e Sarzana, attraverso interventi sociosanitari e di inclusione sociale. Enti Pubblici, Terzo Settore, MMG e Comunità realizzano un modello culturale-organizzativo multidimensionale, differenziato, integrato e innovativo, capace in tempo reale di prendersi cura dei beneficiari, supportato da una piattaforma ICT e da una centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) interistituzionale, che gestisce segnalazioni, accessi, programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi. La Rete aiuta i beneficiari a permanere nella situazione che più li aiuta a vivere.

Il Sistema «Qui, Insieme», Rete di Comunità



PRESA IN CARICO PERCORSO PROFUGHI

Percorso profughi:

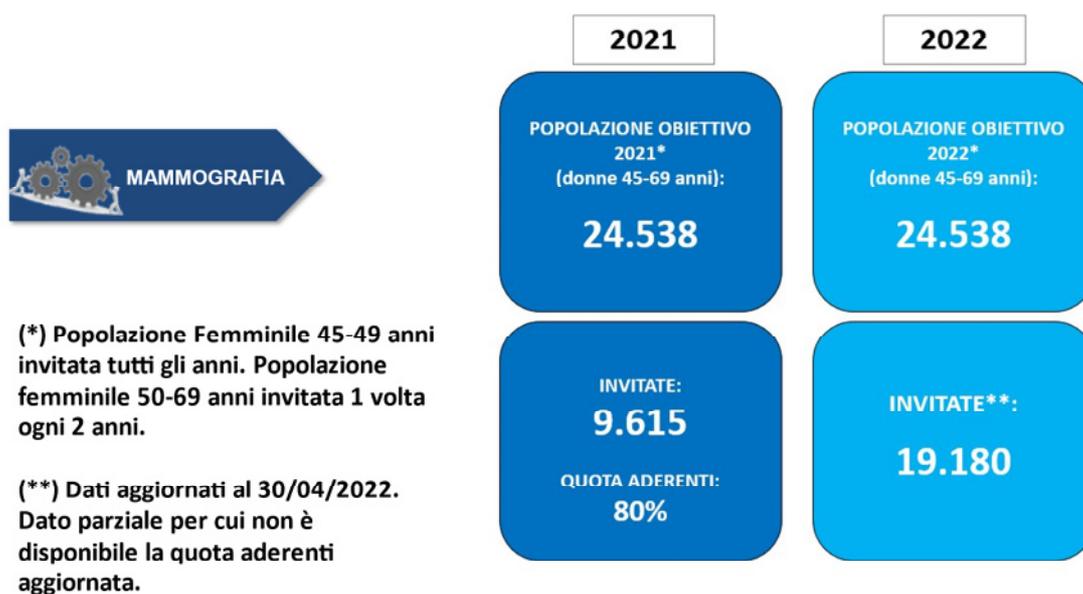
Le situazioni di fragilità sociosanitarie vengono segnalate al Servizio Sociale Professionale di ASL5 all'indirizzo mail serviziosocialeperprofessionale@asl5.liguria.it.

La responsabile del Servizio Sociale Aziendale prende atto di quanto segnalato, assegna il caso all'Assistente Sociale di riferimento in base al MMG/PLS della persona segnalata al fine di effettuare i necessari approfondimenti.

L'Assistente Sociale contatta MMG/PLS per valutare la necessità di una presa in carico della persona e la redazione di un Progetto Assistenziale Individualizzato, con eventuale invio ai Servizi Sociali del comune di domicilio coinvolgendo anche gli enti del Terzo Settore.



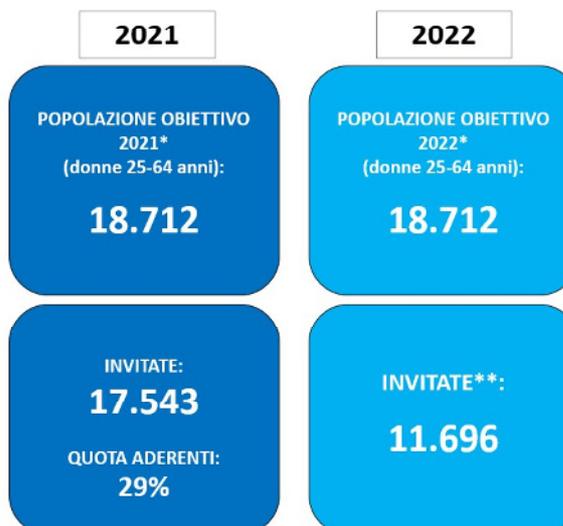
SCREENING MAMMOGRAFICO, CERVICE, COLON




CERVICE

(*) Popolazione femminile 25-64 anni invitata 1 volta ogni 3 anni.

(**) Dati aggiornati al 30/04/2022. Dato parziale per cui non è disponibile la quota aderenti aggiornata.



COLON

(*) Popolazione 50-69 anni invitata 1 volta ogni 2 anni.

(**) Dati aggiornati al 30/04/2022. Dato parziale per cui non è disponibile la quota aderenti aggiornata.



OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE E INFORMATIZZAZIONE TRIENNIO 2022 – 2024

In ottemperanza alla strategia digitale nazionale, regionale e aziendale sono stati individuati i seguenti obiettivi di digitalizzazione per il triennio 2022-2024.

Obiettivo n.1 - Digitalizzazione del processo deliberativo.

Risultato atteso: completa digitalizzazione del processo deliberativo. Riduzione consumo carta e possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.

Indicatore: Avvio e conclusione della procedura di gara per il tramite di Liguria Digitale e avviamento del processo digitalizzato entro il 2022.

Obiettivo n.2 - Adozione di nuovo sistema protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale.

Risultato atteso: rinnovo del sistema di protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale. Riduzione consumo carta e possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.

Indicatore: Avvio della procedura di gara per il tramite di Liguria Digitale e avviamento del processo digitalizzato entro il 2024.

Obiettivo n.3 - Adozione della firma digitale remota.

Risultato atteso: completa dematerializzazione con conseguente semplificazione del processo di firma digitale.

Indicatore: Acquisizione per il tramite di Liguria Digitale SPA di un sistema di firma digitale remota e avviamento in sperimentazione del processo di firma remota in almeno un contesto aziendale entro il 2022.

Obiettivo n.4 - Attivazione nuovo sistema regionale contabilità.

Risultato atteso: Adozione del sistema di contabilità regionale con unificazione dell'anagrafe dei

prodotti e possibilità di monitoraggio e comparazione degli aspetti contabili.

Indicatore: Attivazione del nuovo sistema entro il 2022.

Obiettivo n.5 - Attivazione nuovo sistema regionale LIS (Laboratory Information System).

Risultato atteso: Adozione del sistema di contabilità regionale con unificazione delle anagrafiche dei prodotti, dei dispositivi e dei servizi con possibilità di monitoraggio e comparazione diretta a livello regionale degli aspetti di gestione contabile.

Indicatore: Attivazione del nuovo sistema entro il 2023.

Obiettivo n.6 – Attivazione del nuovo outsourcing ICT.

Risultato atteso: Attivazione della fase di esecuzione successiva all'affidamento tramite gara europea tramite Liguria Digitale S.p.A. dei servizi outsourcing ICT. L'operazione consentirà di rinnovare le infrastrutture, adottare un sistema cloud, migliorare le prestazioni dei sistemi attualmente in sofferenza, aumentare la business continuity implementando opportune politiche di resilienza a disastri e catastrofi e rinnovare tutte le postazioni di lavoro.

Indicatore: Aggiudicazione gara europea tramite Liguria Digitale entro il 2022 e Attivazione del nuovo outsourcing ICT entro il 2023.

Obiettivo n.7 - Adozione di un sistema di cartella clinica e infermieristica.

Risultato atteso: Adozione di un sistema di cartella clinica e infermieristica in tutti i reparti del Presidio Ospedaliero, possibilmente trovando finanziamento nei fondi PNRR-

Indicatore: Attivazione del sistema entro il 2024.

Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e II LIVELLO)

Il progetto di digitalizzazione dei DEA è quota parte di un progetto complessivo regionale che prevede interventi coordinati e complementari di tutti i DEA della Regione Liguri. L'intervento include migliorie nell'ambito delle radiologie e dei Laboratori di Analisi.

PROGETTO AREAS : PASSAGGIO AL NUOVO SISTEMA DI CONTABILITA'

Uno dei principali fattori di successo dei progetti che comportano un cambiamento dei sistemi informativi aziendali è la progettazione della formazione intesa non solamente come un capillare trasferimento di competenze, ma anche come efficace supporto al change management.

Con riferimento a tale obiettivo, ASL5 ha costruito un impianto metodologico su misura di tipo **blended learning**, prevedendo l'impiego integrato di differenti forme didattiche e di apprendimento: dalla **formazione d'aula / virtual classroom**, all'**autoformazione** erogata e gestita tramite **una piattaforma di e-learning**, passando all'**assistenza all'avviamento** in modalità **training on the job**

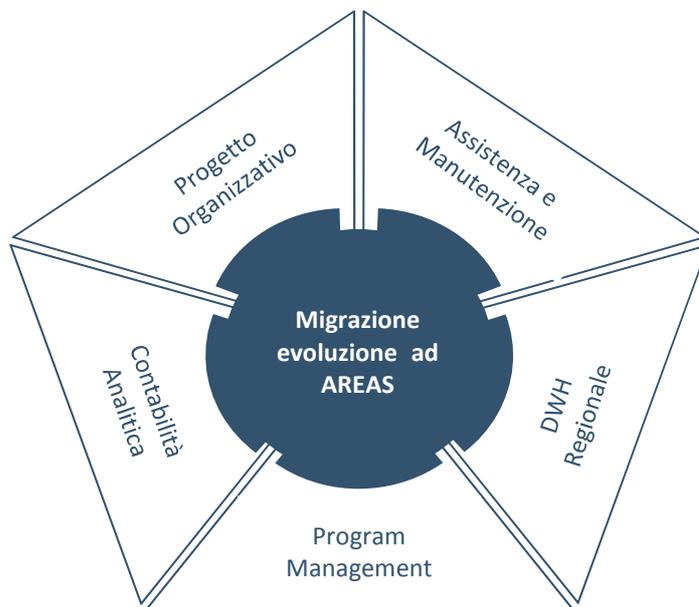
L'attenzione alla formazione pervade l'intero arco progettuale ed è introdotta fin dall'inizio della Fase di Verticalizzazione con l'attivazione dell'ambiente di formazione che, oltre a supportare le attività di analisi preliminari, consente l'organizzazione di workshop di presentazione del sistema, cosiddetti **Training**, che introducono ed iniziano a formare i referenti aziendali al nuovo strumento applicativo.



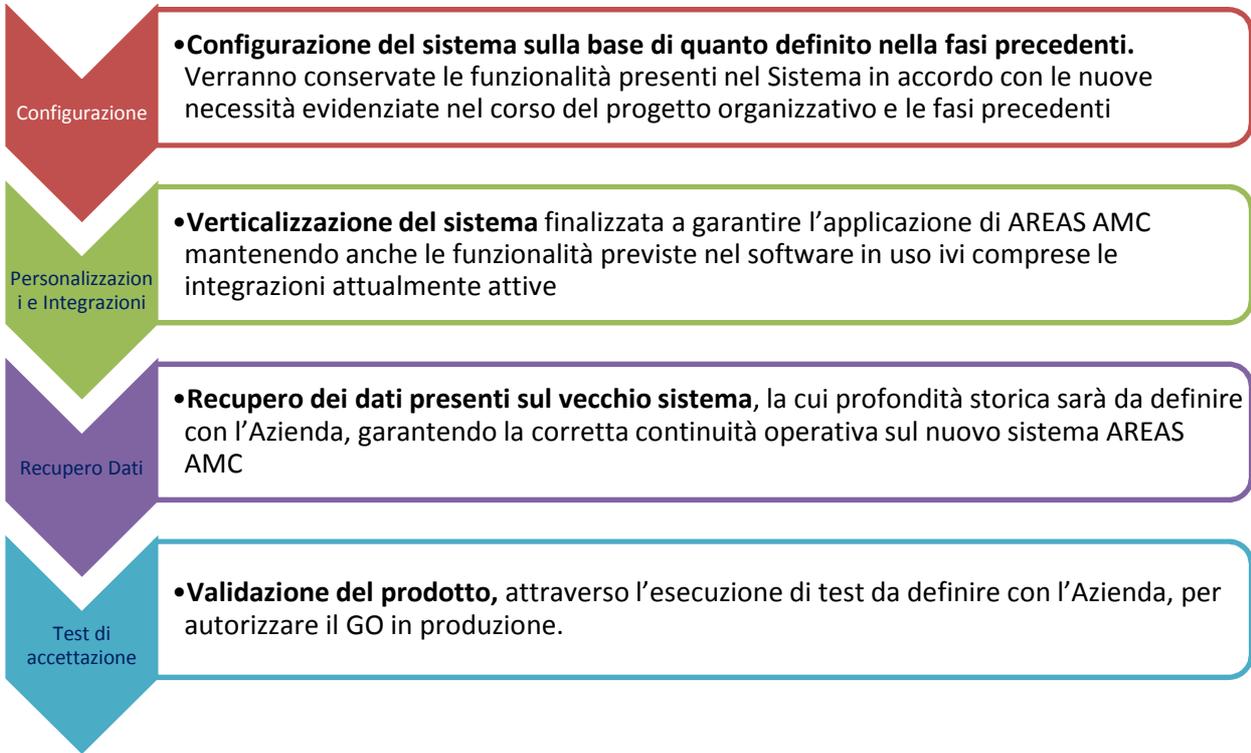
MIGRAZIONE ED EVOLUZIONE AD AREAS

- **Progetto Organizzativo**: omogeneizzazione e armonizzazione di sistemi, processi e procedure per il consolidamento a livello regionale del sistema amministrativo contabile;
- **Sviluppo Contabilità Integrata**: migrazione e evoluzione ad AREAS di tutti i moduli OLIAMM e l'implementazione dei moduli disponibili di AREAS

- **Assistenza e Manutenzione:** l'assistenza e la manutenzione di tutti i nuovi moduli installati per tutto l'orizzonte progettuale;
- **DWH Regionale:** definizione e creazione e di un DWH regionale per migliorare i processi di governance gestendo informazioni sia contabili che gestionali;
- **Contabilità analitica:** creazione di un sistema unico per l'acquisizione, aggregazione, elaborazione e esposizione dei dati elementari contabili per fattore produttivo e centro di costo;
- **Program Management:** gestione complessiva dell'intervento (Program Management).



REALIZZAZIONE



COINVOLGIMENTO ASL5



Principali momenti di confronto e coinvolgimento dei referenti aziendali

SOTTOSEZIONE 2) PERFORMANCE

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività. La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative dell'Azienda.

La misurazione della **performance organizzativa** è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e, cioè, a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione. Nell'azienda sanitaria tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali. La **performance individuale** è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda. Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda.

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono i:

- **Risultati:** riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Programma Sanitario Triennale e nel Piano delle Performance;
- **Comportamenti:** sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Per i dirigenti e responsabili di struttura la valutazione è legata:

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle

competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;

- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della Performance

Per il restante personale la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

IL PIANO DELLA PERFORMANCE DI ASL 5 (ALLEGATO n. 1)

Il Piano della Performance (ALLEGATO n. 1), a norma dell'art. 10, comma 1 lettera a) del D. Lgs 150/2009 è un Documento Programmatico Triennale, che in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economica, Finanziaria e di Bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance Organizzativa e Individuale.

L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione sanitaria, rappresenta inoltre lo strumento che dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance, e le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili, da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici.

Il Piano delle Performance verrà sistematicamente aggiornato degli obiettivi regionali e aziendali, e le aree strategiche verranno sviluppate considerando la diversa tipologia di obiettivi, di pazienti e dei diversi regimi di attività.

In particolare l'azienda ritiene efficace consolidare tutte le azioni finalizzate alla:

- responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;
- garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;

- definizione di un adeguato Sistema di Reporting che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente;
- perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica al fine di assicurare l'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi;
- consolidare l'utilizzo della piattaforma software che consenta la rilevazione del gradimento degli utenti esterni che usufruiscono dei servizi delle strutture della ASL 5 e degli utenti interni in relazione ai servizi strumentali e di supporto erogati.

Gli obiettivi strategici che l'Azienda ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali nonché alle scelte strategiche aziendali derivanti dall'attuale contesto sono i seguenti:

- Sviluppo e implementazione di iniziative volte a potenziare l'integrazione ospedale e territorio;
- Implementazione del nuovo modello di presa in carico del paziente cronico;
- Sviluppo e implementazione del nuovo modello organizzativo come previsto negli obiettivi operativi dei Dipartimenti interaziendali regionali;
- Controllo della spesa farmaceutica con valutazione preliminare per l'adozione aziendale all'uso di farmaci ad alto costo e contenimento d'suo di quelli con scarsa evidenza di efficacia clinica;
- Rimodulazione dell'offerta formativa attraverso la sperimentazione di metodologie didattiche innovative;
- Continuo monitoraggio e governo dei tempi d'attesa

Con riferimento al governo delle liste d'attesa la strategia di contenimento tiene conto del fatto che è ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta. Appare doveroso consolidare la strategia regionale la quale ritiene opportuno sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità. La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Il piano della Performance, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente e dalle disposizioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla mission aziendale. Pertanto, la **missione** dell’Azienda ASL 5 è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione nazionale, regionale e locale.

