



Sistema Sanitario Regione Liguria

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

ALLEGATO A

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2023-2025

INDICE

	PREMESSA	2
1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1	CHI SIAMO	5
1.2	COSA FACCIAMO	16
2	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	18
2.1	VALORE PUBBLICO	19
	<i>PNRR in sanità, cos'è</i>	<i>24</i>
	<i>Case di comunità</i>	<i>25</i>
	<i>Ospedali di comunità</i>	<i>26</i>
	<i>Centrale operativa territoriale (COT)</i>	<i>27</i>
	<i>ASL5- case di comunità, ospedali di comunità e COT</i>	<i>28</i>
	<i>Interventi per antisismica: verso un ospedale sicuro e sostenibile</i>	<i>29</i>
	<i>Ammodernamento del Parco tecnologico ospedaliero: rinnovo apparecchiature</i>	<i>30</i>
	<i>Interventi di edilizia sanitaria e nuove tecnologie</i>	<i>31</i>
	<i>Progetto Gaslini: l'innovativa vision dell'offerta pediatrica in Liguria</i>	<i>32</i>
	<i>Gestione liste d'attesa: recupero prestazioni</i>	<i>34</i>
	<i>Home visiting</i>	<i>35</i>
	<i>Percorso formativo su Community Building</i>	<i>36</i>
	<i>Progetto QUI INSIEME</i>	<i>37</i>
	<i>Presa in carico percorso profughi</i>	<i>38</i>
	<i>Screening mammografico, cervice, colon</i>	<i>39</i>
	<i>Obiettivi di digitalizzazione e informatizzazione triennio 2023-2025</i>	<i>41</i>
	<i>Progetto AREAS: passaggio al nuovo sistema di contabilità</i>	<i>43</i>
	PERFORMANCE	46
	<i>Performance organizzativa e individuale</i>	<i>46</i>
	<i>Il Piano della Performance di ASL5</i>	<i>48</i>
	RISCHI CORRUTTIVI	49
	<i>Responsabile prevenzione corruzione e Trasparenza</i>	<i>51</i>
	<i>Obiettivi strategici del PTPCT 2023-25</i>	<i>52</i>
	<i>Analisi del contesto esterno e interno</i>	<i>54</i>
	<i>Coordinamento e integrazione tra PTPC e ciclo della Performance</i>	<i>55</i>
	<i>Scadenziario obblighi 2023</i>	<i>60</i>
2.2	TRASPARENZA	66
	<i>Obiettivi strategici in materia di trasparenza</i>	<i>67</i>
	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	69
2.3	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	70
2.4	PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) anni 2022-2024	95
2.5	LAVORO AGILE	97
2.6	PIANO AZIONI POSITIVE	99
2.7	FORMAZIONE	100
3	MONITORAGGI	101

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

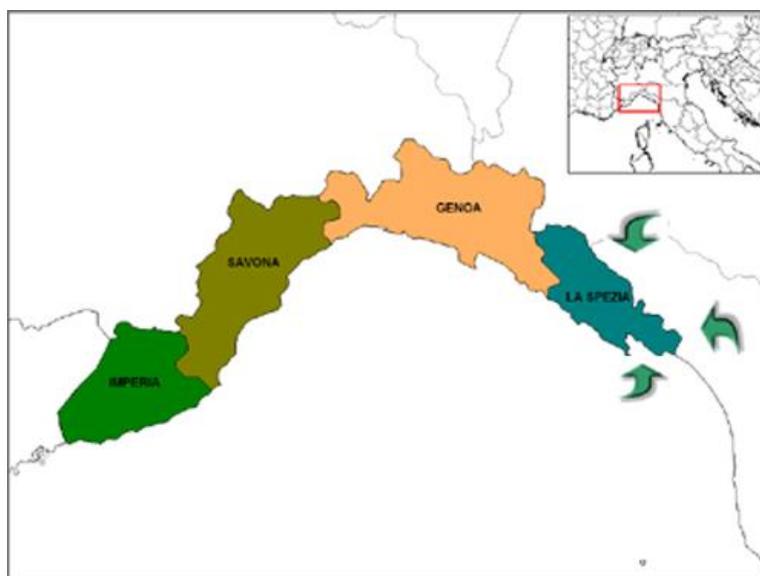
Sottosezione 2) COSA FACCIAMO

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 S.S.R. 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 una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2022, il bacino di utenza di ASL5 è costituito da circa 211.976 abitanti su una superficie di circa 666,54 Km2. Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.169 abitanti.

Territorio	La Spezia				
	2018	2019	2020	2021	2022
Tipo indicatore					
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,2	6,1	6	5,9	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	14	13,4	15,8	14,5	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-7,8	-7,3	-9,8	-8,6	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,7	3,4	2	3,3	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	3,1	1,8	1,7	2,9	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	2,3	4,5	2,1	3,5	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	..	-2,2	-1	-1,8	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	5,4	4,1	2,8	4,6	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-2,4	-3,2	-7	-4	..
numero medio di figli per donna	1,26	1,26	1,24	1,21	..
età media della madre al parto	31,7	31,8	31,8	32,4	..
speranza di vita alla nascita - maschi	80,8	81,3	80	81	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	19,3	19,7	18,2	19,1	..
speranza di vita alla nascita - femmine	85,5	85,8	84,7	84,9	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,6	23,1	22	22,1	..
speranza di vita alla nascita - totale	83,1	83,5	82,3	82,9	..
speranza di vita a 65 anni - totale	21	21,4	20,1	20,6	..

popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		11,3	11,3	11,2	11,2	11,1
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		61,1	61,2	61,2	61,2	61,2
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		27,5	27,5	27,6	27,6	27,7
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio		63,6	63,4	63,3	63,5	63,3
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio		45	44,9	45,1	45,1	45,2
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio		242,6	243,6	247,3	245,7	249,6
età media della popolazione - al 1° gennaio		48,5	48,6	48,7	48,8	48,9

<http://dati.istat.it/>

- **Indice di vecchiaia:** rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.
- **Indice di dipendenza strutturale.** rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).
- **Indice di natalità:** rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.
- **Indice di mortalità:** rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

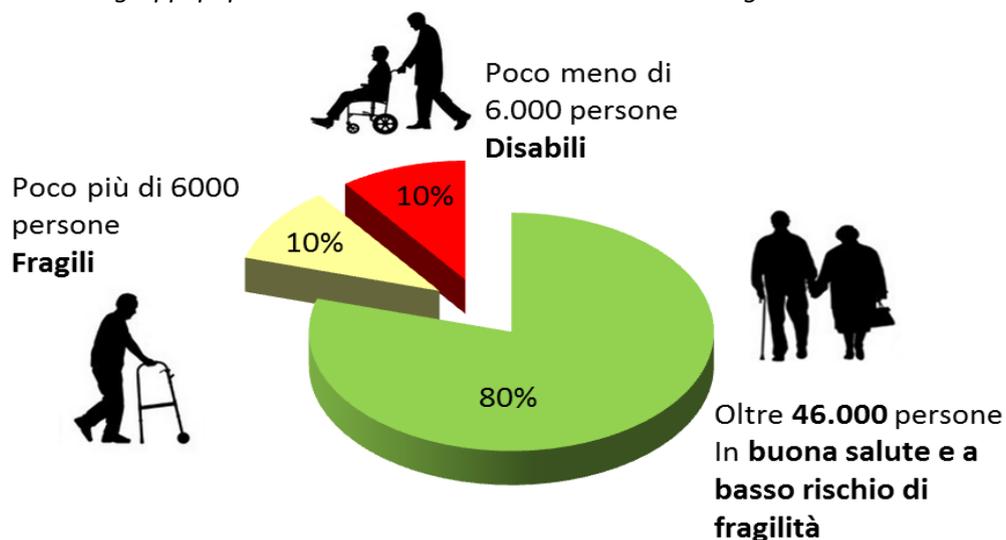
Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione di ASL 5 è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: al 1° gennaio 2022 risultavano residenti 58.377 persone con 65 anni e più, pari al 27,5% della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni era pari a circa 248; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 248 anziani.

E' noto come la popolazione ultrasessantaquattrenne non sia un gruppo omogeneo per stato di salute e bisogni socio-assistenziali, ed è perciò importante distinguere sottoinsiemi di persone 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), la sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento ha permesso di distinguere tre gruppi di persone over 64enni con caratteristiche e bisogni molto diversi tra loro e di stimare il loro ammontare (vedi figura seguente):

- Circa 4 anziani su 5, pari a oltre 46.666 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- Poco più di 6.000 persone presentano invece segni di fragilità* e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- Poco meno del 6.000 sono invece persone non autosufficienti** e con varie tipologie di disabilità.

Stima sottogruppi popolazione anziana ASL 5 - Fonte: Passi d'Argento 2020-21

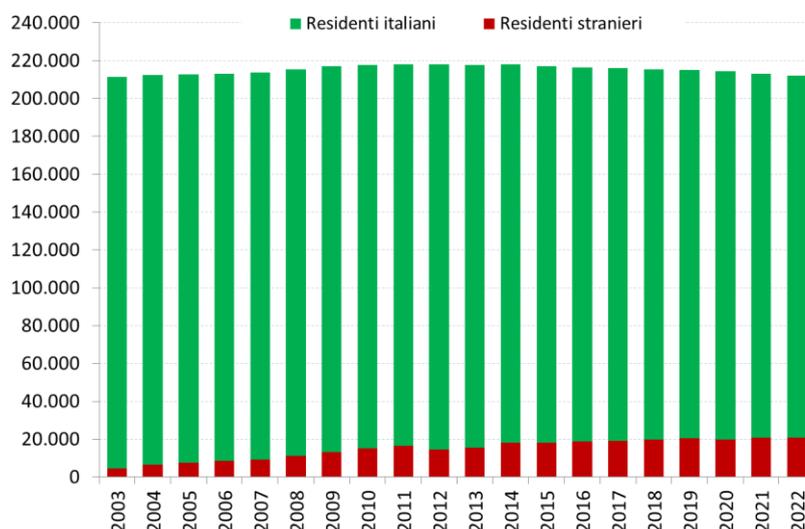


* Non autonomi in almeno 2 IADL ma ancora autonomi in tutte le ADL

** Non autonomi in almeno 1 ADL

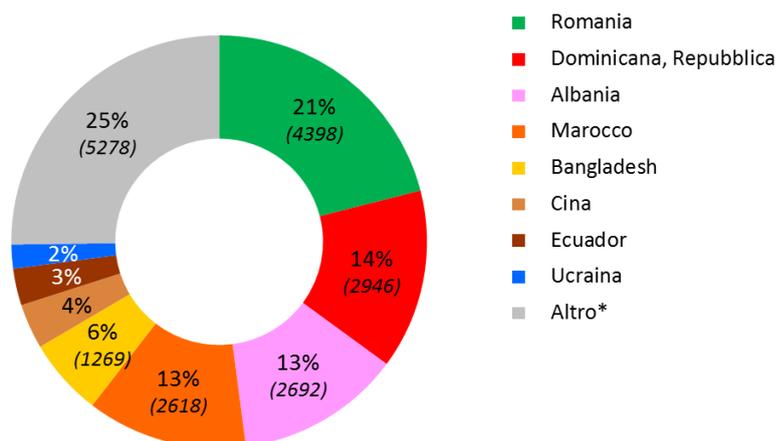
Come si evince dal grafico seguente, un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2022 risultavano 20.807 stranieri residenti, pari a poco meno del 10% della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (dalle 4554 unità del 2003, si è arrivati ai 20.807 del 2022, con un incremento medio annuo dell'8% circa).

Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5 - Fonte: ISTAT



Per quanto riguarda i paesi di provenienza, 8 Paesi danno conto di poco meno del 75% delle presenze: la Romania si colloca al primo posto (21% circa degli stranieri residenti), seguita da Repubblica Dominicana, Albania, Marocco, Bangladesh, Cina, Ecuador e Ucraina.

Popolazione straniera residente per cittadinanza - ASL 5 1° gennaio 2022 Fonte: ISTAT



Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina erano pari a 15.381 persone al 1° gennaio 2022 (dato più recente disponibile). Di queste persone, 4.716 erano titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 10.665 titolari di permesso a lunga scadenza. Per quanto riguarda il Paese di provenienza la Repubblica Dominicana è quello più rappresentato (circa il 19% dei permessi rilasciati) seguito da Albania e Marocco (17%), Bangladesh (9%), Cina (5%) ed Ecuador (4%). Seguono poi Ucraina (3% circa) e Tunisia (2%)

L'Area territoriale è articolata in tre Distretti Sociosanitari:

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, Luni, Santo Stefano di Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.