Per un maggior approfondimento si fa rinvio al [PIANO DELLA PERFORMANCE di ASL 5 \(ALLEGATO n. 1\)](#) di cui si indicano i contenuti:

1. Introduzione: il Piano della Performance.....
2. La presentazione dell’Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5.....
 - 2.1 L’Azienda Sociosanitaria ASL5: contesto interno e esterno.....
 - 2.2 Principali attività: servizi diretti e convenzionati.....
 - 2.3 L’organizzazione.....
3. La pianificazione triennale
 - 3.1 La programmazione regionale anno 2020.....
 - 3.2 Gli obiettivi strategici aziendali.....
 - 3.3 Il Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d’Attesa.....
 - 3.4 Gli obiettivi delle Aziende Sanitarie liguri per l’anno 2022.....
4. La programmazione annuale.....
 - 4.1 Il processo di budget: la performance organizzativa.....
 - 4.2 Il processo di budget 2022 e i relativi obiettivi.....
 - 4.3 Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....

SOTTOSEZIONE 3) RISCHI CORRUTTIVI

Nel **PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA (TRIENNIO 2022-2024)** sono individuate le strategie principali per prevenire e contrastare la corruzione. Esso è inteso come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione e man mano modificati o sostituiti in relazione al rischio e alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell’ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o atti di indirizzo di programmazione sanitaria regionale.

Si fa rinvio al **PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE CORRUZIONE e TRASPARENZA TRIENNIO 2022-2024 (ALLEGATO n. 2)** che diventa **SEZIONE** del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali elementi:

ART.1	PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE:PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO	Pag. 4/7
ART.2	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E AZIENDALE	Pag. 7/26
ART.3	OGGETTO/FINALITA' DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE:OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	Pag.26/28
ART.4	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALE E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE	Pag.29/47
ART.5	COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE.	Pag.48/55
ART.6	SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE 6.1)Autorità di Indirizzo Politico 6.2)Responsabile della Prevenzione Corruzione 6.3)Referenti per la Prevenzione 6.4)Dipendenti/Posiz.Organiz./Dirigenti 6.5)Organismo Indipendente di Valutazione(OIV) 6.6)ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) 6.7)Collaboratori a qualsiasi titolo 6.8)Rasa e Gestore Antiriciclaggio	Pag.55/74
ART.7	OBBLIGHI DI CONOSCENZA	Pag.74
ART.8	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	Pag.75/78
ART.9	MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE	Pag.78/79
ART.10	METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALL.5 PNA)	Pag.79/83
ART.11	AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE (INDIVIDUATE NEL PNA)	Pag.83/85
ART.12	AREE DI RISCHIO GENERALI PER LA SANITA' (DETERMINA ANAC N. 12/2015)	Pag.85
ART.13	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE/ULTERIORI	Pag.85/87
ART.14	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	Pag.87/88
ART.15	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: ROTAZIONE	Pag.88/95
ART.16	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:	Pag.95/97

	OBBLIGO DI ASTESIONE IN CASO CONFLITTO DI INTERESSI	
ART.17	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: CONFERIMENTO/AUTORIZ.INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI	Pag.98
ART.18	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag.99/100
ART.19	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI	Pag.100/102
ART.20	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO PANTOUFLAGE	Pag.102/105
ART.21	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: DIVIETO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA	Pag.105/107
ART.22	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: FORMAZIONE DI COMMISSIONI,ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DILITTI CONTRO LA P.A.	Pag.107/110
ART.23	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA UN ILLECITO	Pag.110/116
ART.24	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: FORMAZIONE DEL PERSONALE	Pag.116/121
ART.25	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI	Pag.121/122
ART.26	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE	Pag.122
ART.27	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI	Pag.122//123
ART.28	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI	Pag.123/124
ART.29	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: CODICE DI COMPORTAMENTO	Pag.124/127
ART.30	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: TRASPARENZA	Pag.127/129
ART.31	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO ULTERIORI (SPECIFICHE E GENERALI)	Pag.129/130
ART.32	RESPONSABILITA' E SANZIONI	Pag.131/132
ART.33	NORME FINALI/ALLEGATI	Pag 133

ALLEGATI al PTPCT 2022-2024

ALLEGATO n. 1): “REGISTRO RISCHI” con mappatura rischi e misure al 31.12.2021

ALLEGATO n 2): **SCADENZIARIO OBBLIGHI** per applicazione misure di prevenzione e specifiche) anno 2022

ALLEGATO n. 3): **RELAZIONE ANNUALE 2021 RPCT** su prevenzione corruzione_

ALLEGATO n.4):PIANO TRIENNALE TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) 2022-2023-2024

Allegato n.4a) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Allegato n.4b) TABELLA SPECIFICA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DATI REDDITO/PATRIMONIO

Allegato n.4c) N. 2 MONITORAGGI SEMESTRALI ATTUAZIONE OBBLIGHI TRASPARENZA (A 30 GIUGNO E 31 DICEMBRE 2021) _____

RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Delibera del Direttore Generale n. 689 del 4.9.2014 , la dott.ssa Barbara GRAVERINI ,Dirigente amministrativo di Struttura Complessa è stata nominata responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, unificando nello stesso soggetto ,come previsto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, le funzioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, a differenza della prima fase organizzativa nella quale le funzioni facevano capo a due diversi dirigenti afferenti a due diverse strutture. L'incarico di RPCT alla dott.ssa Graverini Barbara è stato prorogato temporaneamente con delibera n. 71 del 21.01.2021 e del. n. 511 del 30.06.2021

OBIETTIVI STRATEGICI DEL PTPCT 2022-2024

Gli obiettivi strategici dell'Azienda Socio sanitaria Ligure 5 sono fissati nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla predisposizione del sistema di prevenzione, costituiscono contenuto necessario ed essenziale del PPCT 2022-2024 e sono finalizzati a:

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

Il Piano persegue inoltre **le seguenti finalità:**

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;

- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;
- monitorare il rispetto dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano;
- monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.
- adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di comportamento e l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri comportamentali
- adottare misure che garantiscano la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconvertibilità e incompatibilità;
- adottare misure e procedure per la rilevazione e gestione dei conflitti, di interesse, dei casi di incompatibilità e svolgimento di incarichi esterni
- attuare la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione(individuati nell'art.6)

Con l'adozione del Piano l'Azienda intende:

- acquisire maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Azienda è esposta ,responsabilizzando tutto il personale su tali rischi e in generale sui temi della legalità
- creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica attraverso un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale
- fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.
- assicurare piena accessibilità e trasparenza delle procedure consentendo forme diffuse di controllo sociale a tutela della legalità, della cultura dell'integrità e dell'etica pubblica;
- garantire una buona gestione delle risorse pubbliche attraverso il miglioramento continuo nell'uso delle stesse e nell'erogazione dei servizi.
- Sensibilizzare i cittadini e gli stakeholders esterni alla politica anticorruzione dell'ASL , acquisendo le loro valutazioni, proposte e suggerimenti per l'elaborazione del piano e dei suoi aggiornamenti e rafforzando il rapporto fiduciario

- Promuovere maggiore condivisione con gli stakeholders
- Rendere conto della correttezza ed efficacia dell'azione amministrativa di ASL 5 garantendo la massima trasparenza sull'andamento dell'azienda
- Sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione dei temi della prevenzione corruzione e trasparenza
- Promuovere sempre maggiori livelli di trasparenza
- Rafforzare e informatizzare i flussi informativi tra strutture e RPCT e individuare con chiarezza compiti, ruoli e responsabilità di ciascuno

Attraverso la predisposizione del Piano, l'Amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro, capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti.

Ulteriore scopo del Piano è quello di garantire il suo raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale e, in particolare, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) che diventa sezione integrante del Piano prevenzione corruzione, con il Piano della Performance (PP) e col Piano della Formazione (PF), in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

L'implementazione annuale del Piano Triennale si presenta non come un atto compiuto, ma come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione della corruzione, che vengono "via via affinati, modificati o sostituiti riguardo al feedback ottenuto dalla loro applicazione", come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013 e dal P.N.A.

Dall'analisi complessiva del CONTESTO ESTERNO ED INTERNO relativo all'anno 2021 emerge:

- La diminuzione delle violazioni disciplinari e dei procedimenti attivati all'interno di ASL 5; I procedimenti disciplinari scendono da 31 del 2018 agli attuali 9 del 2021
- L'indice di criminalità della provincia di La Spezia è per quasi tutti i tipi di reati monitorati il migliore delle 4 province della Regione Liguria tranne che per i reati di riciclaggio (è al 3° posto) , stupefacenti (2° posto), omicidi colposi (4°posto) rapine (2 posto);Nella classifica generale delle 4 province si colloca quindi al primo posto ;
- Per qualità di vita, (ricchezza, consumi, ambiente, giustizia, cultura e imprese) la provincia di La Spezia si colloca al 3° posto dopo Imperia e Savona;
- La necessità di monitorare con grande attenzione la realtà economico- sociale della provincia della Spezia che a causa della ricchezza di attività turistico- commerciali sulla costa e della presenza di un

porto mercantile in continua crescita rappresenta terreno fertile per l'insorgenza di fenomeni di corruzione e di traffici illeciti (sostanze stupefacenti etc..);

- La necessità di seguire sempre con maggiore attenzione la costruzione del nuovo Ospedale del Felettino, (attualmente in fase critica per la rescissione del contratto di appalto con la ditta aggiudicataria e con una nuova gara bandita), le altre procedure di appalti e acquisti, mettendo in atto e verificando costantemente l'attuazione di tutte le misure di prevenzione previste nell'allegato "Registro dei Rischi" proprio in queste aree maggiormente esposte e che sono state oggetto di un grave caso di corruzione nel corso dell'anno 2017.
- Il bisogno di una nuova programmazione a tutti i livelli per gestire e contenere, tramite accordi con la regione Toscana il fenomeno della mobilità passiva oltre ad aumentare i servizi sul territorio e le capacità degli ospedali .
- Dall'esame dei reati contestati negli ultimi anni a dipendenti dell'Azienda sopra elencati, risulta necessario monitorare con particolare attenzione i seguenti procedimenti a rischio: Appalti, sponsorizzazioni, rapporti con case farmaceutiche, libera professione, rapporti con strutture accreditate e favoreggiamenti verso le stesse anche fuori regione, induzione alla mobilità fuori regione, gare e contratti, rimborsi, attività conseguente ai decessi .

COORDINAMENTO e INTEGRAZIONE tra PTPC CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

L'analisi delle fasi del ciclo delle performance, così come definite dal Decreto legislativo 150/2009, evidenziano che si tratta di un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano della performance, una seconda fase che è quella della misurazione attraverso lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la relazione della performance.

In ogni fase del ciclo di gestione della performance, ai sensi di quanto disposto dall'art.10 del Decreto legislativo 33/2013 e del Decreto 97/2016, le pubbliche amministrazioni devono garantire la massima trasparenza mediante la pubblicazione del Piano delle Performance, del Sistema di Misurazione e Valutazione, della Relazione sulla Performance e del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; in particolare il comma 3 dell'art.10 del citato decreto così come novellato dal decreto 97/2016 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Fra tutti questi documenti inoltre è opportuno comunque garantire un'adeguata integrazione.

- L'Azienda garantisce la coerenza tra il Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e il Piano della Performance sotto due profili:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione sono tradotte in obiettivi organizzativi assegnati alle strutture e ai loro Direttori. Poiché la Trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del Ciclo di Gestione della Performance, in quanto garantisce l'effettiva responsabilità delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione dell'azienda sanitaria, l'integrazione si è realizzata facendo in modo che le misure contenute nel Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza siano diventati veri e propri obiettivi strategici.
- Nello specifico l'integrazione e il collegamento logico è garantita con i seguenti obiettivi:
 - Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza e della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta;
 - Mappatura (conferma /aggiornamento) processi e valutazione/misurazione dei rischi:
 - con riferimento alla prevenzione della corruzione b) con riferimento alla protezione dei dati;
 - Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
 - Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell'etica e della legalità e di un programma specifico rivolto ai dirigenti e ai dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPCT;
 - Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali;
 - Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico;
 - Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione Trasparenza.

Il Piano Nazionale Anticorruzione, al par. B 1.1.4,(aggiornamento 2015) stabilisce che *“L’efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione”*. In particolare, *“Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n. 6 del 2013 della*

C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- alla performance,
- agli standard di qualità dei servizi,
- alla trasparenza e alla integrità,
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Nell'aggiornamento PNA 2017 (delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017) al paragrafo 4.2 , viene ribadita (come già art. 44 D.Lgs.33/2013, art.1,comma 8 bis Legge 190/2012 introdotto da D.Lgs. 97/2016) "la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza e anticorruzione" e " che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza" .

E' dunque necessario un coordinamento tra il PTPC e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal D.lgs. n. 150 del 2009, ribadito anche dalla determina ANAC n. 12/2015,ossia:

- il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del D.lgs. 150 del 2009)
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del D.lgs. 150 del 2009);
- il Piano aziendale della Formazione

Le politiche sulla *performance* contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

Le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nel Piano della Performance. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti *in essere per l'attuazione del PTPC.*"

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi

strategici dell'ASL 5 e che, conseguentemente e coerentemente, le attività per la predisposizione, implementazione e attuazione dei relativi Piani e delle misure ivi previste devono essere inseriti sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nel duplice versante della:

- **performance organizzativa** (ex art. 8 del D.lgs. 150/2009), con particolare riferimento:
 - all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione, inclusa quella della trasparenza, nonché alla misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del D.lgs. 150/2009;
 - allo sviluppo quantitativo e qualitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione, al fine di stabilire quale miglioramento in termini di *accountability* riceve il rapporto coi cittadini dall'attuazione delle misure di prevenzione;
- **performance individuale** (ex art. 9, D.lgs. n. 150 del 2009) dove andranno inseriti:
 - nel Piano della Performance, ex art 10 del d.lgs. 150/2009, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori; nel sistema di misurazione e valutazione della performance ex art. 7 del d.lgs. 150/2009 degli obiettivi individuali e/o di gruppo, assegnati al personale del comparto e ai Referenti per la prevenzione della corruzione individuati tra il personale non dirigenziale.

L'integrazione con il ciclo di gestione della *performance* è finalizzata a porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle *performance* o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;

Annualmente dovranno essere assegnati, in sede di budget, entro il termine previsto per l'assegnazione degli obiettivi annuali, a ciascuna struttura Aziendale coinvolta nel processo di gestione del rischio, uno o più obiettivi riferiti all'individuazione, attuazione monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della *performance* che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Tale Relazione deve essere trasmessa al Responsabile della Prevenzione corruzione. Annualmente l'Azienda ASL 5 assegna, in sede di budget a ciascuna struttura Aziendale coinvolta nei processi di trasparenza e gestione del rischio di corruzione, alcuni obiettivi riferiti all'attuazione, monitoraggio (semestrale) delle misure di prevenzione della corruzione (sia obbligatorie che ulteriori) e degli obblighi di pubblicazione e trasparenza ciascuno per propria competenza, meglio illustrati nel PTPC al quale si fa rinvio.

OBIETTIVI PREVENZIONE CORRUZIONE ANNO 2022

Per quanto riguarda gli obiettivi per l'anno 2022 in materia di trasparenza e anticorruzione ci si propone di :

- Completare le procedure necessarie per rendere informatizzato il Registro degli accessi;
- Migliorare i collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;
- definizione delle procedure operative per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing;
- linee guida e istruzioni operative su incompatibilità e inconfiribilità;
- Approfondimenti su inconfiribilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;
- aggiornamento Codice di Comportamento;
- adozione Linee Guida Patto di Integrità in materia di contratti Pubblici degli Enti del SSR della Regione Liguria;
- Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;

- Approfondimenti sull'articolazione e sviluppo del Piano Integrato Attività e Organizzazione alla luce dei provvedimenti attuativi.

SCADENZIARIO OBBLIGHI 2022



SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - REGIONE LIGURIA
Azienda Socio-Sanitaria Ligure 5
Ufficio Prevenzione corruzione e Trasparenza

MISURA DI PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (art. 1 c.5 e 8 L.190/2012) Art. 1,5,8 e seguenti del Piano Aziendale	<u>Aggiornamento annuale del PTPC e Trasparenza</u> e pubblicazione sul sito web aziendale <u>Divulgazione</u> dei suoi contenuti presso tutte le strutture aziendali <u>Comunicazione a OIV</u>	Per l'anno 2022 la scadenza per approvazione e pubblicazione del PTPCT del 31 gennaio è stata prorogata al 30 giugno 2022 in applicazione della nuova normativa sul PIAO	RPCT
	<u>Assegnazione obiettivi performance anno 2022</u> legati ad applicazione PTPCT e attuazione misure prevenzione. Recepimento delle azioni di mitigazione del rischio nell'ambito del sistema di gestione della performance	entro il termine previsto per l'assegnazione degli obiettivi	Direzione Generale R e sp . SC Governo clinico e controllo gestione RPCT
	<u>Relazione annuale</u> su griglia ANAC sui risultati dell'attività anticorruzione	Entro il termine stabilito da ANAC per il 2022 31.05.2022 (relazione) 30.06.2022 (pubblicazione) vedi Del. ANAC n..201 del 13.04.2022	RPCT
	<u>Relazione annuale a RPCT</u> da parte di tutti i Responsabili delle strutture inserite nel Registro rischi sull'attuazione delle <u>misure di prevenzione della corruzione</u> (sia obbligatorie che ulteriori).L'RPCT riporta gli esiti di tali relazioni su apposito prospetto annuale	31.12.2022	Direttori/Responsabili delle strutture interessate RPCT

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA <u>ANNO 2022</u>	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
TRASPARENZA D.Lgs. 33/2013 Legge 190/2012 Capo V della Legge 241/1990 (Art. 30 Piano aziendale)	<u>Pubblicazione e aggiornamento</u> (alle scadenze temporali previste) sul sito istituzionale dei <u>dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione</u> secondo le disposizioni e responsabilità di cui al Piano Trasparenza 2022-2024 e tabella degli obblighi allegata	I tempi di attuazione sono definiti dal PTTI	Direttori e Responsabili delle strutture titolari dei dati oggetto dell'obbligo di pubblicazione come individuati nel PTTI
	<u>Relazione semestrale a RPCT</u> da parte di tutti i Responsabili delle strutture tenute agli adempimenti di trasparenza, sullo stato di attuazione di tali obblighi. L'RPCT riporta gli esiti di tali relazioni su apposito prospetto semestrale	Al 30.06.2022 Al 31.12.2022	Direttori/Responsabili delle strutture interessate RPCT
	<u>Applicazione Regolamento unico su diritto di accesso semplice e generalizzato, gestione richieste accesso e COMPLETAMENTO PROCEDURE PER GESTIONE INFORMATIZZATA REGISTRO DEGLI ACCESSI</u>	Entro 31.12.2022	S.C. Affari generali
	<u>Verifica e Attestazione OIV</u> sugli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione di cui alla griglia ANAC annuale entro la data stabilita da ANAC	Verifica entro Data che verrà stabilita da ANAC Del. ANAC n. 201 del 13.04.2022 Relazione al 31.05.2022 e pubblicazione al 30.06.2022	OIV e RPCT

2

MISURA DI PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA <u>ANNO 2022</u>	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
CODICE DI COMPORTAMENTO (art. 54 D.Lgs. 165/2001, Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 Linee guida in materia di codici di comportamento delle PPAA Dpr. N. 62/2013 Art.29 del Piano Aziendale	<u>Inserimento clausola</u> , negli atti di assunzione dei dipendenti e conferimento degli incarichi, (anche collaboratori esterni a qualsiasi titolo) che preveda l'impegno dell'interessato di <u>prendere visione</u> (estrapolando copia dal sito internet) e di <u>rispettare</u> le norme del codice di comportamento aziendale e la risoluzione o decadenza del rapporto di lavoro in caso di violazione degli obblighi ivi previsti..	per i nuovi conferimenti e atti di assunzione	Direttore SC Gestione Risorse umane e direttori strutture che conferiscono incarichi
	<u>Inserimento clausola</u> nei contratti di affidamento di appalti, di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture private convenzionate, in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.	per i nuovi affidamenti e rapporti convenzionali	Responsabili di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali (S.C. Approv. e contratti, SIA, Ingeg.clinica, Gestione Tecnica, Att.amm.osped.territorio)
	<u>Relazione annuale</u> su procedimenti disciplinari da parte UPD secondo le modalità indicate nell'art. 29 del piano anticorruzione aziendale vigente	Entro 30 novembre 2022	Responsabile UPD Responsabile Affari generali
	<u>Monitoraggio annuale</u> sull'attuazione del codice di comportamento all'interno delle singole strutture Divulgazione dei contenuti del codice tra i dipendenti	Al 30.06 e al 31.12	Responsabili di tutte le strutture
	Comunicazione a RPCT delle violazioni alle norme dei codici di comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva	Tempestiva	Responsabile UPD Responsabili di tutte le strutture

3

	Aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale anche in relazione alle novità introdotte da D.L. per applicazione PNRR di aprile 2022, art.4 " corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei social da parte dei dipendenti pubblici", in collaborazione con il Gruppo regionale RPCT	31.12.2022	Responsabile UPD Responsabile risorse umane RPCT e Gruppo regionale
--	--	------------	---

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
ROTAZIONE DEL PERSONALE (Art. 1 comma 4 lett. e, comma 5, let. b, comma 10 let. b, legge 190/2012 Allegato n. 2 DEL. ANAC 1064 del 13.11.2019 (Art.15 del Piano Aziendale)	Con riferimento alle attività classificate ad ALTO RISCHIO nel presente Piano, i responsabili delle strutture interessate devono individuare e implementare le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e quindi la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti e adottare misure di controllo atte a prevenire il rischio di condotte corruttive. A tal fine i responsabili delle strutture interessate trasmettono al Responsabile della Prevenzione, apposita relazione nell'ambito della rendicontazione annuale in merito all'attuazione della presente misura specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione.	Annuale entro 31.12.2022	Tutti i responsabili di strutture
	In caso di impossibilità motivata di adottare rotazione applicare misure alternative (es. rotazione delle attività tra il personale dell'ufficio , distinzione tra chi ha la responsabilità del procedimento e chi adotta l'atto finale, evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi ,incrementare il livello di partecipazione, trasparenza e condivisione, far sì che le fasi del procedimento siano affidate a più persone evitando che le pratiche maggiormente a rischio rientrino nel potere decisionale di un solo soggetto)	Entro 31.12 .2022	Tutti i responsabili di strutture

4

	Comunicazione a RPCT dei provvedimenti di assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva o eventi sintomatici di una significativa criticità (rotazione straordinaria)	Tempestiva	I responsabili delle strutture interessate
--	--	------------	--

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI , INCOMPATIBILITA' INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI (d.Lgs.l. 39/2013 art. 3,5,8 e 20) Art.16,17,18 e 19 del Piano Aziendale	<u>Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi</u> in tutti i procedimenti a rischio (gare, contratti, ispezioni e vigilanza, concessione contributi , commissioni, etc.....) Sulla base del "Regolamento aziendale sulla Gestione conflitti interesse" con utilizzo della modulistica predisposta per ciascuna casistica <u>Acquisire le dichiarazioni di astensione</u> e trasmetterle al RPC unitamente ai conseguenti provvedimenti adottati Predisporre e inviare al RPCT nell'ambito della relazione annuale <u>relazione</u> sull'applicazione di tali obblighi e sulle verifiche effettuate sulle autocertificazioni <u>Monitoraggio</u> applicazione e rispetto Regolamento per conferimento a dipendenti di <u>incarichi extra istituzionali</u> Adozione linee guida e istruzioni operative su incompatibilità e inconferibilità	Tempestiva Tempestiva Nella relazione annuale All'atto dell'autorizz. Entro 31.12.2022	Tutti i responsabili di strutture a rischio in particolare quelli di strutture che sovrintendono procedimenti di autorizzazione, concessione, erogazione vantaggi economici ,commissioni di gara e concorsi, strutture che gestiscono risorse economiche etc... Gestione risorse umane RPCT e Gruppo Regionale

5

	Acquisizione dichiarazione di <u>assenza di situazioni di inconfirmità/ incompatibilità</u> da parte dei Direttori Aziendali e degli altri soggetti obbligati e pubblicazione sul sito della Trasparenza e verifica	Entro 31.3.2022	RPCT
--	---	-----------------	------

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA <u>ANNO 2022</u>	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (Art.5,c.6 D.L. 95/2012 come novellato dall'art.6 del D.L. 90/2014) (Art. 21 del Piano Aziendale)	<u>Verifica e attestazione</u> nei provvedimenti di affidamento dell'incarico dell'insussistenza della condizione ostativa di cui Art.5,c.6 D.L. 95/2012 come novellato dall'art.6 del D.L. 90/2014 e dell' Art. 21 del Piano Aziendale (incarichi a soggetti in quiescenza). Salvo modifiche/deroghe normative contenute all'interno del D.L. di applicazione del PNRR di aprile 2022	Tempestiva e contestuale ai nuovi conferimenti	Responsabile S.C. Gestione risorse Umane e responsabili di eventuali altre strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento
	<u>Applicazione regolamento aziendale sugli incarichi gratuiti</u> (del. N. 263 del 30 marzo 2018) Inserimento negli atti/provvedimenti di conferimento di <u>incarichi a titolo gratuito</u> rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, di espressa motivazione circa le ragioni di convenienza e la rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, dell'indicazione del termine annuale, non prorogabile né rinnovabile, della loro durata e della limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.	Tempestiva e contestuale ai nuovi conferimenti	Responsabile S.C. Gestione risorse Umane e responsabili di eventuali altre strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento

6

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA <u>ANNO 2022</u>	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO "PANTOUFLAGE" (ART.53, C. 16 TER d.Lgs. 165/2001 (art. 20 del Piano aziendale)	<u>Inserimento nei contratti di assunzione del personale o di affidamento di incarichi</u> del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001 (<u>clausola di pantouflage</u>) di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'ASL a favore dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	per i nuovi contratti di assunzione e di rinnovo degli incarichi	Responsabile SC Gestione Risorse Umane e Responsabili di eventuali altre Strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento
	<u>Inserimento nei bandi di gara e negli atti di affidamento di forniture di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private</u> , della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'ASL che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del partecipante/offrente/contraente, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.	per le nuove procedure di affidamento	Tutti i Responsabili di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali (S.C. Approvv. e contratti, SIA, Ingeg.clinica, Gestione Tecnica, Att.amm.osped.territorio

7

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
INCOMPATIBILITA' CONSEQUENTE A CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA (Art.35 bis D.Lgsi. 165/2001) (Art. 22 del Piano aziendale)	<u>Verifica della sussistenza o meno di precedenti penali</u> , all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso, all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici preposti alla gestione risorse finanziarie, acquisizione di beni e servizi e forniture nonché alla concessione erogazione sussidi vantaggi economici ausili a soggetti pubblici e privati.	Contestuale	SC gestione risorse umane SC Approvvigionamenti contratti SC Gestione Tecnica S.C. Att.Amm.Osped/Territ S.C. SIA S.C. Ingeg.clinica nonché tutti i responsabili in presenza di situazioni di specie
	Inserimento negli <u>atti di interpello per l'assegnazione degli incarichi</u> dirigenziali di apposite condizioni ostative al conferimento <u>Relazione al RPC</u> nell'ambito della relazione annuale in merito al numero di autocertificazioni acquisite, ai controlli effettuati e ai provvedimenti adottati nei casi di riscontrata sussistenza della condizione ostativa o di accertamento della non veridicità dell'autocertificazione.	contestuale nell'ambito relazione annuale a RPCT	SC gestione risorse umane SC Approvvigionamenti contratti SC Gestione Tecnica S.C. Att.Amm.Osped/Territ S.C. SIA S.C. Ingeg.clinica nonché tutti i responsabili in presenza di situazioni di specie

8

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI (Art. 54 bis D.Lgsi.165/2001, Legge 179 del 30.11.2017) Regolamento ANAC del 1.7.2020) (Art. 23 del Piano Aziendale)	Segnalazione al RPCT di eventuali azioni discriminatorie nei confronti del whistleblower	Tempestiva	Chiunque venga a conoscenza di situazioni discriminatorie
	<u>Adozione procedure operative</u> per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing	Entro 31.12.2022	SIA RPCT e Gruppo Regionale

9

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
FORMAZIONE DEL PERSONALE (Legge 190/2012 art. 1,c.5, let.b, art.8, 10 let.c,art.11; art.7 bis D.lgsl.165/2001, Dpr 62/2013 (Art. 24 del Piano Aziendale)	Riattivazione corso FAD organizzato a livello regionale "Metodologie per analisi , valutazione e gestione dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle linee guida ANAC" per RPCT e responsabili/ referenti aree maggiormente a rischio sulle nuove procedure di gestione rischi ex delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019	Entro 31.12.2022	RPCT S.C. Qualità e Formazione
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI (art.1,comma 17 legge 190/2012) (Art. 25 del Piano Aziendale)	<u>Inserimento</u> nella documentazione obbligatoria delle gare di appalto, <u>delle clausole 1 e 2</u> di cui al Protocollo siglato con Prefettura di Spezia in data 5.12.2014 come previsto nell'art.25 del piano aziendale. RPCT e Gruppo Regionale hanno elaborato un documento, condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenete Linee Guida e uno schema tipo che deve essere adottato dagli Enti SSR della Regione Liguria nel 2022 - " <u>Linee Guida Patto di Integrità in materia di contratti Pubblici degli Enti del SSR della regione Liguria</u> " Recepimento aziendale	decorrenza immediata per le nuove procedure di gara entro 31.12.2022	Tutte le strutture che gestiscono gare di appalto e gare per acquisizione di beni, servizi e forniture (S.C. Approvvigionamento e contratti,SIA,Ingegneria clinica,Gestione tecnica , Attiv. Aminstr.ospedale territorio
	<u>Comunicazione al RPC</u> di eventuali provvedimenti di esclusione o di risoluzione adottati a seguito di violazione del patto di integrità.	Tempestiva	Tutte le strutture che gestiscono gare di appalto e gare per acquisizione di beni, servizi e forniture (S.C. Approvvigionamento e contratti,SIA,Ingegneria clinica,Gestione tecnica , Attiv. Aminstr.ospedale territorio

10

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE (Art. 26 del Piano Aziendale)	Programmazione di <u>iniziative di comunicazione</u> e diffusione della strategia di prevenzione definita nel PTPC e nel PTTI per la sensibilizzazione della cittadinanza e degli utenti da attuare nel triennio, in raccordo col RPC.	Nel triennio di validità del piano 2022-2024	URP
	<u>Trasmissione a RPCT delle segnalazioni</u> di episodi di corruzione ,di cattiva amministrazione e di situazioni di conflitto di interessi ricevute tramite URP.	Tempestiva	URP
	<u>Coinvolgimento degli stakeholders</u> interni ed esterni per acquisire suggerimenti e proposte per la redazione del Piano triennale anticorruzione	Entro 31.12.2022	RPCT
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
MONITORAGGIO DEI RAPPORTI AMMINISTRAZIONE/SOGGETTI ESTERNI (ART. 1,c.9,let.e L.190/2012) (Art. 28 del Piano Aziendale)	<u>Monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti esterni</u> con i quali intercorrono rapporti di rilevanza economica mediante attestazione nel provvedimento, da parte del soggetto competente alla sua adozione/proposta, <u>dell'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento stesso.</u>	Nel triennio di validità del piano 2022-2024	Tutti i Direttori/responsabili delle strutture aziendali che gestiscono i procedimenti amministrativi finalizzati alla stipula di contratti, convenzioni, al rilascio di autorizzazioni, concessioni o provvedimenti di accreditamento o alla concessione di vantaggi economici di qualunque genere. UFFICIO FORMAZIONE

MISURE PREVENZIONE SPECIFICHE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA <u>ANNO</u> 2022	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO	Applicazione e monitoraggio Regolamento adottato con deliberazione aziendale n.995 del 16.12.2021" <i>Regolamento relativo alle disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo</i> Il Regolamento individua le procedure, le modalità di segnalazione delle operazioni sospette e i soggetti responsabili al fine di garantire l'efficacia nella rilevazione delle operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti, l'omogeneità dei comportamenti.	Entro 31.12.2022	Gestore antiriciclaggio
ATTUAZIONE MISURE PREVENZIONE CORRUZIONE ULTERIORI/SPECIFICHE (Art. 13 e 14 del Piano Aziendale)	Tutti i responsabili delle strutture inserite nel processo di gestione del rischio dovranno dare attuazione alle misure ULTERIORI e SPECIFICHE previste per ciascuna struttura nel REGISTRO RISCHI <u>relazionando annualmente</u> al RPCT (al 31.12) sullo stato di attuazione di tali misure	Relazione annuale a RPCT al 31.12.2022	Tutti i responsabili delle strutture inserite nel processo di gestione del rischio (REGISTRO RISCHI allegato al Piano triennale aziendale)

La Spezia, 20 giugno 2022

IL RESPONSABILE
PREVENZIONE CORRUZIONE e TRASPARENZA
(Dott.ssa Barbara GRAVERINI)

Per la MAPPATURA dei RISCHI e L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE si fa riferimento al **REGISTRO RISCHI allegato al **PTPCT 2022-2024****

SOTTOSEZIONE 4) TRASPARENZA

La TRASPARENZA rappresenta il principale strumento di contrasto alla corruzione. Essa è intesa come accessibilità totale all'attività dell'azienda e favorisce una forma diffusa di controllo sul corretto svolgimento delle funzioni svolte dall'azienda e sull'utilizzo delle risorse economico-finanziarie pubblica; consente di rendere perfettamente conoscibile l'azione amministrativa e sanitaria dell'azienda: deliberazioni, determinazioni dirigenziali, incarichi, curricula di dirigenti, bandi pubblici, documenti, codice di comportamento.