	Distretto Sociosanitario 17 Val di Vara e Riviera	Distretto Sociosanitario 18 La Spezia e Golfo	Distretto Sociosanitario 19 Val di Magra
Superficie (Km²)	465,15	75,07	126,32
Comuni	19	3	7
Densità abitativa (abitanti/ Km²)	80,43	1.398,76	550,70
Popolazione residente	37.410	104.999	69.567
% residenti 0-14 anni	10,6%	11,2%	11,2%
% residenti 15-64 anni	59,8%	61,3%	62,3%
% residenti ≥65anni	29,5%	27,5%	26,5%
% Stranieri residenti	6,3%	12,9%	7,0%
Indice di vecchiaia*	277,6%	245,0%	237,2%

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 **139 medici di base e 21 pediatri di libera scelta**.
Concorrono, inoltre, a garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie in regime di convenzione, **91 medici specialisti ambulatoriali e 20 medici di continuità assistenziale**.

L'Azienda è articolata in 10 Dipartimenti e 56 Strutture Complesse nell'ambito delle quali operano circa 2262 dipendenti (al 31.12.2022).

CATEGORIE PROFILI	ruolo	m	f
ruolo sanitario	1710	464	1246
ruolo professionale	5	5	0
ruolo tecnico	332	79	253
ruolo amministrativo	215	62	153
totale generale	2262	210	1649

Durante l'anno 2022 sono state espletate 9 selezioni di Struttura Complessa, 12 concorsi a tempo indeterminato per dirigenza e comparto, 27 procedure di avvisi a tempo determinato, 46 procedure interne per incarichi di funzione, 50 per incarichi di coordinamento e 6 per incarichi F.F. , 4 procedure dal centro per l'impiego, 3 procedure di mobilità, 2 procedure per borse di studio (totale 159 procedure che hanno portato all'assunzione di n. 329 unità di personale a tempo indeterminato e n. 114 a tempo determinato).

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 Dicembre 2022 sono:

	S. Andrea			S. Bartolomeo			Presidio		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	215	214	1	171	165	6	386	379	7
DH	25	23	2	10	8	2	35	31	4
DS	10	10		6	6		16	16	
Totale	250	247	3	187	179	8	437	426	11
OBI	11			4			15		

Alma Mater La Spezia	Dicembre 2022			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	4	1		5
MEDICINA GENERALE	22	22		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	1		14
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1		2

Don Gnocchi	Dicembre 2022			
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			

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	20	5	
Struttura semiresidenziale					1	2	2	7****	

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici **	Posti letto Assistenza ai minori*
Struttura residenziale	563	133	10
Struttura semi-residenziale	15	85	5

*i posti letto assistenza ai minori sono riferiti agli inserimenti presso strutture liguri ed extra-regionali

**i posti si riferiscono alle strutture liguri di cui ASL5 è capofila e alle strutture extra-regionali dell'ente gestore cardinal Maffi

***sono ivi incluse anche le Strutture liguri in cui ASL5 non è capofila, nonché i contratti aziendali regionali ed extra-regionali

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

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:

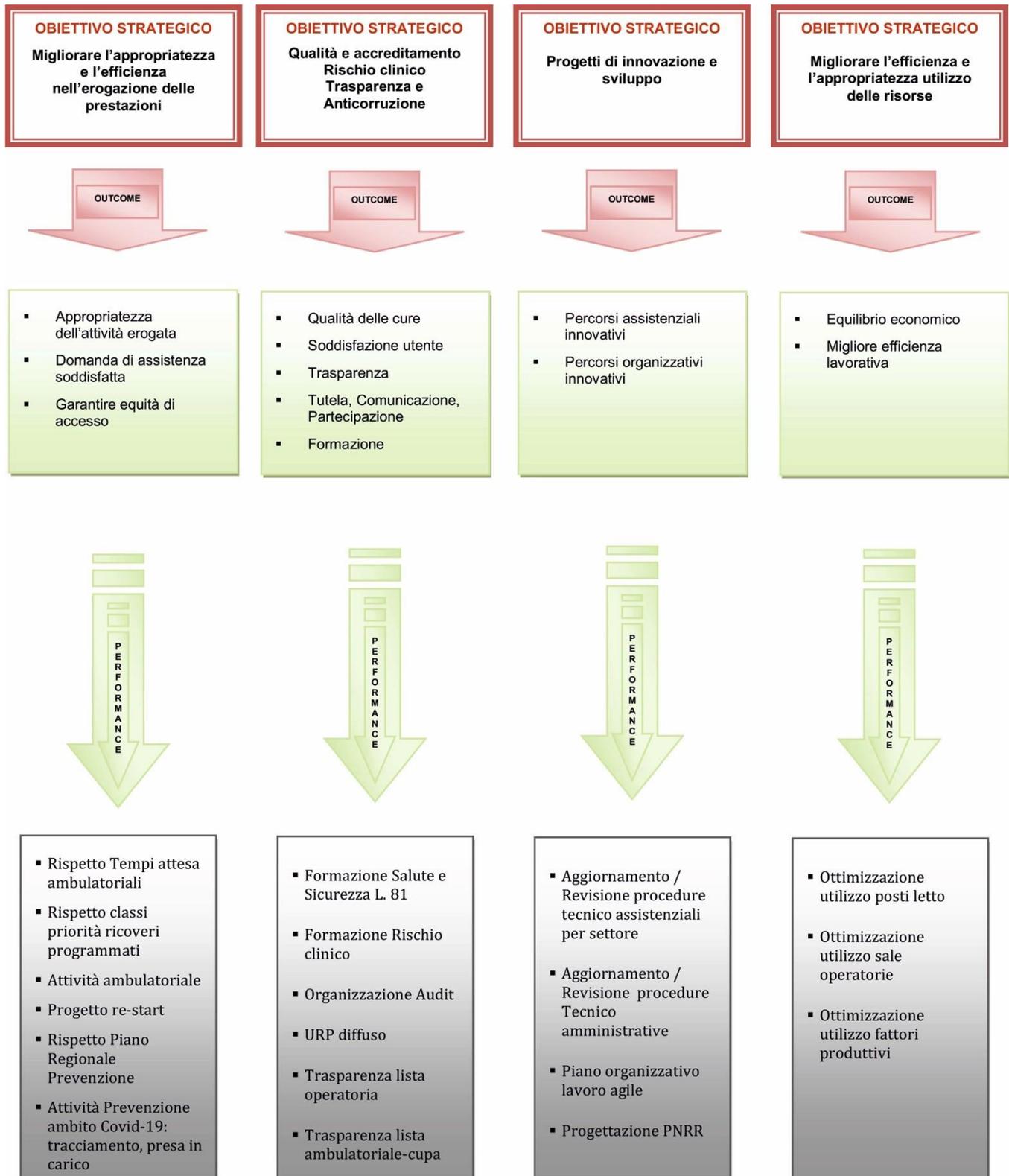
- credere nel **primato delle relazioni umane con le persone** che scelgono di curarsi nella Nostra Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata **formazione** dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali.
- tendere alla **qualità**, quale migliore sintesi 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).

In particolare secondo le indicazioni regionali gli ambiti prioritari di azione dovranno essere:

- Area economica
- Vaccinazioni
- Screening
- Sanità animale ed igiene degli alimenti
- Appropriatelyzza ed erogazione delle cure
- Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento in PS)
- Governo liste d'attesa
- PNRR
- Residenzialità

Indicatori di Valore Pubblico



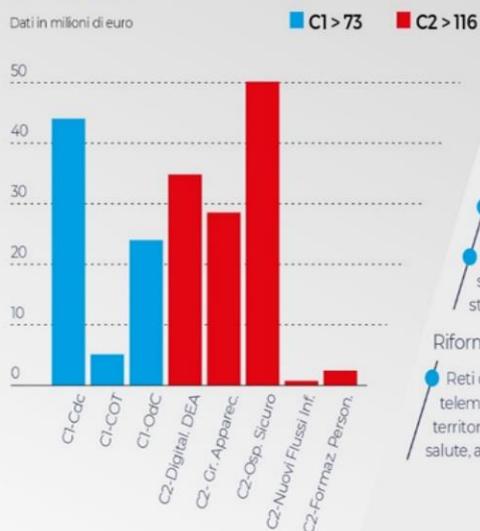
PNRR IN SANITA', COS'E'

- 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 e telemedicina
- 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

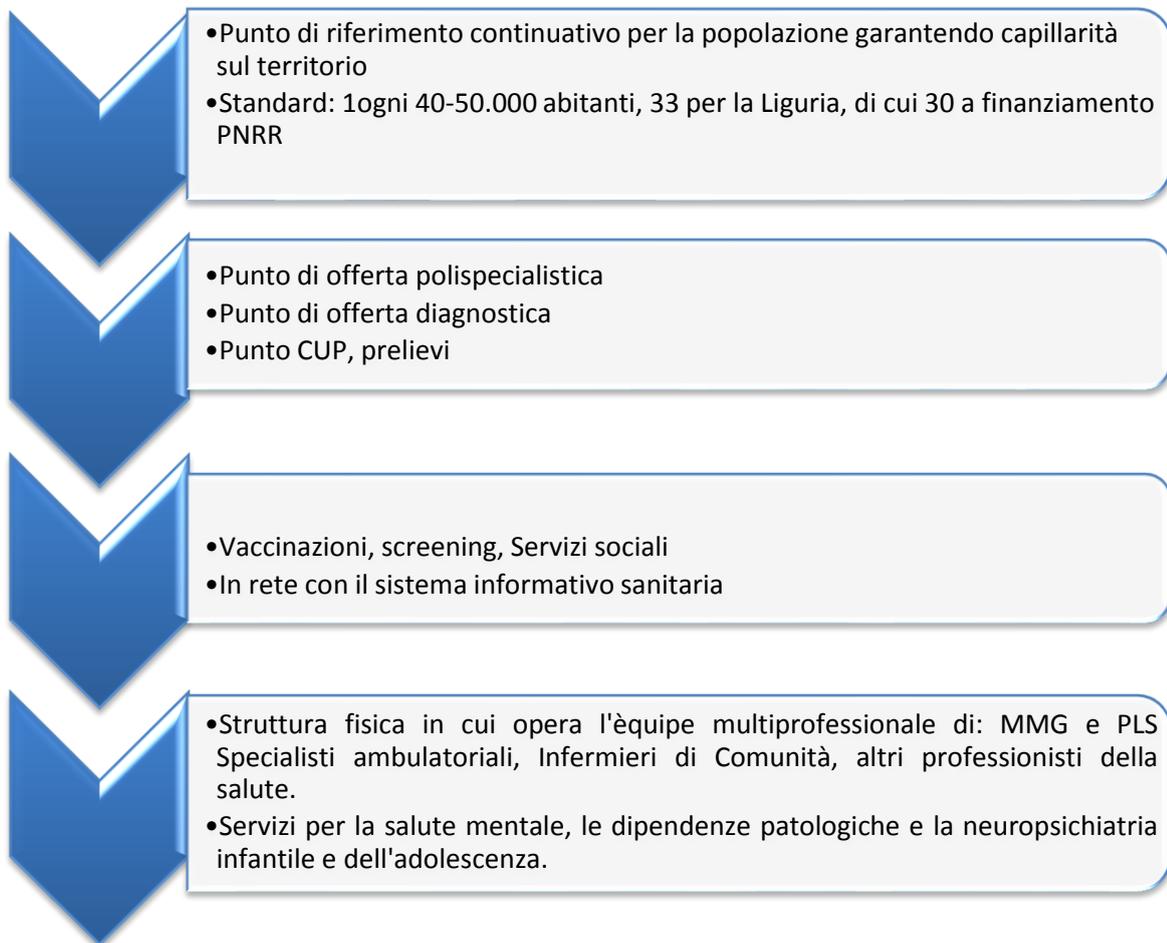
- Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

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'équipe 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.