Si fa [rinvio al PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE CORRUZIONE e TRASPARENZA TRIENNIO 2022-2024 \(ALLEGATO n. 3\)](#) che diventa SEZIONE del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali elementi:

PREMESSA	3-4
(ART. 1) CONTESTO NORMATIVO	5-9
(ART. 2) PRINCIPALI NOVITA' DEL D.LGSL. N.97/2016 (FOIA)	9-10
(ART. 3) OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA	10-11
(ART. 4) COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE	11-13
(ART. 5) ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AZIENDA	13-14
(ART. 6) FUNZIONI DI GOVERNO DELL'AZIENDA	14
(ART.7) FUNZIONI DI PRODUZIONE DEI SERVIZI SANITARI	14
(ART.8) FUNZIONI TECNICHE E AMMINISTRATIVE DI SUPPORTO	15
(ART.9) FUNZIONI DI STAFF	15
(ART.10) I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE	15-16
(ART.11) TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG.UE2016/679).....	17-19
(ART.13) L'UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE	19
(ART.14) LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON LINE DEI DATI NELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	20
(ART.15) OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB	21
(ART.16) POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	21
(ART.17) STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO DI ADOZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO-MONITORAGGI	22-23
(ART.18) COINVOLGIMENTO STAKEHOLDERS	24
(ART.19) INIZIATIVE VOLTE A GARANTIRE TRASPARENZA, LEGALITÀ E SVILUPPO DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ'	24-25
(ART.20) DIRITTO DI ACCESSO	25-26
(ART.21) ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2021	27-31
(ART.22) OBIETTIVI 2022.....	31-32

(ART.23) SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL POGRAMMA.....32-33

(ART.24) RESPONSABILITA' E SANZIONI 33-34

ALLEGATO N. 4A TABELLA/ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILITA'

ALLEGATO N. 4B TABELLA SPECIFICA PER OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE ART. 14 DEL D.LGS.33/2013 DATI REDDITUALI O PATRIMONIALI

ALLEGATO 4C N. 2 RELAZIONI SEMESTRALI A 30 GIUGNO E 31 DICEMBRE 2021 SU ATTUAZIONE OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici dell'ASL 5 per il triennio 2022-2024 in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino ,attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

Vengono pertanto individuati in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- Assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti , in funzione di prevenzione della corruzione e più in generale della cattiva amministrazione;
- Consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;
- garantire piena accessibilità e pubblicità di tutti i provvedimenti adottati compresi quelli relativi all'emergenza COVID-19 (acquisti, incarichi libero-professionali, donazioni in beni e/o denaro);
- implementare il diritto di accesso attraverso una maggiore trasparenza dell'attività amministrativa;
- favorire un rapporto diretto tra amministrazione, cittadini e portatori di interessi;

Tali obiettivi strategici si devono tradurre in obiettivi operativi che devono consentire:

- la responsabilizzazione dei Dirigenti /funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- la possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;
- la possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- la possibilità di controllare in modo diffuso l'operato della pubblica amministrazione.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione 1) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Sottosezione 2) PIANO TRIENNALE FABBISOGNO PERSONALE (PTFP) (Allegato 4)

Sottosezione 3) PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA) (Allegato 5)

Sottosezione 4) PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (Allegato 6)

Sottosezione 5) PIANO DELLA FORMAZIONE (Allegato 7)

SOTTOSEZIONE 1) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato da ASL 5 : organigramma, livelli di responsabilità organizzativa (incarichi dirigenziali e comparto), specificità del modello organizzativo , eventuali interventi e azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi aziendali. Inoltre contiene i dati aggregati relativi al personale.

La struttura organizzativa di ASL 5 è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture complesse (SC), strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD), strutture semplici (SS) e uffici .La vigente organizzazione è espressione dell'atto aziendale approvato con delibere n. 167 dell'08/03/2019 e n. 464 del 18/06/2019 che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

La Direzione aziendale definisce la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica. La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

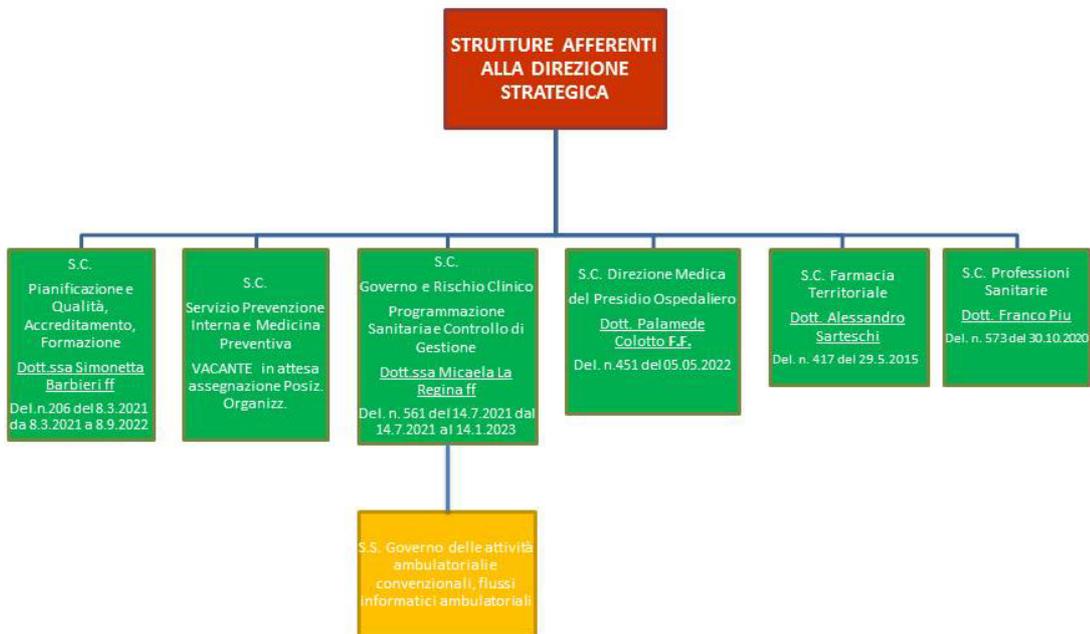
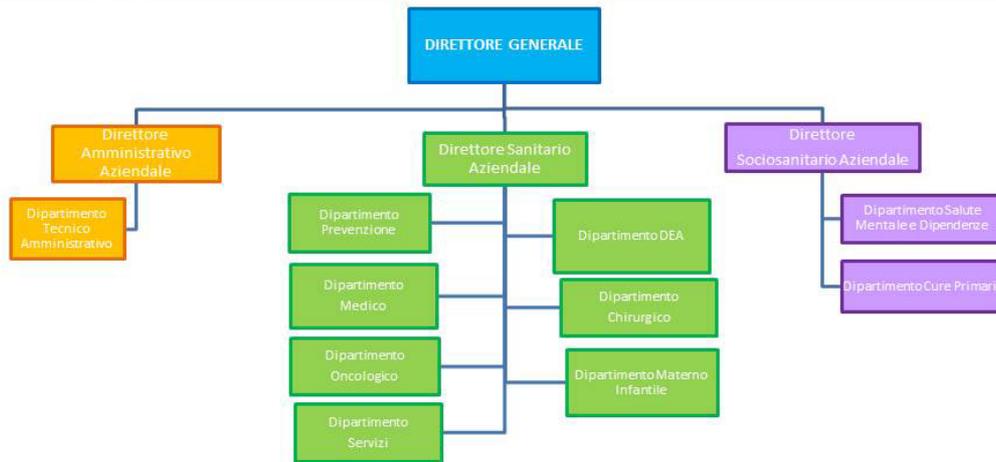
I principali indirizzi strategici in materia di struttura organizzativa possono essere così sintetizzati:

- **Razionalizzazione dell'articolazione organizzativa**
- **Adeguamento dinamico** della struttura organizzativa ai fabbisogni ed esigenze correlate al contesto esterno (per esempio il PNRR), alle situazioni emergenziali, agli obiettivi strategici ed al valore pubblico che si vuole perseguire;
- **Snellimento e ottimizzazione dei processi decisionali**
- **Razionalizzazione delle competenze** assegnate alle strutture di vario livello al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività;

- Maggiore **integrazione** tra le diverse articolazioni organizzative in una logica orizzontale anziché esclusivamente verticale;

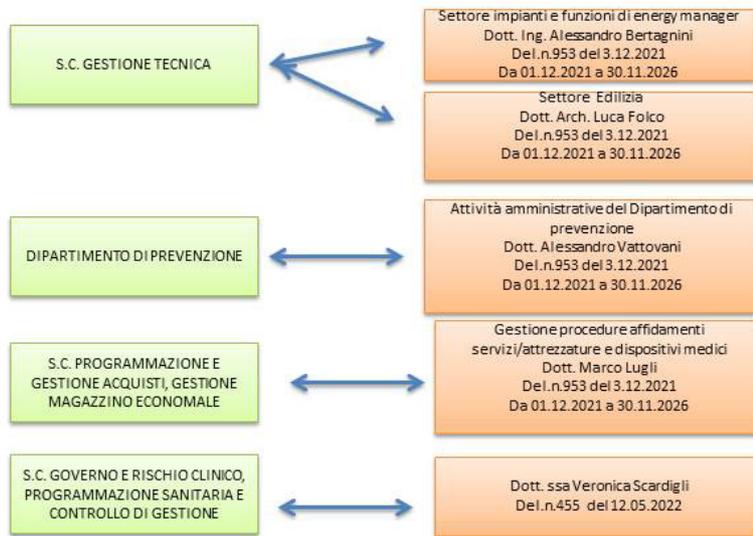
ORGANIGRAMMA ASL5 aggiornato a GIUGNO 2022

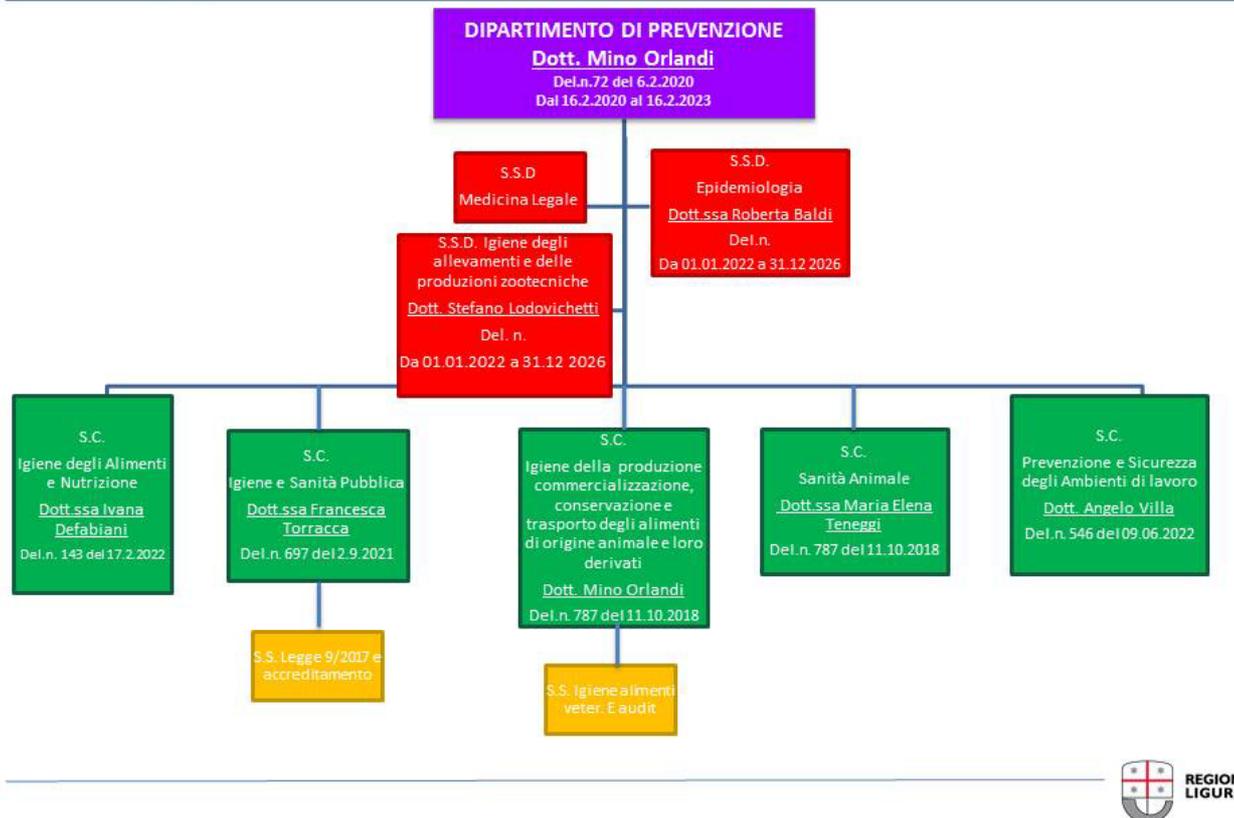
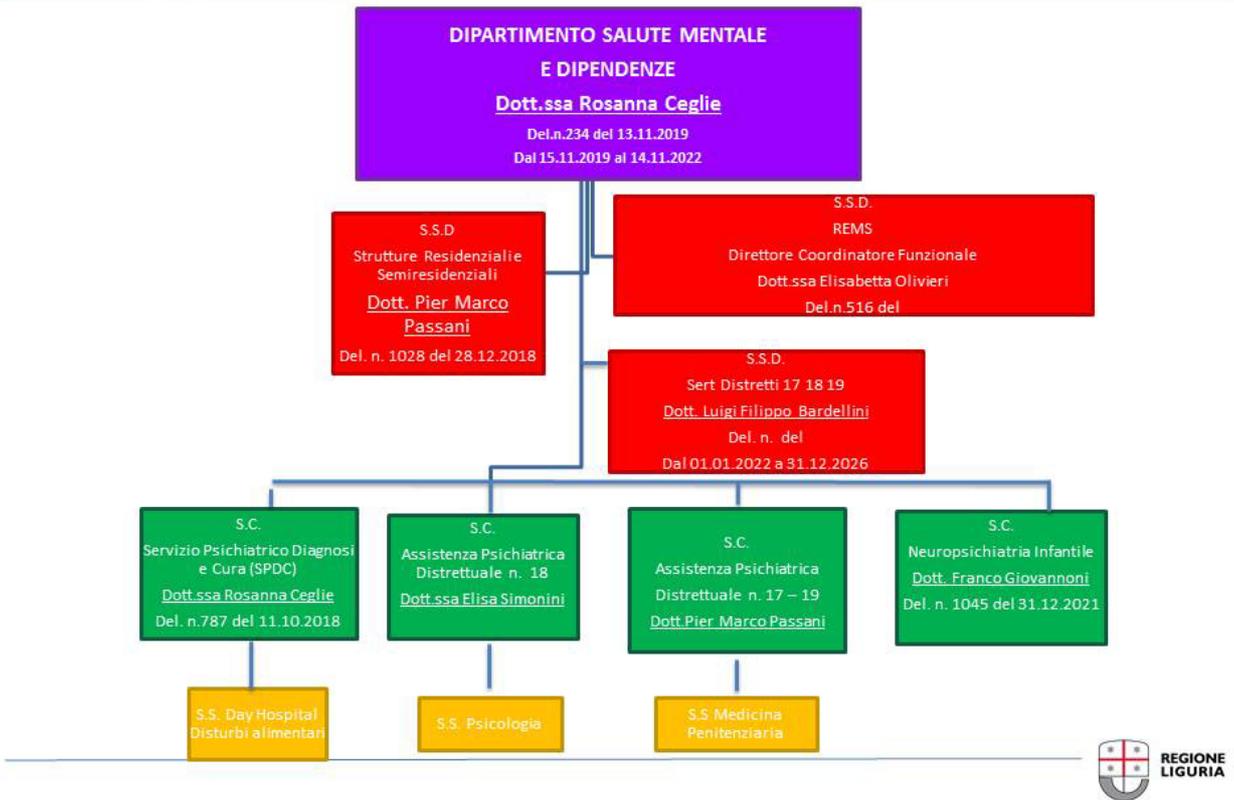


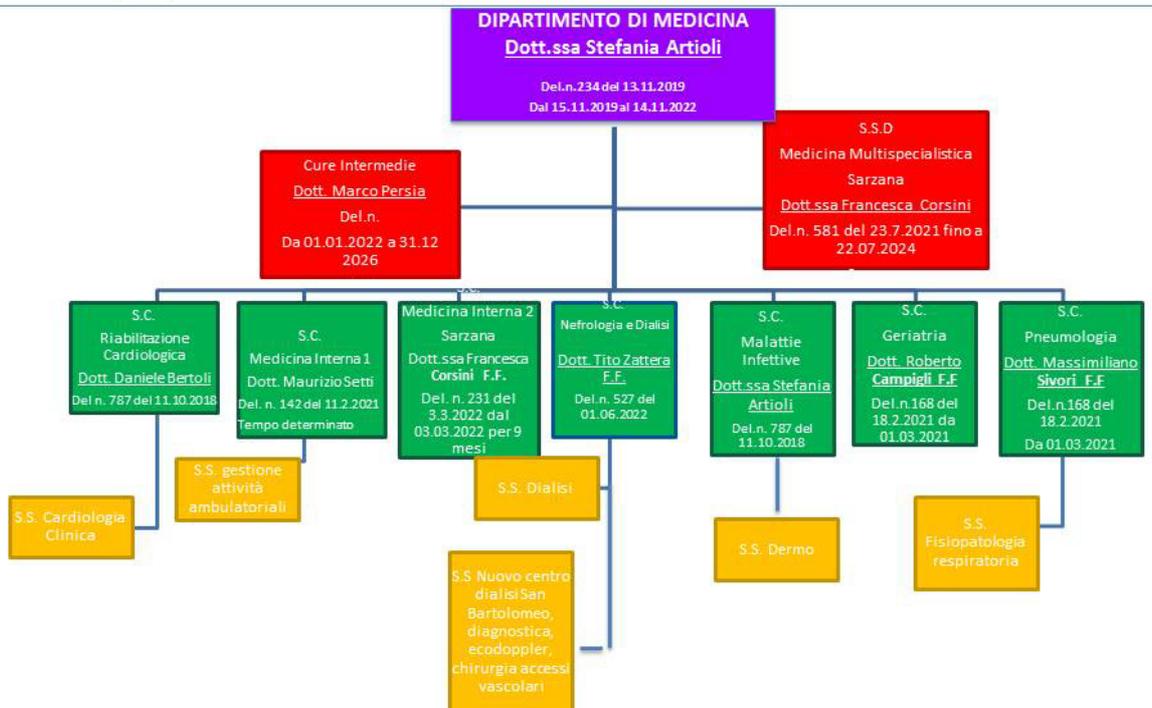
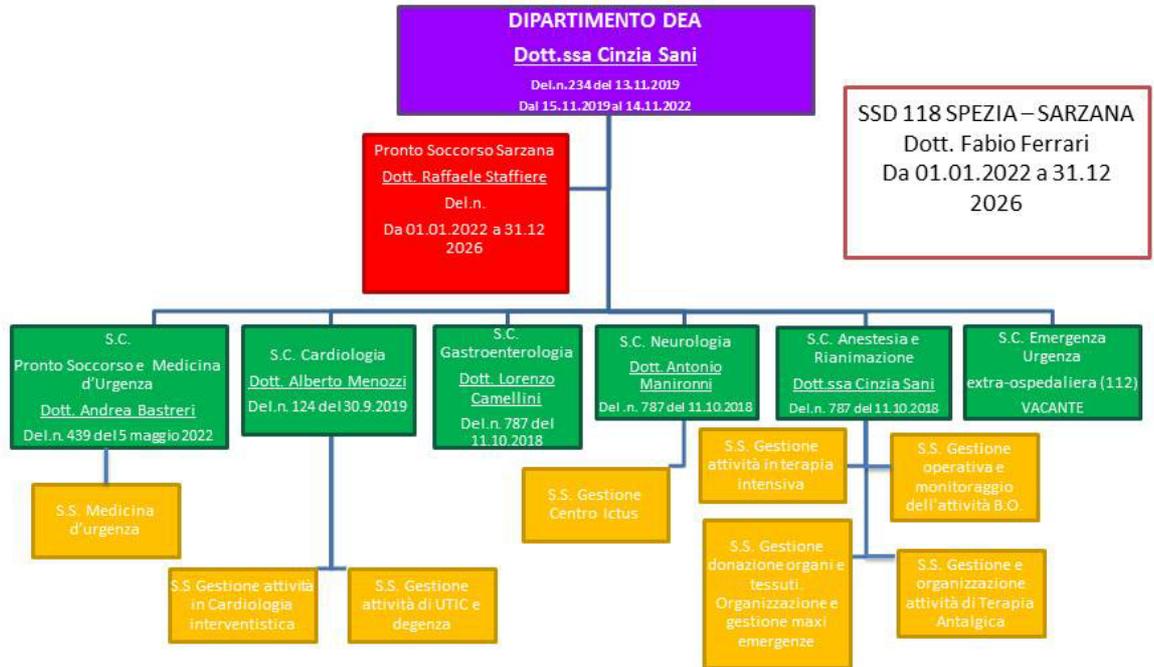


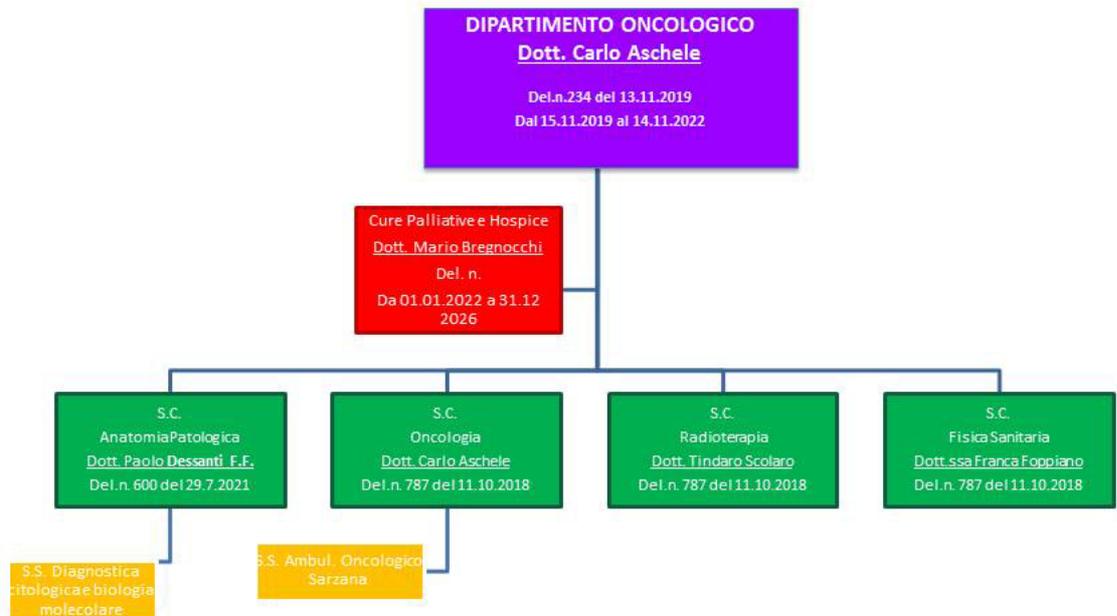
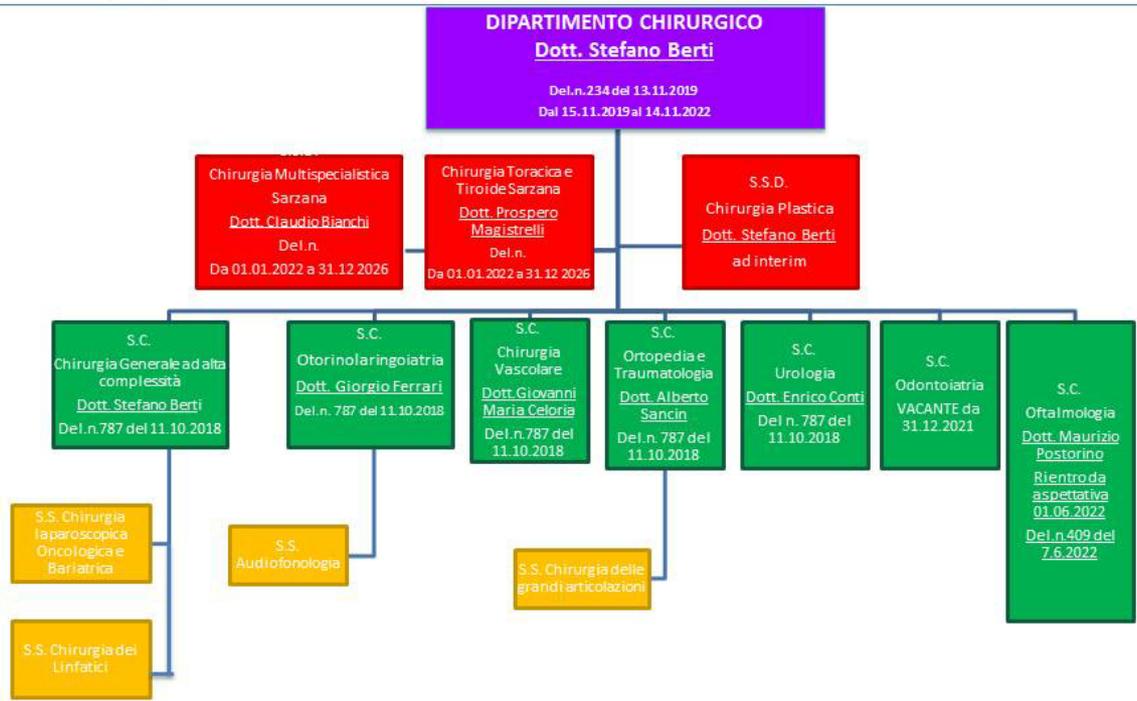


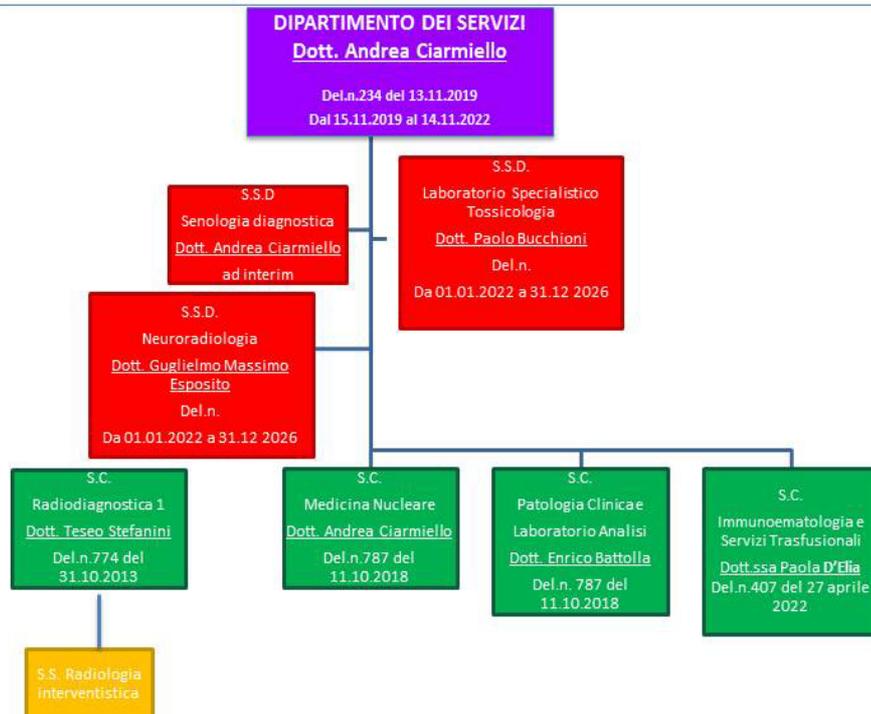
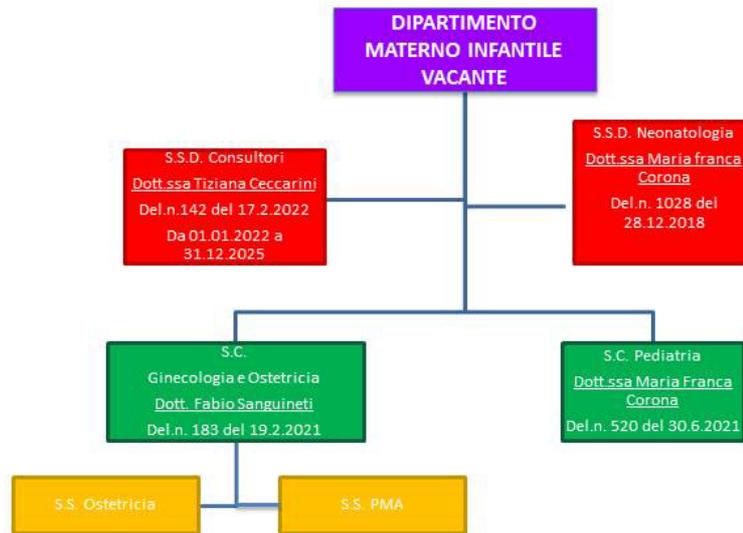
DIRIGENTI AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA











L'assetto organizzativo di ASL 5 è attualmente oggetto (nel corso dell'anno 2022) ad una parziale rivisitazione che comporterà la ridefinizione delle competenze di alcune strutture , processo che sarà completato entro l'anno e sarà oggetto di approvazione da parte degli organi regionali

STRUTTURE SEMPLICI AZIENDALI E ALTRI INCARICHI DIRIGENZIALI

Con deliberazione n. 152 del 17.02.2022 l'Azienda ha proceduto alla Riorganizzazione delle Strutture Semplici afferenti le strutture complesse dei Dipartimenti sanitari il cui assetto risulta il seguente:

DIPARTIMENTI	STRUTTURE	INCARICHI STRUTTURE SEMPLICI IN ESSERE (ottobre 2021)	N.
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	ANATOMIA PATOLOGICA	SS Diagnostica citologica ed autoptica (Resp. Dr. Dessanti)	1
	FISICA SANITARIA		0
	ONCOLOGIA	SS Ambul. Oncologico Sarzana (cessato il 31/07/2021)	1
	RADIOTERAPIA		0
TOTALE			2
DIPARTIMENTO MEDICO	MEDICINA 1	Gestione attività ambulatoriali	1
	NEFROLOGIA E DIALISI	Dialisi (Zattera)	1
	PNEUMOLOGIA	Fisiopatologia Respiratoria	1
	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	Cardiologia clinica	1
TOTALE	TOTALE		4
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE	1) Gestione attività in Terapia Intensiva SP	1
		2) Gestione Donazione Organi e Tessuti.	1
		3) gestione sale operatorie SZ e monitoraggio dell'attività dei Blocchi Operatori Sp/SZ	1
		4) Gestione sale operatorie SP	1
	S.C. NEUROLOGIA	1) Gestione Centro Ictus	1
	S.C. P.S.MEDICINA D'URGENZA	1)Gestioni posti letto monitorati in Medicina d'Urgenza	1
		Gestione percorsi fast track (CX)	1
	S.C. CARDIOLOGIA	1) Gestione attività cardiologia interventistica	1
	2) Gestione attività di UTIC e Degenza	1	
TOTALE	TOTALE		9
DIPARTIMENTO M.I.	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	SS PMA	1
		SS Patologia della Gravidanza	1
TOTALE			2
DIPARTIMENTO CHIRURGIA	CHIRURGIA ALTA SPECIALITA'		0
	CHIRURGIA VASCOLARE		0
	ORL	SS Audiologia	1
	ORTOPEDIA		0
TOTALE			1
DIPARTIMENTO SERVIZI	Radiologia	SS Interventistica	1
		SS PRONTO SOCCORSO	1
		SS TAC	1
	SIMT	SS Ambulatorio trasfusionale	1
TOTALE			4
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	DISTRETTO 17		0
	DISTRETTO 18		2
	DISTRETTO 19		0
	TOTALE		2
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E SERT	ASS PSICH DISTRETTUALE N. 18		1
	ASS PSICH DISTRETTUALE N. 17-19		0
	SERT DISTRETTI 17 18 19		0
	SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA		0
TOTALE			1
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE		0
	IGIENE PROD. COMM. CONSERVAZ. E TRASP. D. ALIM DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	Anagrafe Zootecniche M. infettive in ambito zootecnico	Profilassi
	P.S.A.L.	Tutela della salute e sicurezza nelle lavorazioni portuali	1
	SANITA' ANIMALE		0
	SICUREZZA ALIMENTARE		0
	IGIENE E SANITA' PUBBLICA		1
TOTALE			4
STAFF	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO CLINICO, CDG	Governo delle attività ambulatoriali e convenzionali, flussi informatici ambulatoriali	1
TOTALE			1
COMPLESSIVO			30