ASL5 ha previsto le case di Comunità nei comuni di Sarzana, Luni, La Spezia, Bolano (Ceparana)



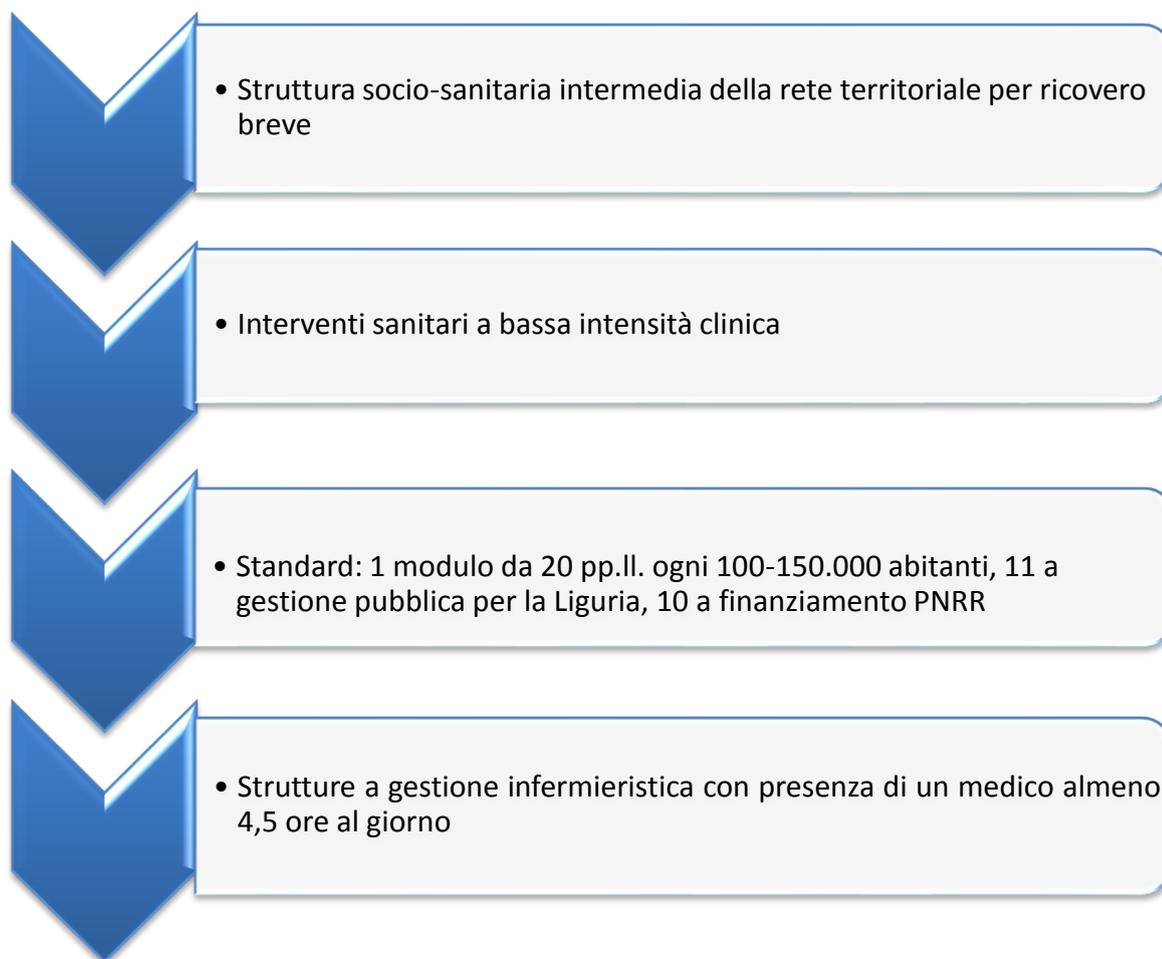
OSPEDALI DI COMUNITA'

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.

Al momento in ASL è operativo n. 1 Ospedale di Comunità nel Comune di Levanto con 15 posti letto, che saranno portati a 20.

E' in fase di predisposizione un secondo Ospedale di Comunità attiguo l'Ospedale San Bartolomeo di Sarzana con 20 posti letto.



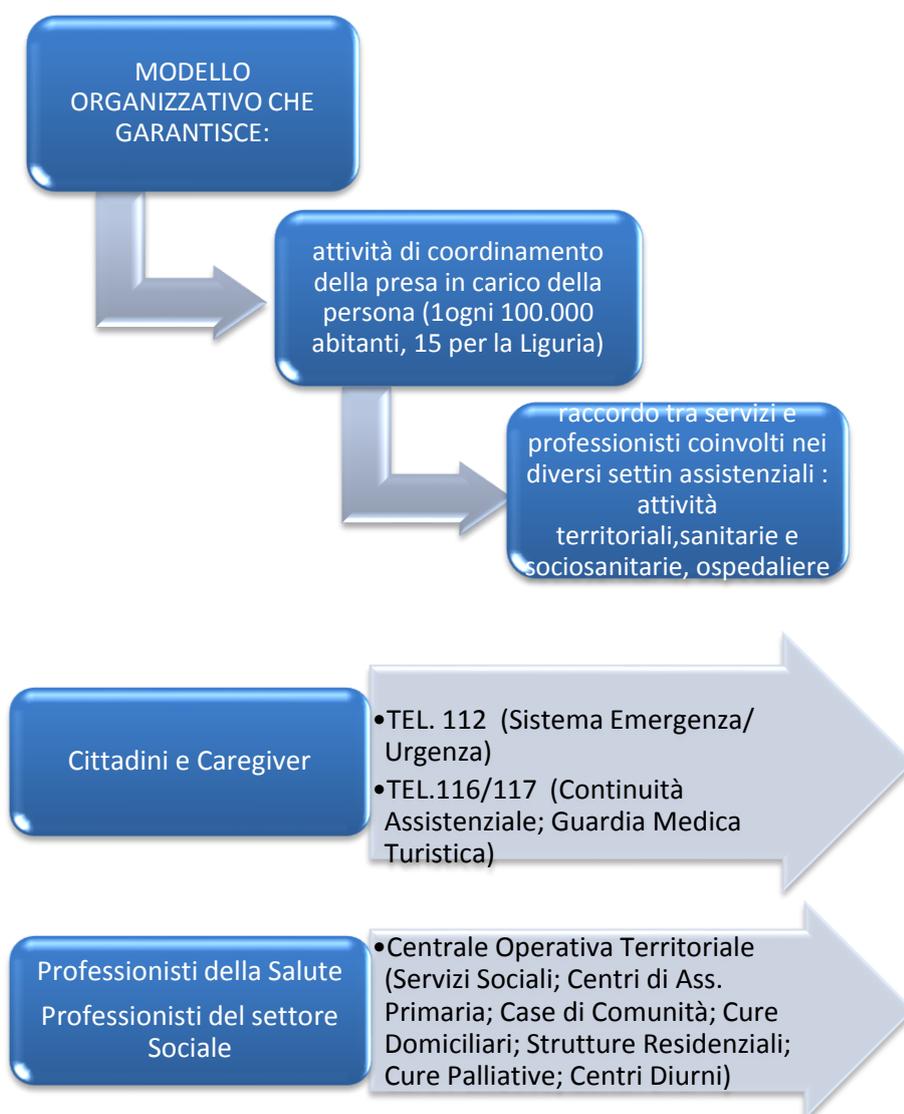
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

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.

La COT si articola secondo un modello HUB-SPOKE

n.1 HUB sito in via XXIV Maggio

n.3 SPOKE Distrettuali (Sarzana, Ceparana, La Spezia)



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

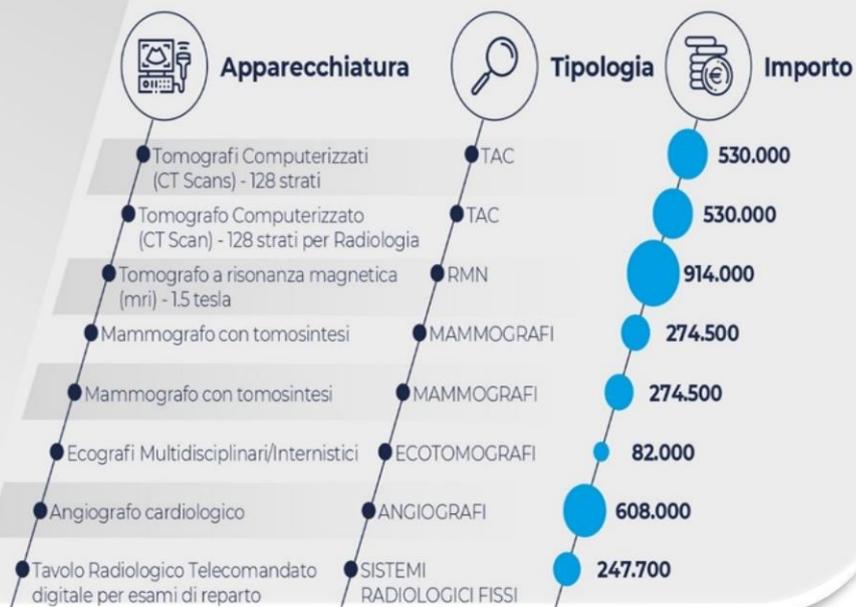
ASL 5 - Rinnovo apparecchiature



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 (DGR 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

400.000,00

● 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*", l'avvio operativo ha avuto decorso 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 03/01/2023	14.250	8.128	12.664

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

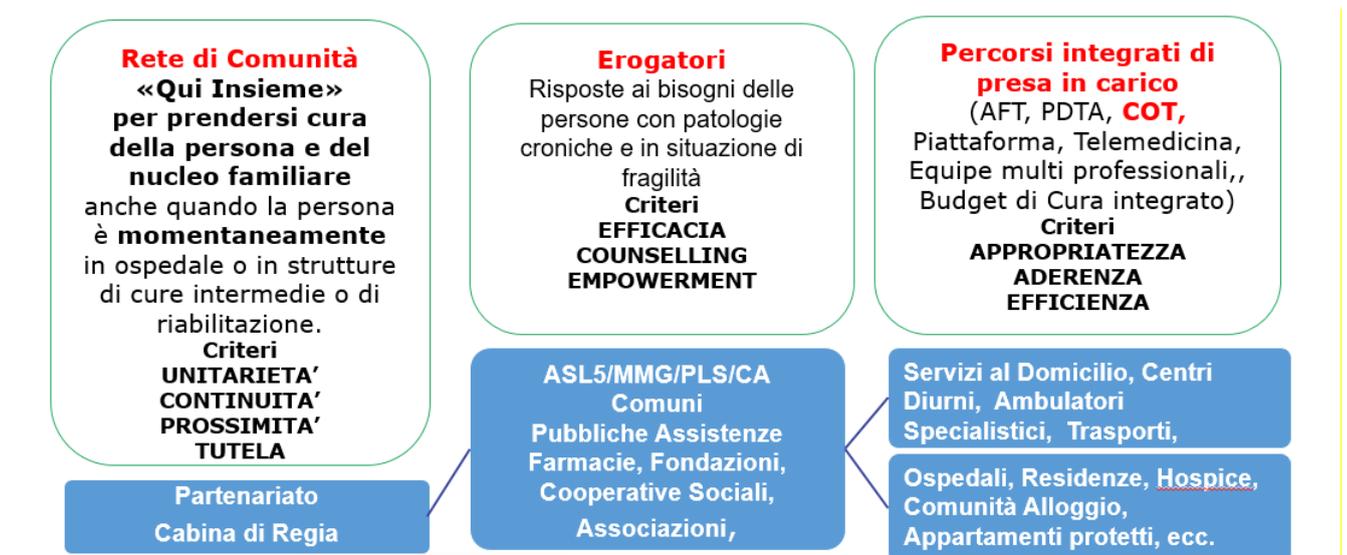
- Il percorso formativo per gli stakeholder del Community Building vuole offrire una forma di accompagnamento per la ASL 5 sul tema dello sviluppo dei servizi territoriali alla luce del PNRR e del DM 71
- Il corso si rivolge agli stakeholder delle iniziative di Community Building: rappresentanti del 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.

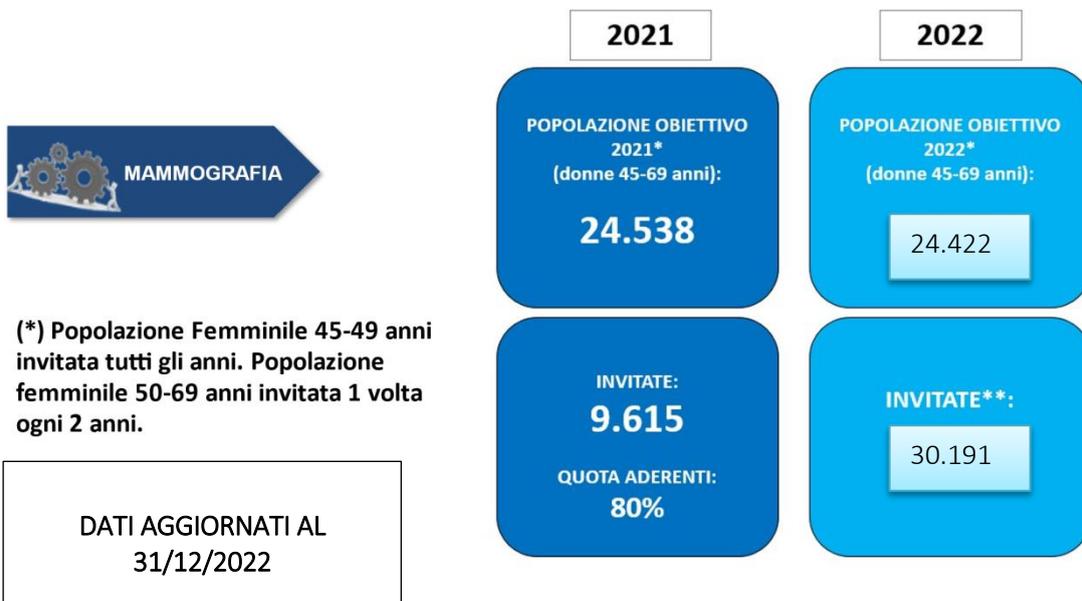
L'Assistente Sociale contatta MMG/PLS per valutare la necessità di una presa in carico della persona e la redazione di un Progetto Assistenziale Individualizzato, con eventuale invio ai Servizi Sociali del comune di domicilio coinvolgendo anche gli enti del Terzo Settore.

Con il conflitto Russo-Ucraino numerosi sono stati gli arrivi dopo i primi mesi di marzo. Aprile e maggio. Il numero dei profughi è gradualmente diminuito.

Al 31/12/2022 i profughi erano n.697.



SCREENING MAMMOGRAFICO, CERVICE, COLON



**CERVICE**

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

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2022

2021

POPOLAZIONE OBIETTIVO
2021*
(donne 25-64 anni):

18.712

INVITATE:
17.543

QUOTA ADERENTI:
29%

2022

POPOLAZIONE OBIETTIVO
2022*
(donne 25-64 anni):

18.712

INVITATE**:

20.237

Asi5
Sistema Sanitario Regione Liguria

**COLON**

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

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2022

2021

POPOLAZIONE OBIETTIVO
2021*
(50-69 anni):

31.805

INVITATI:
31.777

QUOTA ADERENTI:
27%

2022

POPOLAZIONE OBIETTIVO
2022*
(50-69 anni):

31.158

INVITATI**:

31.229

Asi5
Sistema Sanitario Regione Liguria

OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE E INFORMATIZZAZIONE TRIENNIO 2023 – 2025

In ottemperanza alla strategia digitale nazionale, regionale e aziendale sono stati individuati i seguenti obiettivi di digitalizzazione per il triennio 2023-2025.

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 2023.

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 2023.

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 2023.

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**

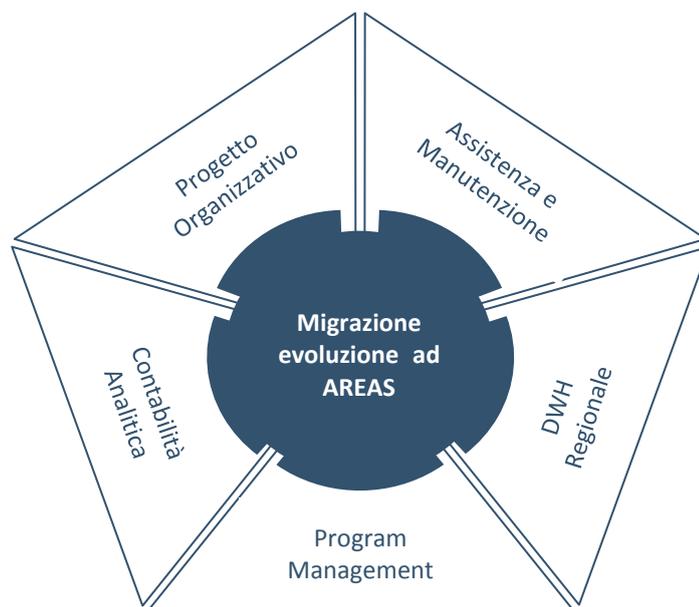
L'attenzione alla formazione pervade l'intero arco progettuale ed è introdotta fin dall'inizio della Fase di Verticalizzazione con l'attivazione dell'ambiente di formazione che, oltre a supportare le attività di analisi preliminari, consente l'organizzazione di workshop di presentazione del sistema,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



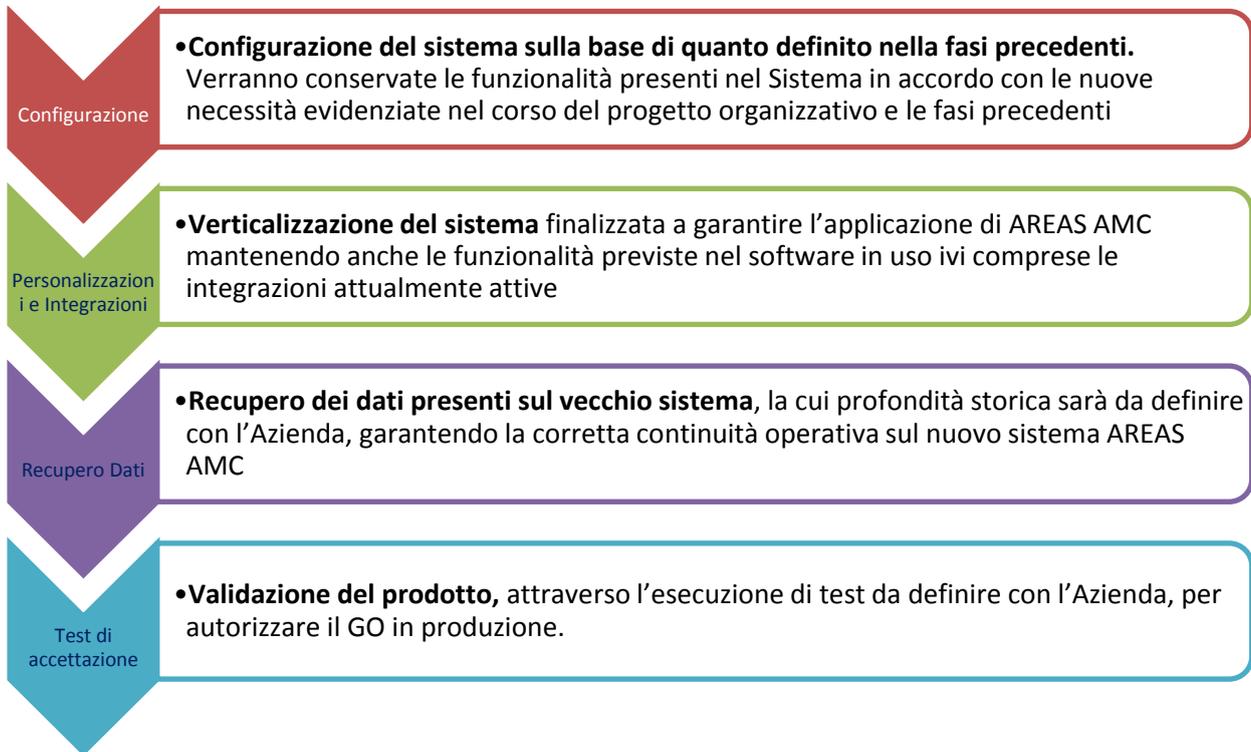
MIGRAZIONE ED EVOLUZIONE AD AREAS

- **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, è un documento programmatico triennale, con la cui adozione, ai sensi dell'articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., vengono individuati gli obiettivi strategici ed i risultati attesi per la gestione aziendale nel medio-lungo periodo.

Il Piano, oltre ad individuare indirizzi ed obiettivi strategici dell'Azienda, permette di definire, nella mappatura dell'albero della performance, gli indicatori collegati agli obiettivi operativi per la misurazione e la valutazione della performance su base annuale.

L'aggiornamento e la rendicontazione di tali indicatori sono esposti nella Relazione sulla Performance presentata dalla Direzione Aziendale entro il 30 giugno di ogni anno, in adempimento a quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett b) del Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009, con riferimento ai risultati dell'anno precedente.

Il Piano della Performance è oggetto di aggiornamento annuale.

Attraverso l'adozione del Piano risulta possibile :

- Valorizzare, in linea con la strategia regionale, la dimensione strategica dell'Azienda Socio Sanitaria;
- Individuare gli indirizzi prioritari che la Direzione intende attuare nel medio lungo periodo ed i risultati attesi, orientando le scelte di programmazione di breve periodo;
- Definire le modalità per la traduzione delle strategie in azioni e risultati operativi (obiettivi di budget annuali) ;
- Determinare le relazioni con il contesto ambientale ed il sistema degli interlocutori sociali di riferimento rilevanti per le finalità aziendali, che possano influenzare le capacità di conseguire i risultati;
- Assicurare una maggiore integrazione fra le articolazioni organizzative aziendali e una comune tensione verso gli obiettivi strategici pluriennali;

- Avviare in Azienda il ciclo di gestione della performance con l'obiettivo di definire la performance aziendale, misurarla e renderne possibile la valutazione;
- Garantire, attraverso adeguate modalità e strumenti di comunicazione, chiarezza e trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance e consentire una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders, al fine di realizzare una maggiore interazione tra la Azienda e gli stessi.

Il presente nuovo piano triennale 2023-2025 tiene conto degli indirizzi e delle disposizioni contenute nella riforma operata con il D.Lgs. n. 74 del 2017 che ha integrato e modificato il D.Lgs. 150/2009 e delle Linee guida per il Sistema di misurazione e valutazione della performance emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica con particolare riferimento alle Linee guida per il Piano della performance n. 1 del giugno 2017 e Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n. 5 del dicembre 2019 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

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:

	Introduzione: il Piano della Performance.....
1	L'Azienda Sociosanitaria ASL5 : contesto interno e esterno.....
2.	Principali attività dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5...
2.1	Assistenza ospediera :ricoveri.....
2.2	Assistenza ospediera: funzionamento sala operatoria.....
2.3	Assistenza ospediera: sistema emergenza.....
2.4	Sistema distrettuale : specialista ambulatoriale.....
2.5	Assistenza distrettuale: assistenza domiciliare,cure palliative,hospice.....
2.6	Prevenzione collettiva e sanità pubblica.....
3.	Sistema esterni di valutazione della performance: bersaglio MES e PNE.....
3.1	Sistema di valutazione della performance del Laboratorio Sant'Anna MeS.....
3.2	Programma nazionale esiti (PNE).....
4	l'Organizzazione.....
5	La pianificazione e programmazione regionale.....
6	Processo di gestione del ciclo della performance.....

- 6.1 Performance organizzativa.....
- 6.2 Linee guida per il Budget 2023.....
- 6.3 Performance individuale.....