STRUTTURE	N.	INCARICHI STRUTTURE SEMPLICI - NUOVE PROPOSTE
ANATOMIA PATOLOGICA	1	SS Diagnostica citologica e biologia molecolare
FISICA SANITARIA		
ONCOLOGIA	1	SS Ambul. Oncologico Sarzana -
RADIOTERAPIA		
TOTALE	2	
MEDICINA 1	1	Gestione attività ambulatoriali
	1	Dialisi
NEFROLOGIA E DIALISI	1	"SS" Responsabile Nuovo Centro Dialisi San Bartolomeo , diagnostica ecodoppler, chirurgia accessi vascolari
PNEUMOLOGIA	1	Fisiopatologia Respiratoria
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1	Cardiologia clinica
M. INFETTIVE	1	Dermo
TOTALE	6	
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE	1	1) Gestione attività in Terapia Intensiva
	1	2)Gestione Donazione Organi e Tessuti. Organizzazione e Gestione Maxiemergenze
	1	3) gestione operativa e monitoraggio dell'attività del B.O
	1	4) Gestione ed organizzazione attività di Terpia Antalgica
S.C.NEUROLOGIA	1	1) Gestione Centro Ictus
S.C. P.S.MEDICINA D'URGENZA	6	
S.C. CARDIOLOGIA	1	2) Medicina d'urgenza
	1	1) Gestione attività in cardiologia interventistica
	1	2) Gestione attività di UTIC e Degenza
TOTALE	8	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	SS PMA
	1	SS Ostetricia (al posto di SS Patologia della gravidanza)
TOTALE	2	
CHIRURGIA ALTA SPECIALITA'	1	Chirurgia Laparoscopica Oncologica e Bariatrica
	1	Chirurgia dei linfatici
CHIRURGIA VASCOLARE		
ORL	1	SS Audiologia
ORTOPEDIA	1	Chirurgia delle grandi articolazioni
TOTALE	4	
Radiologia	1	SS Interventistica
Patologia clinica	0	
TOTALE	1	
DISTRETTO 17	1	SS RESIDENZIALITA'
DISTRETTO 18	1	SS GESTIONE AMBULATORI E GESTIONE CONVENZIONI MMG/P/S/S/UMI)
	1	SS CENTRALE OPERATIVA E DIMISSIONI PROTETTE
DISTRETTO 19	1	SS DISABILITA'
TOTALE	4	
ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N. 18	1	Psicologia
ASSISTENZA PSICHIATRICA E DISTRETTUALE 17 - 19	1	Medicina Penitenziaria
SERT DISTRETTI 17 18 19	0	
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	1	Day Hospital Disturbi Alimentari
TOTALE	3	
IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE	0	
IGIENE PROD. COMM. CONSERVAZ. E TRASP. D. ALIM DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	1	Anagrafe Zootecniche
P.S.A.L.	0	
SANITA' ANIMALE	0	
SICUREZZA ALIMENTARE	0	
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1	S.S. Legge 9/2017 e accreditamento
TOTALE	2	
PROGRAMMAZIONE, GOVERNO CLINICO CONTROLLO DI GESTIONE	1	Governo delle attività ambulatoriali e convenzionali, flussi informatici ambulatoriali
TOTALE	1	
COMPLESSIVO	33	

Nel corso del 2022 si procederà alla conferma / assegnazione dei precedenti e dei nuovi incarichi di struttura semplice mediante avvisi interni di procedura comparativa. Si procederà inoltre all'individuazione degli altri incarichi dirigenziali di alta professionalità e di studio/ricerca

INCARICHI DI FUNZIONE PERSONALE DEL COMPARTO

Nel corso dell'anno 2021 e 2022 si è proceduto ad una revisione complessiva del sistema degli incarichi di funzione del comparto per riallinearlo alle previsioni del CCNL del comparto Sanità 2016-2018 mediante:

- Approvazione nuovo regolamento aziendale in materia di conferimento degli incarichi di funzione (delibera n. 78 del 28/01/2021) adottato previo confronto con le OO.SS. del comparto;
- Richiesta e acquisizione da parte dei responsabili di struttura delle proposte di istituzione degli incarichi e loro job descriptions;
- Definizione nuova mappatura degli incarichi di funzione e loro pesatura economica (Delibera n. 845 del 05/11/2021)

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Ostetrica /Inf. Pad. (Classe 1)	Profili della Riabilitazione (Classe 2)	Profili Tecnici Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnici/Amministrativi
RISCHIO CLINICO E ASPETTI NORMATIVI E										
1 PROFESSIONALI	€ 8.500,00				X	X	X	X		
MODELLI ORGANIZZATIVI, RICERCA E SVILUPPO										
2 PROFESSIONALE	€ 7.000,00				X	X	X	X		
3 AREA LOGISTICO ALBERGHIERA	€ 10.000,00				X	X	X	X		X
		1 SUPPORTO ATTIVITA' LOGISTICO ALBERGHIERA		€ 3.227,85	X	X	X	X		X
4 AREA PROFESSIONALE CHIRURGICA	€ 10.000,00				X					
		CHIRURGIA GENERALE/VASCOLARE SPEZIA E								
		1 ODONTOIATRIA		€ 4.500,00	X					
		2 ORTOPEDIA/ORL SPEZIA		€ 4.500,00	X					
		3 OFTALMOLOGIA SARZANA		€ 3.227,85	X					
		4 CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA SARZANA		€ 4.500,00	X					
		5 ORTOPEDIA SARZANA		€ 4.500,00	X					
5 DIPARTIMENTI SERVIZI E ONCOLOGICO	€ 8.500,00							X		
		1 ANATOMIA PATOLOGICA		€ 3.227,85				X		
		2 RADIOTERAPIA		€ 3.227,85				X		
		3 RADIOLOGIA SPEZIA		€ 4.500,00				X		
		4 RADIOLOGIA SARZANA/ NEURORADIOLOGIA		€ 3.227,85				X		
		PATOLOGIA CLINICA E LAB. SPECIALISTICO								
		5 TOSSICOLOGIA		€ 4.500,00				X		
		6 IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI		€ 3.227,85				X		
		7 MEDICINA NUCLEARE		€ 3.227,85				X		
6 AREA DIPARTIMENTALE MATERNO INFANTILE	€ 7.000,00					X				
		1 GINECOLOGIA E OSTETRICIA		€ 3.227,85		X				
		2 PEDIATRIA/NEONATOLOGIA		€ 3.227,85		X				
		3 CONSULTORI		€ 3.227,85		X				
7 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	€ 10.000,00					X				
		1 SPDC		€ 4.500,00		X				
		2 SERT DISTRETTI 17 18 19		€ 4.500,00		X				
		ASSISTENZA PSICH DISTRETTUALE 17 19/ASSIST								
		3 PENITENZIARIA E REMS		€ 4.500,00		X				
		4 ASSISTENZA PSICH DISTRETTUALE 18		€ 4.500,00		X				
8 AREA TERRITORIALE	€ 10.000,00					X				
		1 DISTRETTO 17		€ 3.227,85		X				
		2 DISTRETTO 18 - PRELEVI, AMBULATORI, CAD E CDCD		€ 4.500,00		X				
		DISTRETTO - CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE E								
		3 HOSPICE		€ 3.227,85		X				
		4 DISTRETTO - COT E AFT		€ 3.227,85		X	X		X	

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Ostetrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profili della Riabilitazione (Classe 2)	Profili Tecnici Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnici/Amministrativi
		5 DISTRETTO 19		€ 3.227,85	X					
9 AREA PROFESSIONALE MEDICA E ONCOLOGICA	€ 10.000,00	1 MEDICINA INTERNA 1		€ 4.500,00	X					
		2 DIALISI E NEFROLOGIA		€ 6.000,00	X					
		3 MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		4 GERIATRIA		€ 4.500,00	X					
		5 PNEUMOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		6 MEDICINA INTERNA 2		€ 4.500,00	X					
		7 MEDICINA MULTISPECIALISTICA E CURE INTERMEDIE		€ 4.500,00	X					
		8 AREA GESTIONE INFERMIERISTICA		€ 4.500,00	X					
		9 CARDIOLOGIA RIABILITATIVA		€ 4.500,00	X					
		10 ONCOLOGIA		€ 3.227,85	X					
		11 CURE INTERMEDIE LEVANTO		€ 3.227,85	X					
10 AREA PROFESSIONALE PREVENZIONE	€ 7.000,00	1 PSAL		€ 4.500,00				X		
		2 Igiene e Sanità Pubblica, Epidemiologia		€ 4.500,00	X			X		
		3 Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Sanità animale, trasformazione alimenti origine anim, Igiene allevamenti		€ 4.500,00				X		
11 DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	€ 10.000,00	1 PS SPEZIA, MEDICINA D'URGENZA, P.I. LEVANTO		€ 6.000,00	X					
		2 PS SARZANA		€ 4.500,00	X					
		3 ANESTESIA E RIANIMAZIONE SPEZIA		€ 6.000,00	X					
		4 ANESTESIA E RIANIMAZIONE SARZANA, POLIAMBULATORI E TERAPIA DEL DOLORE-CURE		€ 3.227,85	X					
		5 PALLIATIVE		€ 4.500,00	X					
		6 BLOCCO OPERATORIO SPEZIA		€ 4.500,00	X					
		7 BLOCCO OPERATORIO SARZANA		€ 4.500,00	X					
		8 PREICOVERO SPEZIA E SARZANA		€ 3.227,85	X					
		9 CARDIOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		10 GASTROENTEROLOGIA		€ 6.000,00	X					
		11 NEUROLOGIA		€ 3.227,85	X					
12 PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE	€ 7.000,00	1 TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE		€ 3.227,85		X				
		2 FRAGILITA', NON AUTOSUFFIC. E RESIDENZIALITA'		€ 3.227,85		X				
		3 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		€ 3.227,85		X				

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Ostetrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profili della Riabilitazione (Classe 2)	Profili Tecnici Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnici/Amministrativi
TOT. INCARICHI CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO		53								
DIP. CURE PRIMARIE										
13 Gestione e Programmazione Processi - Distr 17	€ 7.000,00				X	X			X	X
14 Gestione e Programmazione Processi - Distr 18	€ 7.000,00				X	X			X	X
15 Gestione e Programmazione Processi - Distr 19	€ 7.000,00				X	X			X	X
16 Residenzialità	€ 4.500,00				X	X			X	X
DIP. PREVENZIONE										
17 Attività amministrative e Territor. Dip. Prevenzione STAFF	€ 4.500,00									X
18 Segreteria di Direzione aziendale	€ 6.000,00									X
19 Servizio Sociale Professionale	€ 6.000,00								X	
20 Infermieristica e corsi OSS	€ 8.500,00				X					
21 Gestione Formazione di base universitaria in Fisioterapia - Polo didattico Via dei Pilastri	€ 7.000,00					X				
22 Formazione e agg.to continuo nel settore Salute del personale dipendente	€ 7.000,00				X	X	X	X	X	X
23 Gestione risorse strutturali - Igiene ospedaliere e rifiuti aziendali	€ 6.000,00				X					
24 Gestione attività amministrative DMPO	€ 4.500,00									X
25 Bed Manager	€ 7.000,00				X					
26 Centro di Controllo e Gestione Flussi	€ 8.500,00				X					X
27 Supporto nell'ambito del governo clinico	€ 8.500,00				X					X
28 Attività Amministrative Farmaceutica Ospedaliere e Territoriale	€ 4.500,00									X
29 Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)	€ 8.500,00							X		X
DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO										
S.C. GESTIONE TECNICA										
30 Responsabile tecnico antincendio	€ 8.500,00							X		X
S.C. SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE										
31 Area Progetti e Infrastruttura	€ 10.000,00									X
32 Area applicativa	€ 10.000,00									X
S.C. PROGRAMMAZIONE E GEST. ACQUISTI, MAGAZZINO ECONOM.										
33 Gestione contratti	€ 7.000,00									X
34 Economato	€ 10.000,00									X
35 Gestione Acquisti Farmaci e Dispositivi e Service diagnostici	€ 7.000,00									
S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZ										
36 Registrazione, controllo e liquidazione fatture	€ 6.000,00									X

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere / Ostetrica / Inf. Ped. (Classe 1)	Profili della Riabilitazione (Classe 2)	Profili Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnico/Amministrativi
Gestione autorizzazioni, sistema dei pagamenti e rapporti con il tesoriere	€ 8.500,00									X
Adempimenti fiscali, monitoraggio dei costi e gestione del ciclo attivo	€ 8.500,00									X
S.C. GESTIONE RISORSE UMANE										
Trattamento economico personale dipendente e convenzionato	€ 12.000,00									X
Selezione del personale	€ 8.500,00									X
Gestione del personale	€ 8.500,00									X
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI										
Gestione atti amministrativi e contratti	€ 7.000,00									X
Gestione assicurazioni e contenzioso per risarcimento danni	€ 7.000,00									X
Gestione del Patrimonio	€ 7.000,00									X
Ufficio Legale e Recupero crediti	€ 4.500,00									X
S.C. URP E ATTIV AMMIN. OSPEDALE-TERRITORIO										
Gestione attività di libera professione, flussi e supporto amministrativo alle attività ospedaliere	€ 8.500,00									X
Gestione Ufficio Relazioni con il Pubblico e terzo settore	€ 3.227,85				X	X	X	X	X	X
Attività ospedale e territorio, gestione convenzioni e recupero crediti	€ 6.000,00									X
TOTALE INCARICHI DI FUNZIONE (DI ORGANIZZAZIONE, DI COORDINAMENTO E PROFESSIONALI)	101									

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere / Ostetrica / Inf. Ped. (Classe 1)	Profili della Riabilitazione (Classe 2)	Profili Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnico/Amministrativi
Gestione autorizzazioni, sistema dei pagamenti e rapporti con il tesoriere	€ 8.500,00									X
Adempimenti fiscali, monitoraggio dei costi e gestione del ciclo attivo	€ 8.500,00									X
S.C. GESTIONE RISORSE UMANE										
Trattamento economico personale dipendente e convenzionato	€ 12.000,00									X
Selezione del personale	€ 8.500,00									X
Gestione del personale	€ 8.500,00									X
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI										
Gestione atti amministrativi e contratti	€ 7.000,00									X
Gestione assicurazioni e contenzioso per risarcimento danni	€ 7.000,00									X
Gestione del Patrimonio	€ 7.000,00									X
Ufficio Legale e Recupero crediti	€ 4.500,00									X
S.C. URP E ATTIV AMMIN. OSPEDALE-TERRITORIO										
Gestione attività di libera professione, flussi e supporto amministrativo alle attività ospedaliere	€ 8.500,00									X
Gestione Ufficio Relazioni con il Pubblico e terzo settore	€ 3.227,85				X	X	X	X	X	X
Attività ospedale e territorio, gestione convenzioni e recupero crediti	€ 6.000,00									X
TOTALE INCARICHI DI FUNZIONE (DI ORGANIZZAZIONE, DI COORDINAMENTO E PROFESSIONALI)	101									

- Definizione in contrattazione sindacale delle risorse da destinare al finanziamento degli incarichi di funzione ;
- Espletamento di selezioni interne per titoli e colloquio per l'assegnazione degli incarichi di funzione; Alla data di giugno 2022 sono state completate le selezioni per gli incarichi di funzione, **nel secondo semestre 2022 si procederà alle selezioni per l'assegnazione degli incarichi di coordinamento.**

PROSPETTO ANDAMENTO PERSONALE ANNI 2018 – 2019 – 2020 – 2021

Personale a tempo indeterminato - Dati riepilogativi dell'ultimo quadriennio ASL 5				
	2018	2019	2020	2021
DIRETTORI GENERALI	4	4	4	4
MEDICI	381	363	358	352
VETERINARI	11	10	10	11
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	49	41	39	38
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	0	2	2	1
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1042	1063	1054	1022
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	132	141	135	141
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	38	31	35	27
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	87	83	89	95
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1	1	2	3
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2
DIIR.RUOLO TECNICO	0	1	1	1
PROFILI RUOLO TECNICO	165	160	160	190
DIR.RUOLO AMMINISTRATIVO	11	11	11	11
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	240	248	240	234
PERSONALE CONTRATTISTA	1	1	1	1
TOTALE	2164	2162	2143	2133
Personale Flessibile - Dati riepilogativi dell'ultimo quadriennio				
Unita'/n.contratti	2018	2019	2020	2021
Personale a tempo determinato	23,24	13,72	6,87	82
L.S.U./L.P.U.	0	0	0	0
Lavoratori interinali	18,64	21,26	50,98	20
Con Contratti formazione lavoro	3,06	9,13	0	0
N.contratti Co.Co.Co./Colipro	1	0	270	114
TOTALE TEMPO INDETERM + PERSONALE FLESSIBILE	2.209,94	2.206,11	2.470,85	2.349,00