SOTTOSEZIONE 3) RISCHI CORRUTTIVI

Nel **PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA** (TRIENNIO 2023-2025) 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 2023-2025 (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
ART.2	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO NAZIONALE E AZIENDALE
ART.3	OGGETTO/FINALITA' DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE:OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI
ART.4	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALE E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE
ART.5	COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE.
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
ART.7	OBBLIGHI DI CONOSCENZA
ART.8	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO
ART.9	MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE
ART.10	METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ALL.5 PNA)
ART.11	AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE (INDIVIDUATE NEL PNA)
ART.12	AREE DI RISCHIO GENERALI PER LA SANITA' (DETERMINA ANAC N. 12/2015)
ART.13	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE/ULTERIORI
ART.14	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO
ART.15	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: ROTAZIONE
ART.16	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: OBBLIGO DI ASTESIONE IN CASO CONFLITTO DI INTERESSI
ART.17	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: CONFERIMENTO/AUTORIZ.INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI
ART.18	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI
ART.19	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI
ART.20	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO PANTOUFLAGE
ART.21	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: DIVIETO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA
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.
ART.23	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO:

	TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE UN ILLECITO
ART.24	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: FORMAZIONE DEL PERSONALE
ART.25	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI
ART.26	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE
ART.27	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI
ART.28	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI
ART.29	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: CODICE DI COMPORTAMENTO
ART.30	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO: TRASPARENZA
ART.31	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO ULTERIORI (SPECIFICHE E GENERALI)
ART.32	RESPONSABILITA' E SANZIONI
ART.33	NORME FINALI/ALLEGATI

ALLEGATI al PTPCT 2023-2025

ALLEGATO n. 1): "REGISTRO RISCHI" con mappatura rischi e misure al 31.12.2022

ALLEGATO n 2): SCADENZIARIO OBBLIGHI per applicazione misure di prevenzione e specifiche) anno 2023 corruzione (generali

ALLEGATO n. 3): RELAZIONE ANNUALE 2022 RPCT su prevenzione corruzione_

ALLEGATO n.4):PIANO TRIENNALE TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI) 2023-2024-2025

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 2022) _____

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 Barbara GRAVERINI è stato prorogato temporaneamente con delibera n. 71 del 21.01.2021 e del. n. 511 del 30.06.2021

OBIETTIVI STRATEGICI DEL PTPCT 2023-2025

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 2023-2025 :

- A. Applicazione del PNA 2022 – 2024 in fase di approvazione con particolare riferimento all'area dei contratti pubblici e alla revisione della tabella degli obblighi di trasparenza
- B. Approfondimenti su inconferibilità e incompatibilità e conflitto di interessi
- C. Definizione procedure per pantouflage
- D. Attività di Formazione per il personale neoassunto dell'Azienda in materia di prevenzione corruzione, etica, codice di comportamento , legge 190 e metodologia di gestione del rischio
- E. Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e interpretazione uniforme della normativa in materia;
- F. Attivazione registro informatico degli accessi
- G. Regolamento su utilizzo dei servizi informatici ,dei social e videosorveglianza
- H. Revisione regolamento acquisti beni e servizi
- I. Applicazione procedure su sponsorizzazione eventi formativi e sperimentazioni
- J. Applicazione procedure per la gestione degli accessi degli informatori scientifici
- K. Applicazione linee guida patti di Integrità
- L. Predisposizione misure atte ad arginare i rischi di conflitto di interessi connessi alla partecipazione (retribuita) ad eventi sponsorizzati da case farmaceutiche
- M. Predisposizione misure di trasparenza e prevenzione per la gestione dei finanziamenti del PNR

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 2022 emerge:

- La diminuzione delle violazioni disciplinari e dei procedimenti attivati all'interno di ASL 5; I procedimenti disciplinari scendono da 9 del 2021 agli attuali 4 del 2022

- Osservando le classifiche, per i reati che maggiormente incidono sulla percezione della sicurezza per i furti in generale la provincia è al trentaquattresimo posto con 2.496 denunce, ma per i furti con destrezza e negli esercizi commerciali è al decimo (355) e per le rapine nelle attività commerciali si posiziona al quattordicesimo con 16 denunce. Alla Spezia, infine, i reati meno diffusi sono: danneggiamento seguito da incendio (centoquattresimo posto con 4 denunce), al novantanovesimo posto il delitto di estorsione con 20 denunce, al novantottesimo gli omicidi colposi (3), al novantatreesimo percosse (36 denunce).
- 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 e la 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 e della 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 inconfiribilità 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 .

SCADENZIARIO OBBLIGHI 2023

MISURA DI PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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	Aggiornamento annuale del PTPC e Trasparenza e pubblicazione sul sito web aziendale Divulgazione dei suoi contenuti presso tutte le strutture aziendali Comunicazione a OIV	Per l'anno 2023 la scadenza per approvazione e pubblicazione del PTPCT e PIAO è al 31 gennaio	RPCT
	Assegnazione obiettivi performance anno 2023 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 s p . SC Governo clinico e controllo gestione RPCT
	Relazione annuale su griglia ANAC sui risultati dell'attività anticorruzione	il termine stabilito da ANAC per il 2023 15.1.2023	RPCT
	Relazione annuale a RPCT da parte di tutti i Responsabili delle strutture inserite nel Registro rischi sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (sia obbligatorie che ulteriori).L'RPCT riporta gli esiti di tali relazioni su apposito prospetto annuale	31.12.2023	Direttori/Responsabili delle strutture interessate RPCT
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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>Publicazione e aggiornamento</u> (alle scadenze temporali previste) sul sito istituzionale dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione secondo le disposizioni e responsabilità di cui al Piano Trasparenza 2023-2025 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 30.06.2023 Al 31.12.2023	Direttori/Responsabili delle strutture interessate RPCT
	Applicazione <u>Regolamento unico su diritto di accesso semplice e generalizzato, gestione richieste accesso e COMPLETAMENTO PROCEDURE PER GESTIONE INFORMATIZZATA REGISTRO DEGLI ACCESSI</u>	Entro 31.12.2023	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	OIV e RPCT

Pagina 2

MISURA DI PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGETTI/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 PPAAs 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. Approvv. 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 2023	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 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

Pagina 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 2023	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 31.12.2023	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 si 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 .2023	Tutti i responsabili di strutture
	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

Pagina 4

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI , INCOMPATIBILITA' INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI (d.Lgs. 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 e</u> 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 31.12.2023	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

Pagina 5

	Acquisizione dichiarazione di assenza di situazioni di inconfiribilità/incompatibilità da parte dei Direttori Aziendali e degli altri soggetti obbligati e pubblicazione sul sito della Trasparenza e verifica	Entro 31.3.2023	RPCT
--	--	-----------------	------

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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)	Verifica e attestazione 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
	Applicazione regolamento aziendale sugli incarichi gratuiti (del. N. 263 del 30 marzo 2018) Inserimento negli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito 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

Pagina 6

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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)	Inserimento nei contratti di assunzione del personale o di affidamento di incarichi del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001 (clausola di pantouflage) 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
	Inserimento nei bandi di gara e negli atti di affidamento di forniture di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private, 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. Approv. e contratti, SIA, Ingeg.clinica, Gestione Tecnica, Att.amm.osped.territorio

Pagina 7

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
INCOMPATIBILITA' CONSEQUENTE A CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA (Art.35 bis D.Lgsl. 165/2001) (Art. 22 del Piano aziendale)	Verifica della sussistenza o meno di precedenti penali, 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 atti di interpello per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di apposite condizioni ostative al conferimento Relazione al RPC 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
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE

Pagina 8

TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI (Art. 54 bis D.Lgsl.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
	Adozione procedure operative per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing	Entro 31.12.2023	SIA RPCT e Gruppo Regionale
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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 31.12.2023	RPCT S.C. Qualità e Formazione
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE

Pagina 9

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, delle <u>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 31.12.2023	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
MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE (Art. 26 del Piano Aziendale)	Programmazione di iniziative di <u>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 2023-2025	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 31.12.2023	RPCT

Pagina 10

MISURA PREVENZIONE GENERALE	SCADENZIARIO OBBLIGHI E APPLICAZIONE MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUZIONE e TRASPARENZA ANNO 2023	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 2023-2025	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 ANNO 2023	TEMPISTICA SCADENZA	SOGGETTI/STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE
NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO	Applicazione e monitoraggio Regolamento adottato con deliberazione aziendale n.995 del 16.12.2021" <u>Regolamento relativo alle disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo</u> 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 31.12.2023	Gestore antiriciclaggio

Pagina 11

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 relazionando annualmente al RPCT (al 31.12) sullo stato di attuazione di tali misure	Relazione annuale a RPCT al 31.12.2023	Tutti i responsabili delle strutture inserite nel processo di gestione del rischio (REGISTRO RISCHI allegato al Piano triennale aziendale)
---	--	---	--

La Spezia,

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

Pagina 12

Per la MAPPATURA dei RISCHI e L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE si fa riferimento al REGISTRO RISCHI allegato al PTPCT 2023-2025

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 2023-2025 (ALLEGATO n. 3)** che diventa **SEZIONE** del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali elementi:

PREMESSA.....	2
SOTTOSEZIONE 1) VALORE PUBBLICO.....	19
OBIETTIVI DI DIGITALIZZAZIONE E INFORMATIZZAZIONE	41
TRIENNIO 2023 – 2025	41
Obiettivo n.1 - Digitalizzazione del processo deliberativo.....	41
Obiettivo n.2 - Adozione di nuovo sistema protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale.....	41
Obiettivo n.3 - Adozione della firma digitale remota.....	41
Obiettivo n.5 - Attivazione nuovo sistema regionale LIS (Laboratory Information System).....	42
Obiettivo n.6 – Attivazione del nuovo outsourcing ICT.....	42
Obiettivo n.7 - Adozione di un sistema di cartella clinica e infermieristica.....	42
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.....	95
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.....	96
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.	96
SEZIONE 4) MONITORAGGI.....	101

(ART.22) OBIETTIVI 2022.....

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

(ART.24) RESPONSABILITA' E SANZIONI

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 2022 SU ATTUAZIONE OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici dell'ASL 5 per il triennio 2023-2025 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, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini
- Garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione , 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

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.

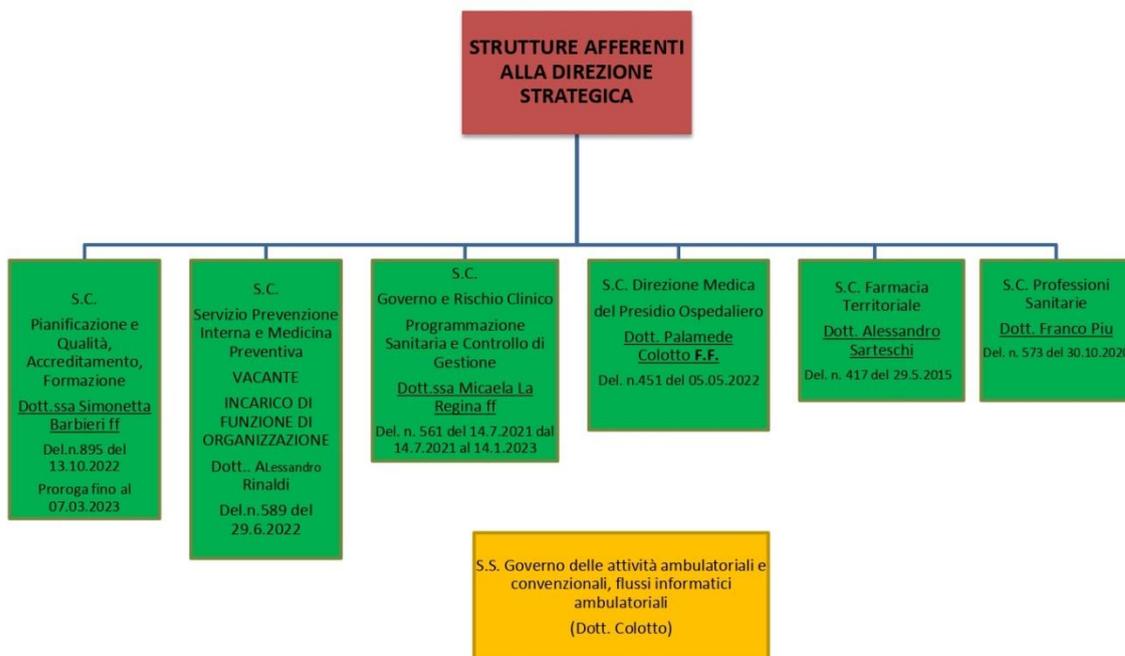
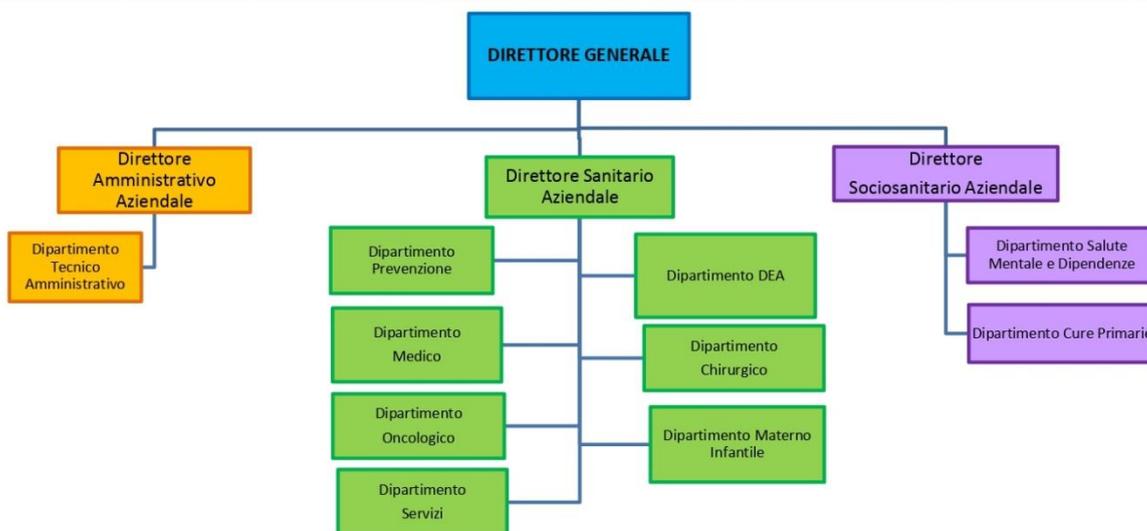
I principali indirizzi strategici in materia di struttura organizzativa possono essere così sintetizzati:

- **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;

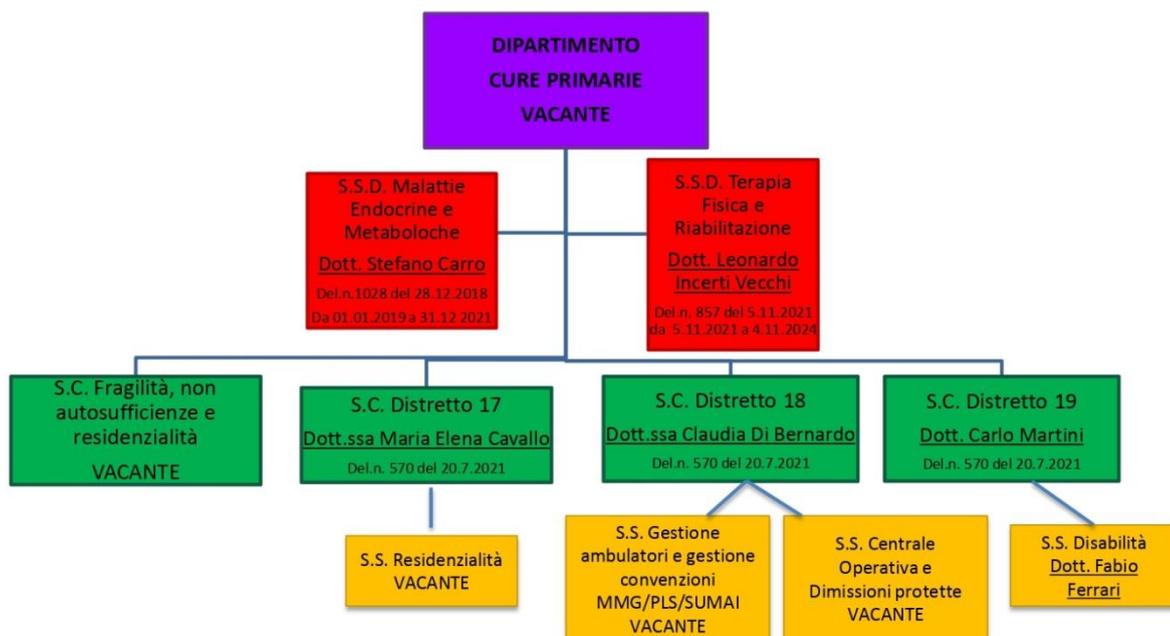
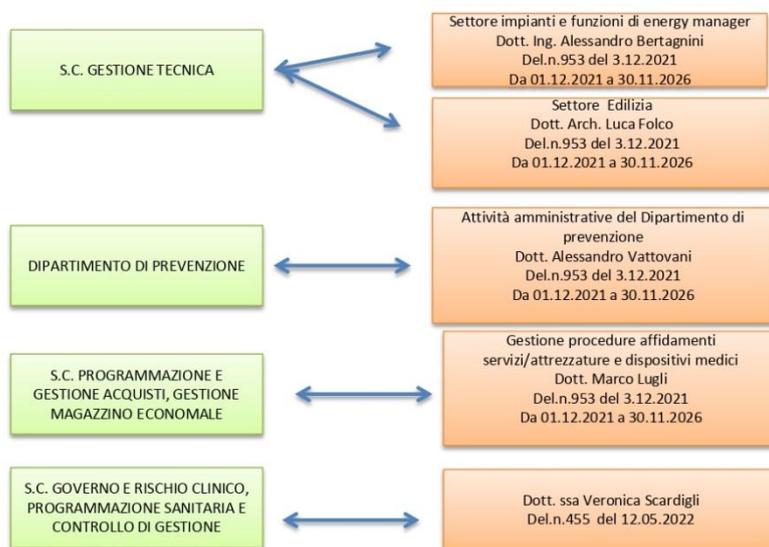
ORGANIGRAMMA ASL5 aggiornato a DICEMBRE 2022

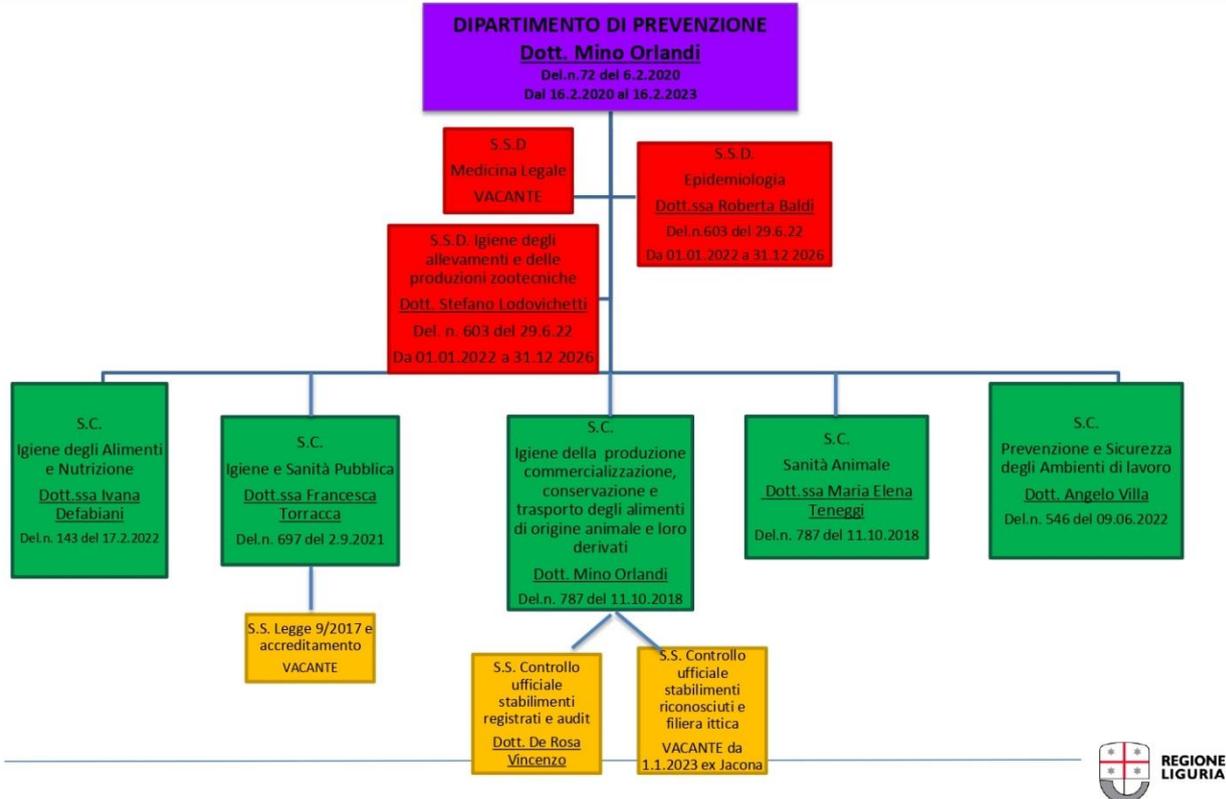
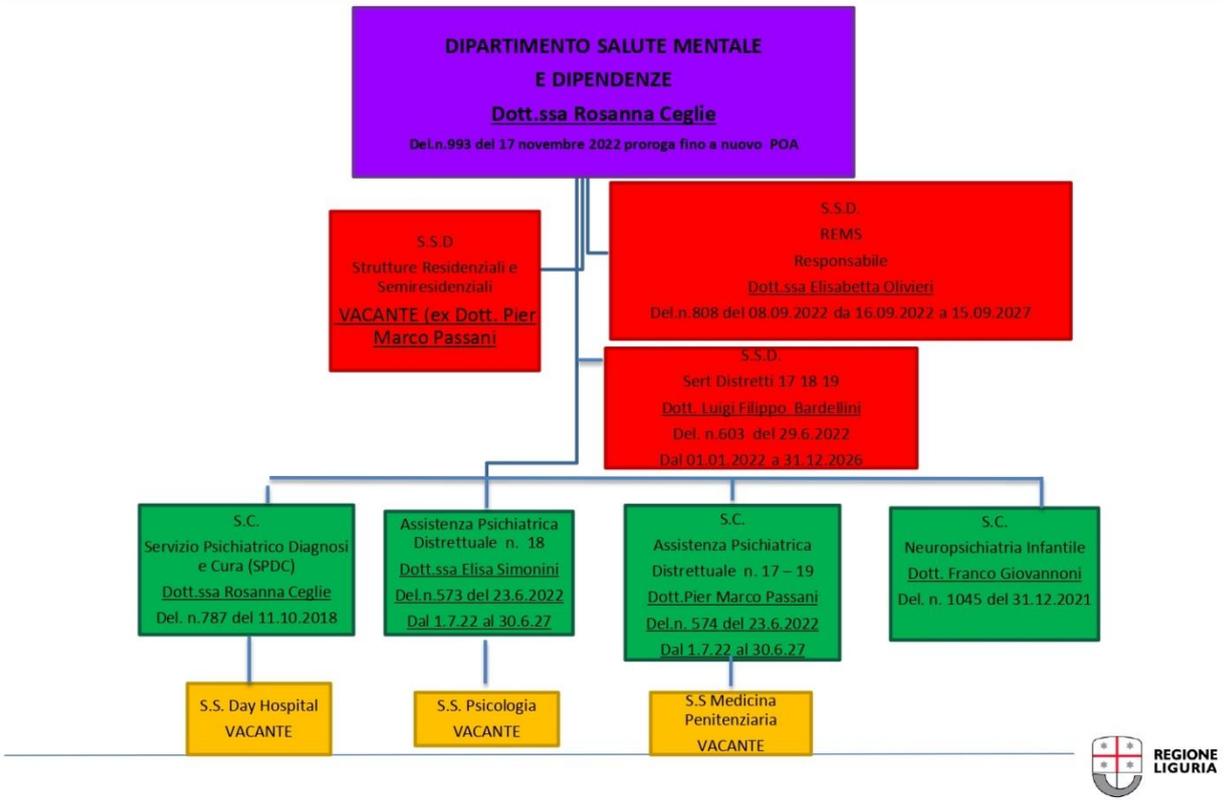