PROSPETTO ASSUNTI / CESSATI 2019 – 2020 - 2021

CESSATI	2019	ASSUNTI	2019
DEESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
		DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA CARDIOLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA MEDICINA INTERNA	1
DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1
DIRIGENTE MEDICO ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE	2	DIRIGENTE MEDICO ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE	1
DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA	2	DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA	1
DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	2	DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	4
DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO PEDIATRIA	1	DIRIGENTE MEDICO PEDIATRIA	2
DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	3	DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	1
DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	3
DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1	DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA LEGALE	1	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA LEGALE	2
DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	6	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	2
DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2
		DIRIGENTE MEDICO GASTROENTEROLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1
		DIRIGENTE MEDICO ORGANIZ. SERV. SAN. DI BASE	1
DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGIA	3		
DIRIGENTE MEDICO DERMATOLOGIA	1		
DIRIGENTE FARMACIA TERRITORIALE	2		
DIRIGENTE MEDICO GERIATRIA	1		
DIRIGENTE MEDICO GESTIONE RESIDENZIALITA'	1		
DIRIGENTE MEDICO GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4		
DIRIGENTE MEDICO IGIENE PROD. COMM. CONS. E TRASP. D. ALIM DI OR. ANIM. E DER.	1		
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	1		
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	2		
DIRIGENTE MEDICO OFTALMOLOGIA	2		
DIRIGENTE MEDICO P.S.A.L.	1		
DIRIGENTE MEDICO /BIOLOGO PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI	2		
DIRIGENTE PSICOLOGO	3		
DIRIGENTE MEDICO RADIODIAGNOSTICA	1		
DIRIGENTE MEDICO S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA	1		
DIRIGENTE MEDICO SENOLOGIA DIAGNOSTICA	1		
TOTALE CESSATI DIRIGENZA MEDICA	53	TOTALE ASSUNTI DIRIGENZA MEDICA	27
INFERMIERE	52	INFERMIERE	61
COMPARTO SANITA' - ASS. SOC; LOGOP; ORTODONT; OSTET; OSS; FISIT; DIET; EDUC; TEC RX; TEC LAB; TEC PREV; ASS.SAN; MASS.NV.;	31	COMPARTO SANITA' - ASS. SOC; LOGOP; ORTODONT; OSTET; OSS; TEC RX; TER. NEUROPSIMOT; TEC LAB	26
AMMINISTRATIVI	16	AMMINISTRATIVI	7
TOTALE CESSATI COMPARTO	99	TOTALE ASSUNTI COMPARTO	94

CESSATI	2020	ASSUNTI	2020
DEESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIR. MED. S.C. GOVERNO E RISCHIO CL. PROGRAM.SAN. E CONTROLLO DI GEST.	1		
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA PEDIATRIA	1		
DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1
DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	3	DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	1
DIRIGENTE MEDICO TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	1	DIRIGENTE MEDICO TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	1
DIRIGENTE PSICOLOGO	5	DIRIGENTE PSICOLOGO	2
DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	4	DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	1
DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2
DIRIGENTE MEDICO MALATTIE INFETTIVE	1	DIRIGENTE MEDICO MALATTIE INFETTIVE	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	4	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	2	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	1
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	4
DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ORGANIZ.SERV.SANITARI DI BASE	1		
DIRIGENTE MEDICO GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1		
DIRIGENTE MEDICO IGIENE E SANIT' PUBBLICA	2		
DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	1		
DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1		
		DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRIA	1
		DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1
		DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1
		DIRIGENTE MEDICO O.R.L.	1
		DIRIGENTE MEDICO OFTALMOLOGIA	2
		DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1
		DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	1
		DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	2
		DIRIGENTE MEDICO BIOLOGO DIRIGENTE	1
DIR. PROF SAN INF TECN	1	DIR. PROF SAN INF TECN	1
TOTALE CESSATI DIRIGENZA MEDICA	39	TOTALE ASSUNTI DIRIGENZA MEDICA	29
COMPARTO SANITA' - OSS; ASS.SOC; ASS.SAN; DIET; TEC RX; FISIO; OSTET; TEC LAB; TEC PREV;	32	COMPARTO SANITA' - CHIM; TEC.PR.V; TEC.RX; OSTET; AUDIM; ORTO; FISIO; ASS.SOC;	24
INFERMIERE CAT.(D)	63	INFERMIERE CAT.(D)	74
		DIRIGENTE ARCHITETTO	1
		DIRIGENTE INGEGNERE	2
AMMINISTRATIVI	22	AMMINISTRATIVI	14
TOTALE CESSATI COMPARTO	117	TOTALE ASSUNTI COMPARTO	115
TOTALE CESSATI ANNO 2020	156	TOTALE ASSUNTI ANNO 2020	144

CESSATI	2021	ASSUNTI	2021
DEESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
		DIR.MED.STR.COMP.TERR.T.P. IGIENE E SANIT' PUBBLICA	1
		DIR.MED.STR.COM.AREA CHIR.TP- GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1
DIR.MED.ST.COM.AREA MED.T.P. PRONTO SOCCORSO	1		
DIR.MED.STR.COM.AREA CHIR.TP ODONTOIATRIA	1		
DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	1	DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	1
DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1
DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	2	DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	1
DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	2
DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1
DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1	DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA 1	3	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA 1	2
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	1	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	2
DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	2	DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	1
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	3	DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1	DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1
DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET -RADIOTERAPIA	2
		DIRIGENTE MEDICO OFTALMOLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3
		DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO DIRIGENTE	2
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET - MEDICINA INTERNA	1
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET -PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI	1
		DIRIGENTE MEDICO SPECIALIZ.DO -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRIA	1		
DIRIGENTE BIOLOGO DIRIGENTE	1		
DIRIGENTE MEDICO CHIR. VASCOLARE	1		
DIRIGENTE MEDICO MED.E CHIR.ACCEZZAZ.D'URGENZA	1		
DIRIGENTE MEDICO IGIENE E SANIT' PUBBLICA	1		
DIRIGENTE MEDICO PEDIATRIA	1		
DIRIGENTE MEDICO PNEUMOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	3		
DIRIGENTE PSICOLOGO	1		
DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	3		
DIRIGENTE MEDICO RADIOTERAPIA	1		
DIRIGENTE MEDICO NEURORADIOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO SENOLOGIA DIAGNOSTICA	1		
DIR. PROF. SAN - PREVENZIONE	1		
TOTALE CESSATI DIRIGENZA MEDICA	44	TOTALE ASSUNTI DIRIGENZA MEDICA	31
COMPARTO SANITA' -OTA; OSS; EDUC; FISIO; TER.NEUR.SCO.MOT; TEC.LAB; TEC.RX; LOGOP; ORTOT; OSTETR; CHIMICO	44	COMPARTO SANITA' -ASS.SOC; EDUC; FISIO; TER.NEUR.SCO.MOT; TEC.LAB; TEC.RX; TEC.PREV; CHIMICO	69
INFERMIERE	68	INFERMIERE	81
AMMINISTRATIVI	15	AMMINISTRATIVI	44
TOTALE CESSATI COMPARTO	127	TOTALE ASSUNTI COMPARTO	194
TOTALE CESSATI ANNO 2021	171	TOTALE ASSUNTI ANNO 2021	225

PROSPETTO CONCORSI ESPLETATI ANNO 2021

PROCEDURE CONCORSUALI ANNO 2021					
Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	Riferimenti della deliberazione di approvazione del bando	Stato di avanzamento della procedura
AVVISI STRUTTURA COMPLESSA					
Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale di Direzione S.C.IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE: Riapertura Termini	Dirigente Medico S.C.	A402 IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	1	82/2021	ESPLETATA DICEMBRE 2021 in attesa nomina
Avviso pubblico per il conferimento di un incarico quinquennale di direzione della Struttura Complessa "NEUROPSICHIATRIA INFANTILE" dell'Azienda Socio Sanitaria Ligure S.	Dirigente Medico S.C.	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	del 405/2021 BURL n. 25 del 23.06. G.u. 58 del 23.07 scad. 22 agosto	ESPLETATA DICEMBRE 2021 in attesa nomina
Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale di Direzione S.C. PEDIATRIA	Dirigente Medico S.C.	A122 PEDIATRIA	1	102/2020	CONCLUSO dott.ssa CORONA
Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico quinquennale di Direzione S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dirigente Medico S.C.	A401 IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	1	113/2021	ESPLETATO del.654 del 19/08/21 e del. 697 del 2/09/21 TORRACCA FRANCESCA
Avviso pubblico di procedura comparativa per titoli e colloquio per il conferimento degli incarichi triennali di Direttore del DISTRETTO n. 17 "Val di Vara", del DISTRETTO n.18 "Del Golfo" e del DISTRETTO n.19 "Val di Magra	Dirigente Medico S.C.		3	77/2021	CONCLUSO DI BERNARDO,MARTINI, CAVALLO del. 570 del 20/07/21
CONCORSI					
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Dirigente Medico disciplina PEDIATRIA	Dirigente Medico	A122 PEDIATRIA	2	91/2019	CONCLUSO (1 SPECIALIZZATO, 1 SPECIALIZZANDO)
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico disciplina Ortopedia (RIAPERTURA TERMINI)	Dirigente Medico	A211 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	157/2021	CONCLUSO (2 Specialisti, 3 Specializzandi) Deter. 734 del del 21.09.21
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico disciplina Neuropsichiatria Infantile	Dirigente Medico	A120 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	302/2019	ESPLETATO ALOISE e SCUSA + altri 2
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 8 posti di Dirigente Medico disciplina Medicina Interna	Dirigente Medico	A115 MEDICINA INTERNA	8	237/2021	ESPLETATO. DET. N. 698 del 7/09/2021. 6 Specialisti (1 dip. in altra disciplina, 1 già incaricato) e 13 Specializzandi

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica Senologia	Dirigente Medico	A313 RADIODIAGNOSTICA	1	615/2020	ESPLETATO (2 SPECIALIZZATI, ANGELINI CONTI + 9 SPECIALIZZANDI)
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 3 posti di Dirigente Medico disciplina Organizzazione Servizi Sanitari di Base	Dirigente Medico	A404 ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE	3	189/2019	ESPLETATO 30 settembre.
Riapertura termini del concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Architetto, ruolo professionale: RIAPERTURA TERMINI	Dirigente Architetto		1	235/2021	ESPLETATA VINCITORE ARCH. FOLCO
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 2 posti a tempo indeterminato di Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Civile/Architetto - cat. D	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici		2	519/2019	CONCLUSO AGOSTO 2021 LOTTI + 5, DET 673 del 26/08/2021
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Meccanico/Elettrico - cat. D	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici		2	519/2019	CONCLUSO AGOSTO 2021 deT. 662 del 25.08 PISTILLI e RICOTTA
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 6 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - Ostetrica - cat. D	Personale Infermieristico		6	167/2019	CONCLUSO det. 648 del 19.08.2021 da assumere n. 11 graduatoria in gestione accentrata
Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 9 posti di Collaboratore Professionale Sanitario - Personale della Riabilitazione - Educatore Professionale - cat. D	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione		9	185/2019	CONCLUSO del 589 del 28.07 da assumere n. 15 graduatoria in gestione accentrata esaurita
BANDO DI CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 159 POSTI A TEMPO INDETERMINATO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (CAT. B LIVELLO ECONOMICO SENIOR), DI CUI N. 48 POSTI RISERVATI AI VOLONTARI DELLE FF. AA. CONGEDATI SENZA DEMERITO DALLE FERME CONTRATTE, AI SENSI DELL'ART. 1014, COMMA 3 DEL D.L.GS. N. 63/2010, PER LE AZIENDE, ENTI ED ISTITUTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLA LIGURIA	O.S.S.		159	659/2020	ESPLETATO GRADUATORIA APPROVATA CON DEL. 929 DEL 30.11.2021
PROCEDURE DI MOBILITA'					

	Dirigente Medico	A208 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	6		INFRUTTUOSA (NUSSUNA DOMANDA)
	Dirigente Medico	A302 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2		CONCLUSA (1 SOLO CANDIDATO) VIVIANI
	Dirigente Medico	A103 CARDIOLOGIA	1		CONCLUSA (ASSUNTO) GALEAZZI
	Dirigente Medico	A213 UROLOGIA	1		CONCLUSA (ASSUNTO)BIANCOLINI
	Dirigente Medico	A213 UROLOGIA	1		CONCLUSA (ASSUNTO)SEBASTIANI
	Dirigente Medico	A301 ANATOMIA PATOLOGICA	1		CONCLUSA (ASSUNTO)
	FARMACISTA	D101 FARMACIA OSPEDALIERA	2		ESPLETATA (2 CANDIDATE IDONEE) DEL 672 DEL 26/08/2021 ALBRECHT E PAITA
CPS TSRM	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione		8		CONCLUSA (6 ASSUNTI)
CPS TSLB	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione		3		CONCLUSA (1 ASSUNTO)
Assistente Amm.vo	Personale amministrativo		1		CONCLUSA (1 ASSUNTO)
	Dirigente Ingegnere	INGEGNERE	1		CONCLUSA DEL 680 DEL 26/08/2021 BERTAGNINI
	Dirigente Medico	GASTROENTEROLOGIA	1	DEL. 737 DEL 24.09.2021	ESPLETATA dott.ssa NOSEI
	Dirigente Medico	UROLOGIA	1	DEL. 754 DEL 01.10.2021	ESPLETATA dott.ssa MELANI
AVVISI TEMPO DETERMINATO					
dirigente medico	cardiologia Bertoli		1		Espletato Scattina
	medicina trasfusionale		1		espletato

	medicina nucleare		1		DET. 730 DEL 21.09 GAYONNE
	urologia		1		espletato
	radioterapia		1		espletato
DIRIGENTE MEDICO	medic. Chir. Accett. urgenza		4	del. 638 del 12.08. Scadenza: 30/09/2021	nessuna domanda
infermieri	infermieri		65		espletato
	infermieri		32		DEL.693 DEL 2.09.21
ostetriche	ostetriche		10	ex 2 ter COVID	espletato
	ostetriche		4		espletato
DIRIGENTE MEDICO	Ostetricia e ginecologia		4	del. 638 del 12.08. Scadenza: 30/09/2021	ESPLETATA dott.ssa SIGNORILE
TEMPO DETERMINATO OSS			159	BANDITO DEL. 736 DEL 24.09	ESPLETATA IN ATTESA APPROVAZIONE GRADUATORIA
TEMPO DETERMINATO ex art. 2 ter	DIRIGENTE MEDICO	PATOLOGIA	1	del. 823 del 28 ottobre 2021	ESPLETATA INGRESSO DOTT.SSA FILIPPELLI DIC. 2021
PROCEDURE INTERNE/ INCARICHI/F.F./POSIZ/					
INCARICHI DIRIGENTI PTA				DEL. 953 DEL 3.12.2021	ESPLETATA ASSEGNATI INCARICHI DIRIGENTI PTA
bandi per progressioni orizzontali COMPARTO					PUBBLICATI BANDI , GRADUATORIA IN ELABORAZIONE
DIRETTORE SSD TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE					espletato
DIRETTORE F.F. CONSULTORIO					espletato
SELEZIONI CENTRO IMPIEGO/DISABILI					
oper. Tecnici videotermin.TEMPO INDETERM. Legge 68			2	DEL. 939 DEL 15.12.2021	ESPLETATA
oper. Tecnici legge 68 con tirocinio			2	DEL. 938 DEL 15.12.2021	ESPLETATA
oper. Tecnici videotermin. ART. 16 LEGGE 56 DA Centro Impiego			2		ESPLETATA DELIBERA IN APPROVAZIONE E INGRESSO IN SERVIZIO 27 DIC.
operatori tecnici videoterminalisti			29		ESPLETATA DET. 771 DELL'08/10/2021 ASSUNTI N. 29 OPERATORI TECN. VIDEOTERMI, OTT/NOV 2021

					ESPLETATA DET. 772 DELL'08/10/2021 ASSUNTI N.3 OPERATORI TECN. ACCALAPPIACANI OTT/NOV 2022
operat. Tecnici accalappiacani			3		
COCOCO , COLIPRO, BORSE STUDIO, MANIFESTAZIONI INTERESSE					
Giornalista			1		espletato
borse studio farmacisti			2		espletato
manifestazioni interesse	medici non specialisti				espletato APRILE
	medici specialisti				espletato
	cardiologi				espletato
	ostetriche				espletato
	farmacisti				espletato
	psicologo+ educatore	neuropsichiatria infantile			solo psicologo
	CHIRURGIA VASCOLARE		2		ESPLETATO 2 MEDICI
	medici non specialisti		3		espletato NOVEMBRE

SOTTOSEZIONE 2) PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2022-2024 (ALLEGATO n. 4)

Il Piano triennale dei fabbisogni è lo strumento strategico e programmatico per individuare le **esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance** organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

*È un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 che, al comma 2, stabilisce che **Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2.***

Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente”.

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021, n. 80 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionalizzate all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* che prevede la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni, la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione.

Il comma 2 del medesimo articolo 6, infatti, recita che il Piano integrato delle attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: *compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza*

professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”.

Il tetto di spesa per il personale per l'anno 2022 è stato quantificato con delibera Giunta Regionale n. 147/del 04.03.2022 in € 128.709.106,00.

Pertanto costituisce il valore massimo della spesa del personale per l'anno 2022

Il Piano triennale dei fabbisogni, tenuto conto di quanto previsto dalla DGR n.147/2022, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2022, 2023 e 2024 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale.

Tale piano sarà suscettibile di ulteriori modificazioni e integrazioni a breve termine alla luce di nuove indicazioni regionali legate all'evoluzione del quadro normativo ed economico nazionale.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la*

predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

L'approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili, e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Si fa rinvio **all'ALLEGATO n. 4** parte integrante e sostanziale del presente PIAO I CUI

CONTENUTI SONO DI SEGUITO SINTETIZZATI:

- INQUADRAMENTO NORMATIVO
- CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 31/12/2021
- CESSAZIONI E ASSUNZIONI ANNO 2022
- PROSPETTO CONCORSI 2022
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2022
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2023-2024
- PROGETTI DI ATTIVITA' AGGIUNTIVA
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- FONDI CONTRATTUALI

SOTTOSEZIONE 3) LAVORO AGILE(ALLEGATO n. 5)

Il lavoro agile (*smart working*) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla L. 7 agosto 2015, n. 124 (cd Riforma Madia) che all'art. 14 ha previsto nell'ambito della P.A. la necessità di introdurre misure atte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

Tra le misure individuate dalla Legge in argomento per l'armonizzazione e conciliazione dei tempi di vita e lavoro, figuravano appunto il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell'attività lavorativa.

La disciplina del lavoro agile è stata poi fornita dal Legislatore nel 2017, con la L. 22 maggio 2017, n. 81 recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa”*.

Indirizzi attuativi per la sperimentazione di tale modalità organizzativa sono stati impartiti alla Pubblica Amministrazione dal Dipartimento della Funzione Pubblica con Direttiva n. 3/2017.

Tuttavia è solo a causa della situazione connessa all'epidemia da COVID-19 del 2020 - e della conseguente esigenza di evitare, laddove possibile, i contatti personali - che il lavoro agile è divenuto una tipologia di esecuzione della prestazione lavorativa largamente diffusa anche nel Pubblico Impiego.

Ciò ha consentito la coesistenza tra distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all'utenza, complice anche la modalità semplificata di attuazione del lavoro agile.

In periodo di pandemia, infatti, il Legislatore ha consentito di prescindere dalla sottoscrizione dell'accordo individuale datore – lavoratore e dal rispetto degli obblighi informativi previsti dal capo II della citata Legge n. 81/2017.

Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Per tutto quanto non disciplinato dal Legislatore nel 2017, è stato applicato il contenuto di contratti collettivi e norme in materia di rapporto di lavoro.

A mero titolo esemplificativo, per l'individuazione dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale ha trovato applicazione la normativa nazionale e comunitaria in materia e la contrattazione collettiva nazionale.

Dal 15 ottobre 2021 la presenza in servizio è tornata ad essere la modalità ordinaria della prestazione lavorativa nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Venuta meno la previsione di eccezionalità della prestazione in presenza, il lavoro agile ha pertanto cessato di essere “la” modalità ordinaria di svolgimento della prestazione”, per divenire “una” delle modalità ordinarie.

Occorre pertanto disegnare oggi una struttura organizzativa del lavoro avanzata, orientata ai risultati, e basata su responsabilizzazione e flessibilità, in forza di un rapporto fiduciario tra lavoratore e datore basato sul principio guida “far but close”. Il lavoro agile deve assumere una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

La vera chiave di volta sarà l’affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito.

Fermo restando quanto sopra, l’accesso a tale modalità potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- l’Azienda deve assicurare il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei dirigenti, dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- l’Azienda deve garantire un’adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo comunque essere prevalente, per ciascun lavoratore l’esecuzione della prestazione in presenza.

Quanto al principio di rotazione corre l’obbligo sottolineare che solo qualora le dimensioni e le qualifiche presenti nella Struttura lo consentano, possono essere individuate misure per garantire una rotazione del personale in modo da assicurare una equilibrata alternanza dello svolgimento delle attività nelle due modalità (a distanza e in presenza);

- ove le misure di carattere sanitario dovessero richiederlo nuovamente, l’Azienda dovrà prevedere comunque la rotazione del personale impiegato “in presenza”;
- l’Azienda deve mettere in atto ogni adempimento finalizzato a fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta ed idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore con lo svolgimento della prestazione in modalità agile;
- l’accordo individuale di cui all’articolo 18, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, tra l’altro:
 - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile,
 - le modalità e criteri di misurazione delle prestazioni medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile,
 - le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore degli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce orarie di contattabilità.

Si fa rinvio al **PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (ALLEGATO n.5)** che diventa **SEZIONE** del presente **PIAO**

SOTTOSEZIONE 4) PIANO AZIONI POSITIVE (ALLEGATO n. 6)

L'art. 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna) prevede che le pubbliche amministrazioni predispongano Piani di Azioni Positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne e che favoriscono il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.

L'art. 42 del medesimo Codice definisce le azioni positive come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'eguaglianza sostanziale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena e effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Altresì si possono definire "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Si fa rinvio al PIANO TRIENNALE delle AZIONI POSITIVE TRIENNIO 2022-2024 (**ALLEGATO n. 6**) che diventa SEZIONE del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali elementi:

RIFERIMENTI NORMATIVI	PAG.	3
FINALITÀ	PAG.	4 - 5
DATI SUL PERSONALE	PAG.	5 - 10
CONCILIAZIONE VITA/LAVORO	PAG.	11
PARITÀ/PARI OPPORTUNITÀ	PAG.	11
BENESSERE DEL PERSONALE	PAG.	11-12
COMITATO UNICO DI GARANZIA	PAG.	12
LE AZIONI POSITIVE	PAG.	12 -13

SOTTOSEZIONE 5) FORMAZIONE (ALLEGATO n. 7)

L'emergenza Covid 19 ha messo davanti sfide importanti e ha portato ad analizzare il nostro modificato contesto di riferimento e lo scenario possibile per la formazione nel breve e medio periodo. L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 ha necessariamente effettuato un ripensamento sulle modalità di erogazione dei percorsi formativi rivolti ai professionisti del Servizio Sanitario Regionale. Il ripensamento ha prodotto un vero e proprio salto culturale e tecnologico, prevedendo la soddisfazione del fabbisogno formativo attuale non più soltanto attraverso le metodologie residenziali classiche, ma anche attraverso le opportunità offerte dalla formazione a distanza (FAD), ferme restando le necessità metodologiche di apprendimento/insegnamento nelle technical skills, da garantire sul campo e in simulazione.

L'assetto organizzativo tende verso un modello dinamico, in grado di massimizzare la diffusione dei servizi a contatto con i cittadini e in grado di far fronte alle continue modifiche a cui è sottoposto il contesto socio politico in cui l'Azienda opera, individuando nella persona e nel patrimonio professionale, la principale risorsa su cui basare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda stessa, che si identifica nei seguenti valori: centralità del paziente e del cittadino-utente; importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale, a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati; confronto con la comunità e le istituzioni orientato alla ricerca di soluzioni per una sanità condivisa e responsabile; innovazione come sviluppo professionale, gestionale, organizzativo e tecnologico a sostegno dei mutamenti di contesto; qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo socio-sanitario ed amministrativo e come metodo di miglioramento basato sulle esigenze dei pazienti e degli operatori; formazione e informazione come elementi di progresso di sistema e professionale per realizzare una cultura del coinvolgimento, per lo sviluppo di alleanze terapeutiche e per il miglioramento dell'attività clinico-assistenziale; gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro; rispetto dell'ambiente per il miglioramento dei livelli di salute. La capacità di un'azienda sanitaria di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di riferimento è, indubbiamente, legata alle conoscenze e alle competenze dei professionisti che le costituiscono. L'Azienda ASL 5 sviluppa le attività facendo propri alcuni principi tra cui il ruolo strategico della formazione continua per l'adeguamento dei contenuti culturali, professionali, organizzativi ed etici che sottendono lo sviluppo e il mantenimento delle competenze necessarie al miglioramento dell'organizzazione, dell'efficacia, della qualità e dell'efficienza del servizio sanitario. La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti con l'evoluzione dei bisogni sanitari, con i mutamenti della domanda determinati dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi.

Si fa rinvio al PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022 (ALLEGATO n 7) che diventa SEZIONE del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali elementi:

INDICE

PREMESSA	PAG.3
MISSION AZIENDALE	PAG.5
IL QUADRO DI RIFERIMENTO AZIENDALE: ACCORDO STATO REGIONI 02/02/2017	PAG.5
IL RUOLO DELLE AZIENDE SANITARIE	PAG.7
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: POLITICHE DI AGGIORNAMENTO/FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE "SALUTE" DEL PERSONALE DIPENDENTE	PAG.7
ORGANI DI GOVERNO DELLA FORMAZIONE	PAG.10
IL COMITATO SCIENTIFICO	PAG.10
I REFERENTI DELLA FORMAZIONE AZIENDALE RAF DIPARTIMENTALI	PAG.10
I RESPONSABILI SCIENTIFICI	PAG.11
I TUTOR D'AULA	PAG.11
DESTINATARI DELLE ATTIVITA' FORMATIVE	PAG.11
IL PERSONALE DIPENDENTE ASL 5	PAG.11
SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO E DIFFUSIONE DELL'OFFERTA FORMATIVA AZIENDALE	PAG.13
STRUMENTI DI VERIFICA	PAG.13
BUDGET PER LA FORMAZIONE INTRA SEDE AZIENDALE	PAG.14
BUDGET PER LA FORMAZIONE EXTRA SEDE AZIENDALE	PAG.14
STRATEGIA E STRUMENTI ADOTTATI PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	PAG.15
1. ANALISI DEI BISOGNI DI FORMAZIONE	PAG.16
2. IL DOSSIER FORMATIVO	PAG.17
3. IL PIANO DELLA FORMAZIONE AZIENDALE	PAG.17
4. IL RAPPORTO SULL'AGGIORNAMENTO/FORMAZIONE AZIENDALE	PAG.18
COME SI STRUTTURA L'ATTIVITA' NEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	PAG.18
LINEE GUIDA NELLA PROGETTAZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	PAG.20
ALLEGATI	
OBIETTIVI STRATEGICI ALLEGATO A	
OBIETTIVI SPECIFICI DIPARTIMENTALI ALLEGATO B	
OBIETTIVI OBBLIGATORI ALLEGATO C	

SEZIONE 4 MONITORAGGI

SEZIONE 4) MONITORAGGI

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Monitoraggio del valore pubblico e performance

Misurare il valore pubblico, generato dall’Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l’intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell’Azienda attraverso le assegnazioni alle strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori sono classificati in base alla loro fonte:

- da flussi il cui risultato deriva dalla fonte stessa,
- obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta

Parallelamente al monitoraggio della **Performance di Struttura** sopra richiamata, si ha quello relativo al Sistema di Valutazione della **Performance Individuale** assicurato dalla produzione di reportistica periodica relativa ai risultati raggiunti per ogni step del processo di valutazione individuale che passa dall’assegnazione degli obiettivi/comportamenti, attraverso una loro valutazione intermedia, alla fase della valutazione finale, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità bloccanti l’iter di processo ed avviare opportune azioni di intervento atte a ripristinare il normale excursus e completamento del ciclo annuale. Rendicontazione di monitoraggio periodica predisposta anche ai fini della correlazione con il sistema di Budgeting aziendale che prevede tra gli obiettivi operativi il rispetto dei tempi di processo tra cui quello della Performance Individuale.

Il Monitoraggio si completa con la Rendicontazione finale delle risultanze conseguite dal personale dipendente sia dell’area della Dirigenza che dell’area del Comparto predisposta anche ai fini della verifica annuale da parte dell’OIV e per la stesura della Relazione sulla Performance.

Monitoraggio dei rischi corruttivi

L'attività di monitoraggio consiste nella "razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti", verificando l'efficacia/efficienza dell'intero sistema. Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo paragrafo del Piano triennale.

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione e apportare i necessari correttivi, è stato messo a regime già dall'anno 2016 un adeguato sistema di monitoraggio semestrale che comporta la valutazione del livello di rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio viene effettuato

- Dai soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.
- Dall'RPCT
- Dagli Organismi di valutazione

Il monitoraggio non si sostanzia soltanto nella verifica dell'attuazione del Piano, ma si estende alla verifica dell'efficacia delle misure previste, al fine di definire gli interventi di implementazione e miglioramento dei suoi contenuti.

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

- La predisposizione da parte del Responsabile della prevenzione, entro la data stabilita da ANAC, di una relazione annuale che riporta il rendiconto, anche sulla base dei rendiconti presentati annualmente dai Referenti e Responsabili di struttura, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano. Lo svolgimento di audit e/o controlli a campione da parte dei Referenti delle macro-aree e del Responsabile della prevenzione, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo. Il sistema di monitoraggio e la definizione delle relative modalità operative

verrà sviluppato ulteriormente nel triennio di validità del presente piano.

- La definizione di un sistema di reportistica tale da consentire ai Referenti e al Responsabile della prevenzione il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure. Considerato il collegamento col Ciclo della Performance la reportistica è quella utilizzata per verificare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia, sia in fase di rendicontazione finale;
- Nel corso degli anni dal 2016 al 2021 il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza è stato effettuato dall'RPCT alla cadenza temporale del 30 giugno e del 31 dicembre per ciascuna struttura esaminando l'attuazione dei singoli obblighi sulla base delle relazioni dei responsabili delle strutture. L'RPC ha predisposto apposita relazione semestrale sullo stato di attuazione delle misure anticorruzione e degli obblighi di trasparenza. Le relazioni relative a ciascun anno sono pubblicate sul sito aziendale e allegate al Piano triennale .

Monitoraggio della Trasparenza e attestazione OIV

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico che deve essere stabilmente garantita , sia da parte del responsabile della trasparenza , che dei soggetti interni all'amministrazione che da parte del Nucleo di Valutazione o OIV.

L'OIV (che è stato nominato con deliberazione DG n.515 del 26.05.2022) , svolge importanti compiti di verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Ai sensi dell'art.14 del D.Lgs. 150/2009 ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità e alla corretta applicazione delle linee guida. Ogni anno svolgono verifiche mirate sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione sulla base delle indicazioni fornite con delibera ANAC e utilizzando specifici modelli di rilevazione e attestazione.

Con deliberazione n. 1111 del 13.12.2017 è stato approvato il regolamento per il funzionamento dell'OIV.

Nell'aggiornamento PNA 2017 (delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017) al paragrafo 4.2 , viene ribadita (come già art. 44 D.Lgs.33/2013, art.1,comma 8 bis Legge 190/2012 introdotto da D.Lgs. 97/2016)"la necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza" e " che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto

degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza" Con comunicato del Presidente ANAC del 12.03.2020 il termine per la verifica dell'OIV sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione, in considerazione dell'emergenza COVID , era stato rinviato al 30.06.2020 con pubblicazione dei dati entro il 31.07.2021.

Quest'anno 2022, con Delibera ANAC 201/2022, sono state fornite indicazioni alle Amministrazioni Pubbliche e ai rispettivi OIV in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. I componenti dell'OIV sono tenuti ad attestare la pubblicazione entro il 31 maggio 2022. L'OIV procederà alla verifica sul sito istituzionale dei dati pubblicati, della loro esattezza e coerenza rispetto al disposto normativo come modificato da FOIA. Verrà redatta la sintesi di rilevazione che insieme alla griglia verrà pubblicata sul sito aziendale entro il 30 giugno 2022. Successivamente si darà attuazione alle eventuali osservazione avanzate dall'OIV in sede di verifica .

Il Responsabile della Trasparenza effettua il monitoraggio interno delle attività del programma triennale della trasparenza assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e segnalando all'organo d'indirizzo politico, all'OIV e all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

A tal fine provvede a:

- Monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui riscontri inadempienze significative rispetto alla completezza, chiarezza, aggiornamento delle informazioni pubblicate, il responsabile solleciterà il referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato. In caso di mancato riscontro provvederà a darne segnalazione alla Direzione generale, all'OIV e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari.
- Predisporre una relazione con cadenza semestrale sullo stato di attuazione del programma che sarà pubblicata sul sito aziendale
- Supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza ,
- Predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio effettuate

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del programma attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario.

Monitoraggio della Formazione

L'Accordo Stato Regioni del 2/2/2017 ha reso espliciti i criteri di verifica della progettualità formativa per singola azienda. La Struttura Formazione per quanto di competenza predispone annualmente, come strumento di verifica aggiuntiva, una relazione di fine anno relativa alle attività formative svolte, inviata alla Direzione Generale, ai Direttori di Dipartimento, ai RAF Dipartimentali e pubblicata sul sito [aggiornamento/formazione](#), per una analisi dei risultati quali:

- n° di eventi programmati \realizzati
- n° di personale programmato\ effettivo
- tipologie formative programmate\ realizzate
- n° totale crediti complessivi assegnati
- n° crediti assegnati /crediti effettivi
- n° ore di formazione erogate sul totale edizioni
- n° totale edizioni accreditate/realizzate

La Spezia, 20 Giugno 2022