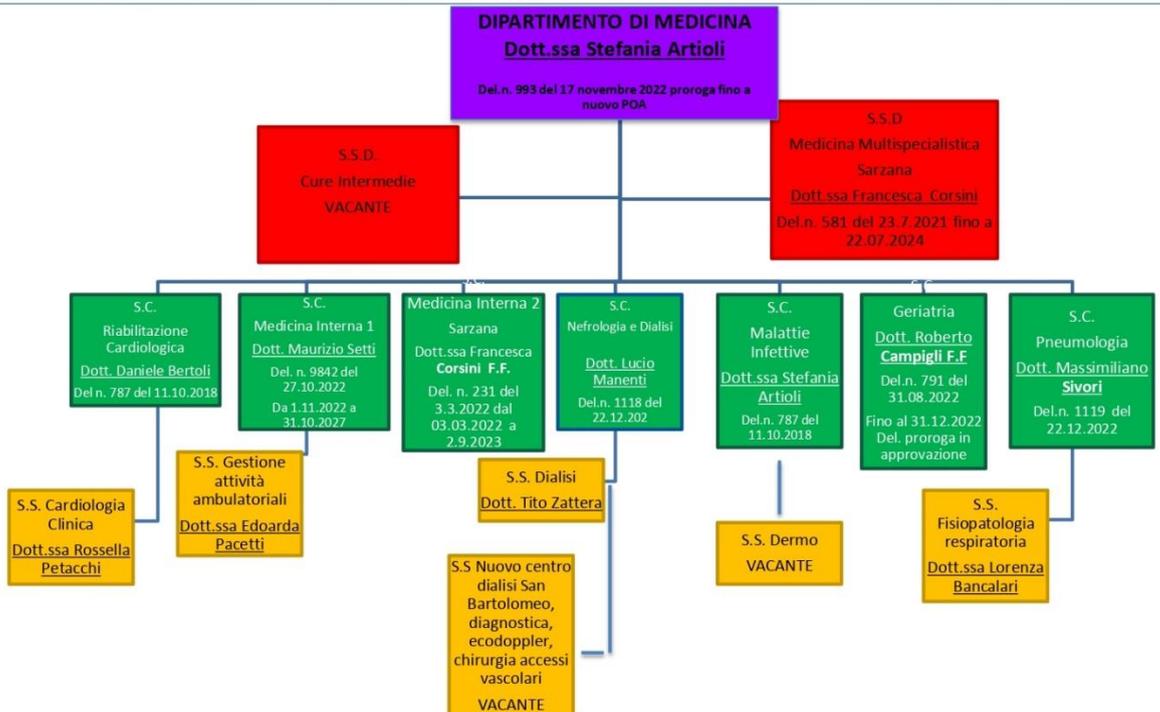
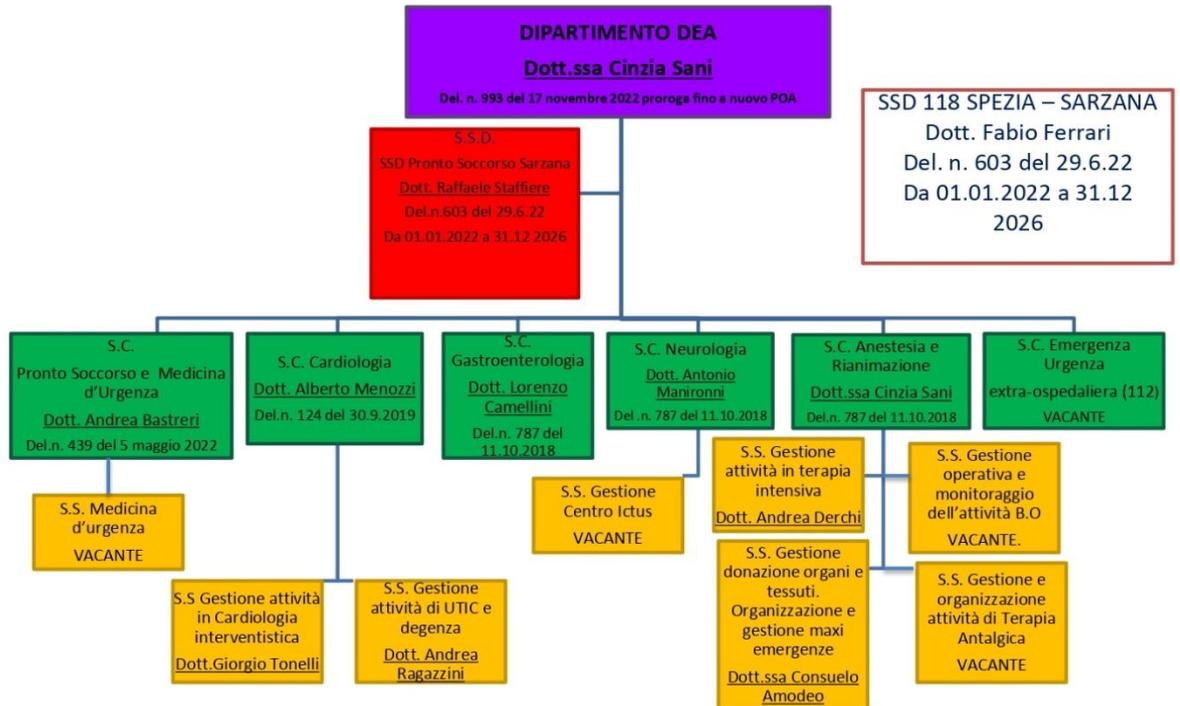


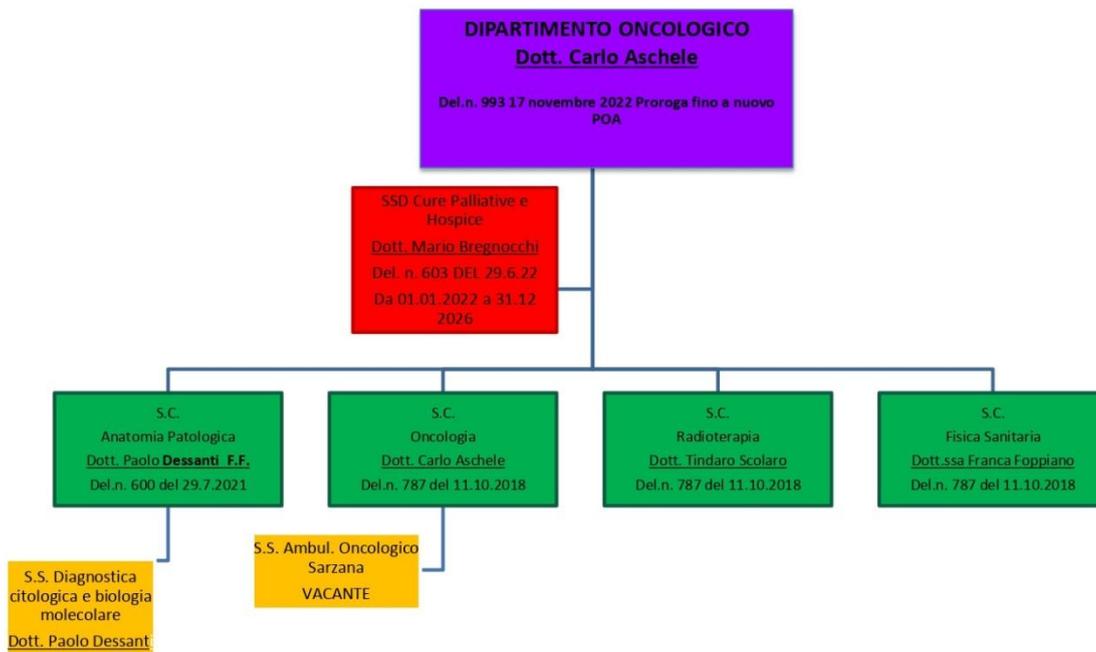
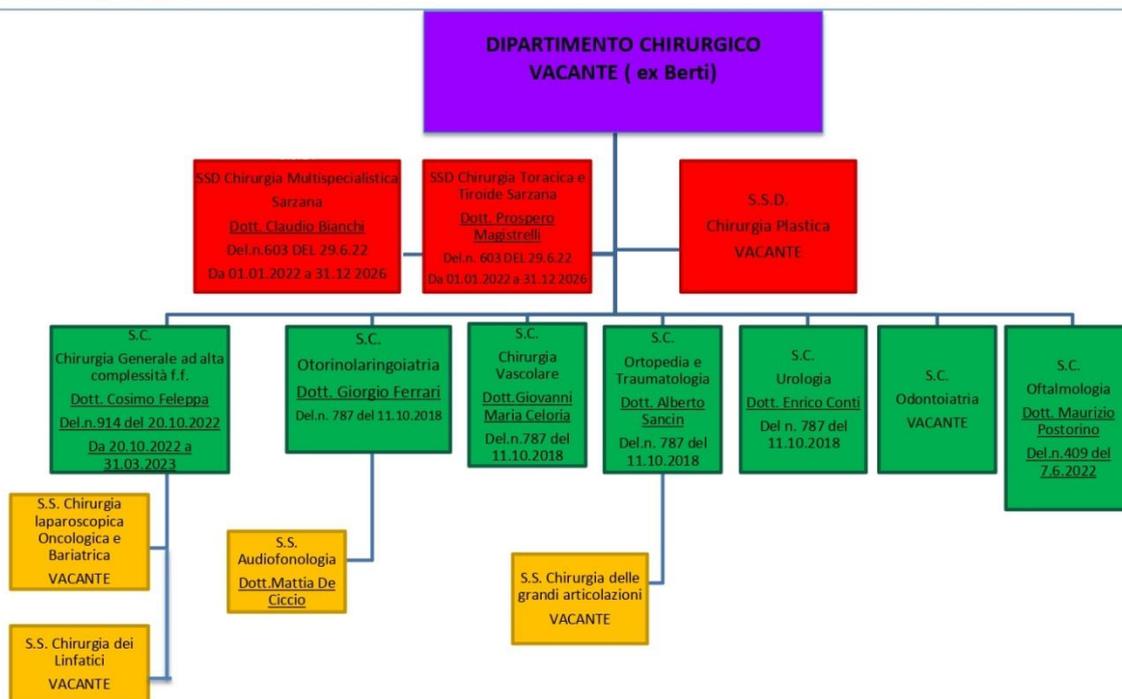


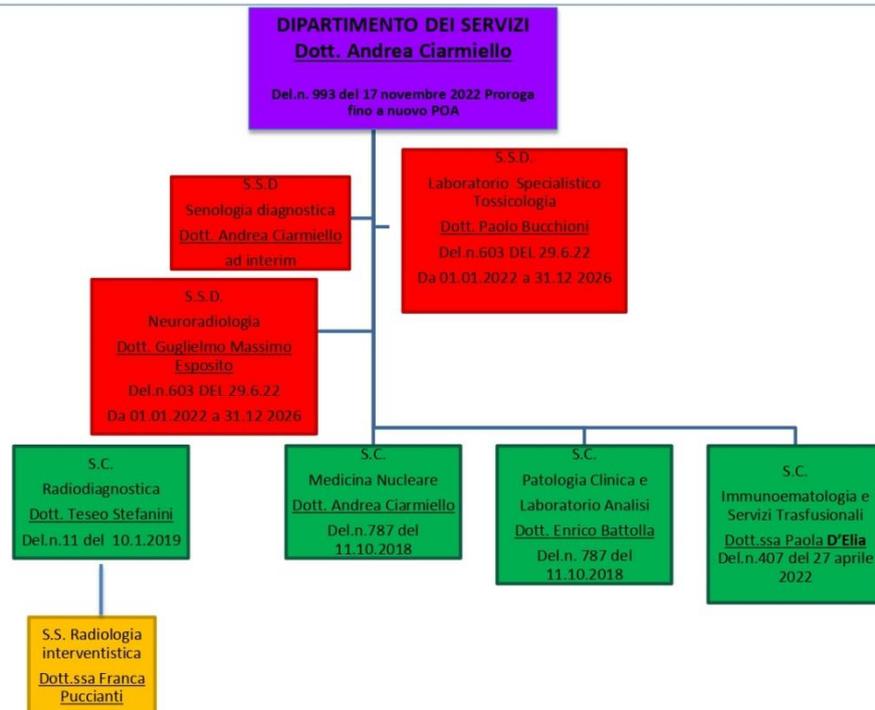
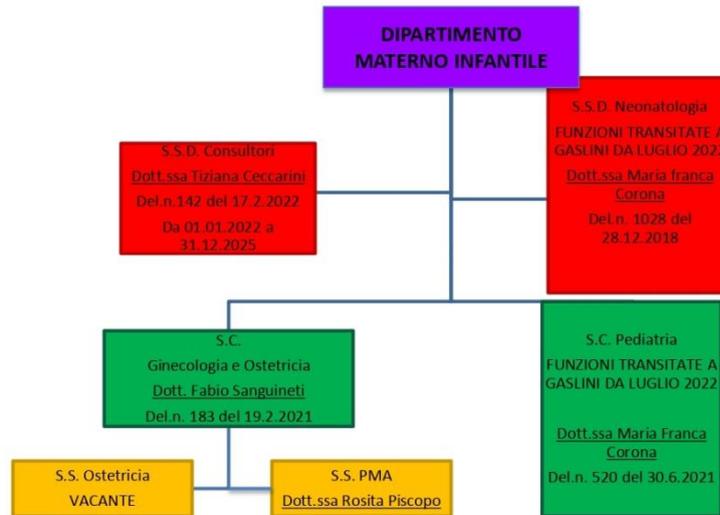
DIRIGENTI AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA











INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE (EX POSIZIONI ORGANIZZATIVE)

Delibera n. 589 del 29 giugno 2022

Decorrenza incarichi da 01.01.2022 (per quelli riconfermati) oppure 01.07.2022 (per i nuovi)

Per 3 anni

INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE PROFESSIONI SANITARIE

RESPONSABILE RISCHIO CLINICO E
ASPETTI NORMATIVI E
PROFESSIONALI
FALLI FRANCESCO

RESPONSABILE MODELLI
ORGANIZZATIVI RICERCA
SVILUPPO PROFESSIONALE
CHIOCCA ASSUNTA

RESPONSABILE AREA LOGISTICO
ALBERGHIERA
ROSSI PAOLA

RESPONSABILE AREA
PROFESSIONALE CHIRURGICA
MATTEUCCI GILBERTO

RESPONSABILE DIPARTIMENTI
SERVIZI E ONCOLOGICO
CAPORILLI ALESSANDRO

RESPONSABILE AREA
DIPARTIMENTALE MATERNO
INFANTILE
MARTINETTI MICAELA

RESPONSABILE DIPARTIMENTO
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
LANDINI EMANUELA

RESPONSABILE AREA
TERRITORIALE
NARDINI MICELA

RESPONSABILE AREA
PROFESSIONALE PREVENZIONE
NATALE CLAUDIO

RESPONSABILE DIP. EMERGENZA
ACCETTAZIONE
DI MARCO SAMANTHA

RESPONSABILE AREA
PROFESSIONALE MEDICA E
ONCOLOGICA
SERONI MONICA

RESPONSABILE PROF.NI
SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE
BENACCI FEDERICA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

RESPONSABILE GESTIONE E
PROGRAMMAZIONE PROCESSI -
DISTRETTO 17

SANCHINI FIORENZA

RESPONSABILE GESTIONE E
PROGRAMMAZIONE PROCESSI -
DISTRETTO 18

BINELLI DANIELA

RESPONSABILE GESTIONE E
PROGRAMMAZIONE PROCESSI -
DISTRETTO 19

GHERARDI CHIARA

RESPONSABILE RESIDENZIALITA'

AGNOLUCCI FRANCESCA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
DIPARTIMENTO PREVENZIONE**

RESPONSABILE ATTIVITA'
AMMINISTRATIVE E TERRITORIALI
DIP. PREVENZIONE

RIGHETTI LUIGINA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA**

RESPONSABILE SERVIZIO SOCIALE
PROFESSIONALE
BISSACCO MILENA

RESPONSABILE GESTIONE FORMAZIONE DI
BASE UNIVERSITARIA INFERMIERISTICA E
CORSI OSS
CANTINOTTI ENRICA

RESPONSABILE GEST. FORM. DI
BASE UNIVERSITARIA IN
FISIOTERAPIA
FARAGUTI LAURA

RESPONSABILE FORM.E
AGG.CONTINUO NEL SETTORE
SALUTE DEL PERSONALE
DIPENDENTE
MIDURI ANGELA

RESPONSABILE GESTIONE RISORSE
STRUTTURALI IGIENE OSPEDALIERA E
RIFIUTI AZIENDALI
FRICELLI ROSA

RESPONSABILE GESTIONE
ATTIVITA' AMMINISTRATIVE
DMPO
CALZOLARI LAURA

RESPONSABILE BED MANAGER
URAS JORIS

RESPONSABILE SERVIZIO DI
PREVENZIONE E PROTEZIONE RSPP
RINALDI ALESSANDRO

RESPONSABILE ATTIVITA' AMM.
FARMACEUTICA OSPADLIERA E
TERRITORIALE
GIANARDI GESSICA

RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO
DEGLI ESITI CLINICI E DELLA SICUREZZA
DEL PAZIENTE
VACANTE

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE SC
PROGRAMMAZIONE E GEST.ACQUISTI, MAGAZZINO
ECONOMALE**

RESPONSABILE GESTIONE
CONTRATTI
FONTANA STEFANO

RESPONSABILE GESTIONE
ACQUISTI FARMACI E DISPOSITIVI
E SERVICE DIAGNOSTICI
VACANTE

RESPONSABILE ECONOMATO
SCALETTI DANIELA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE SC
GESTIONE RISORSE UMANE**

RESPONSABILE GESTIONE DEL
PERSONALE

BATTISTINI IRENE

RESPONSABILE TRATTAMENTO
ECONOMICO DEL PERSONALE
DIPENDENTE

RATTI RITA MARIA

RESPONSABILE SELEZIONE DEL
PERSONALE

MARIOTTI VALENTINA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC AFFARI GENERALI E LEGALI**

RESPONSABILE UFFICIO LEGALE E
RECUPERO CREDITI

TOSI DANIELE

RESPONSABILE GESTIONE ATTI
AMMINISTRATIVI E CONTRATTI

PODESTA' ROBERTA

RESPONSABILE GESTIONE
ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO
PER RISARCIMENTO DANNI

SALINES GIOVANNA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC URP ATTIVITA' AMM. OSPEDALE TERRITORIO**

RESPONSABILE GESTIONE UFFICIO
RELAZIONI CON IL PUBBLICO E
TERZO SETTORE

CARNACINA ALESSANDRA

RESPONSABILE ATTIVITA'
OSPEDALE E TERRITORIO
GESTIONI CONVENZIONI E
RECUPERO CREDITI

PAOLA ARDIGO'

RESPONSABILE GESTIONE
ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE
FLUSSI E SUPPORTO
AMMINISTRATIVO ALLE ATTIVITA'
OSPEDALIERE

CERRETTI SABRINA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIE**

RESPONSABILE REGISTRAZIONE
CONTROLLO E LIQUIDAZIONE
FATTURE

BARILLI DANIELA

RESPONSABILE GESTIONE
AUTORIZZAZIONI, SISTEMA DEI
PAGAMENTI RAPPORTI CON IL
TESORIERE

ZUCHELLO CINZIA

RESPONSABILE ADEMPIMENTI
FISCALI, MONITORAGGIO DEI
COSTI DI GESTIONE DEL CICLO
ATTIVO

FONTANA MATTEO

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE**

RESPONSABILE AREA PROGETTI E
INFRASTRUTTURA
DE MICHELIS FABIO

RESPONSABILE AREA APPLICATIVA
RESASCO LAZZARO

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC GESTIONE TECNICA**

RESPONSABILE TECNICO
ANTIINCENDIO
AMBROSINO FRANCESCO

RESPONSABILE GESTIONE
PATRIMONIO
VACANTE

INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO

Delibera n. 1064 del 6 dicembre 2022

Delibera n. 1112 del 15 dicembre 2022

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF.LE CHIRURGICA**

CHIRURGIA
GENERALE/VASCOLARE LA SPEZIA
E ODONTORIATRIA
FIORI JOSETTE

ORTOPEDIA/ORL SPEZIA
VACANTE

OFTAMOLOGIA SARZANA
MARCIANO' ANGELICA

CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA
SARZANA
PIRAINO CATERINA

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP.SERVIZI E ONCOLOGIA**



**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP. MATERNO INFANTILE**



**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**

SPDC
LOMBARDO LILIANA

SERT DISTRETTI 17/18/19
MALASPINA MONICA

ASSISTENZA PSICH.DISTRETTUALE
17/19
ASSIST. PENITENZIARIA E REMS
LAUCIELLO PIERPAOLO

ASSISTENZA PSICHIATRICA
DISTRETTUALE 18
ANTOGNETTI FEDERICA

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
PROF.NI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE
GRAZIOSO MANUELA

FRAGILITA' NON
AUTOSUFFICIENZA E
RESIDENZIALITA'
ROMANO FLORIANA

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E
ADOLESCENZA
PIASTRI SILVIA

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF.LE MEDICA E ONCOLOGICA**

MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA MELIS SILVANA	MEDICINA INTERNA 1 VACANTE	DIALISI E NEFROLOGIA CASTELLINI ELVIRA
GERIATRIA GRISANTI STEFANIA	PNEUMOLOGIA ARPESELLA ALESSANDRA	MEDICINA INTERNA 2 BARATTA SIMONETTA
MEDICINA MULTISPECIALISTICA E CURE INTERMEDIE CERCHI SONIA	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FINI ORNELLA	ONCOLOGIA BALDI VALERIA

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP.EMERGENZA ACCETTAZIONE**

P.S. SPEZIA, MEDICINA D'URGENA P.I. LEVANTO PISARELLI CINZIA TIZIANA	P.S. SARZANA CAVALLONI MARICA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE SPEZIA DESTRI ELISA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE SARZANA POLIAMBULATORI E TERAPIA DEL DOLORE CURE PALLIATIVE DI CASALE ELISABETTA
BLOCCO OPERATORIO SPEZIA RICCI STEFANIA	BLOCCO OPERATORIO SARZANA LEONARDI GIANNA	PRERICOVERO SPEZIA E SARZANA PETACCO MARIELLA	CARDIOLOGIA ROLLA MASSIMO
112 PAPINI MARTINA	GASTROENTEROLOGIA RUGGIA ALESSANDRA	NEUROLOGIA BONATI FEDERICA	

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF.LE PREVENZIONE**

IGIENE E SANITA' PUBBLICA,
EPIDEMIOLOGIA
SANTI MAURIZIO

PSAL
LOMBARDI MASSIMO

IGIENE DEGLI ALIMENTI E
NUTRIZIONE,SANITA' ANIMALE,
TRASFORMAZIONE ALIMENTI
ORIGINE ANIM.,IGIENE
ALLEVAMENTI
CAPPELLI MARCO

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA TERRITORIALE**

DISTRETTO 17, PUNTO
PRELIEVI,AMBULATORI, COT,
SPOKE
PEDITTO FRANCESCA

OSPEDALE DI COMUNITA'
LEVANTO
ROMEO MARTINA

DISTRETTO 18,PUNTO PRELIEVI,
AMBULATORI,COT,SPOKE
DOLCELLI AURELIO

DISTRETTO 18 -
COT,HUB,USCA,AFT
NICOLINI CLAUDIA

DISTRETTI CURE PALLIATIVE E
HOSPICE
FERRARI MONICA

DISTRETTO 19, PUNTO
PRELIEVI,AMBULATORI,COT,SPOKE
TONELLI BARBARA

L'assetto organizzativo di ASL 5 è attualmente oggetto (nel corso dell'anno 2022 e 2023) ad una parziale rivisitazione sulla base delle "linee di indirizzo regionale sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale (Delibera Giunta Regionale n. 1380 del 28/12/2022)" che comporterà la ridefinizione delle competenze di alcune strutture , processo che sarà completato entro l'anno 2023 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
	S.C. CARDIOLOGIA	Gestione percorsi fast track (CX) 1) Gestione attività cardiologia interventistica 2) Gestione attività di UTIC e Degenza	1 1 1
TOTALE	TOTALE		9
DIPARTIMENTO M.I.	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	SS PMA	1
		SS Patologia della Gravidanza	1
TOTALE			2
DIPARTIMENTI URBANIZZATI	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
		SS Ambulatorio trasfusione	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 2
	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 Analgica
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/PLS/SUBAL
DISTRETTO 19	1	SS CENTRALE OPERATIVA E DIMISSIONI PROTETTE
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	

Con deliberazione n. 1097 del 15.12.2022 è stato approvato il Regolamento aziendale per il conferimento/e revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e professioni sanitarie per cui, nel corso del 2023 si potrà procedere alla conferma / assegnazione dei precedenti e dei nuovi incarichi si struttura semplice mediante avvisi interni di procedura comparativa. Alla data del 31 marzo 2023 risultano banditi gli avvisi interni per il conferimento delle seguenti Strutture Semplici: 1) Centro Dialisi Sarzana 2) Chirurgia laparoscopica oncologica e bariatrica 3) Chirurgia dei linfatici 4) Medicina d'Urgenza.

Si procederà nel corso del 2023 anche all'individuazione degli altri incarichi dirigenziali di alta professionalità e di studio/ricerca con le procedure previste dal regolamento sopra citato.

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. 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
RISCHIO CLINICO E ASPETTI NORMATIVI E PROFESSIONALI	€ 8.500,00				X	X	X	X		
MODELLI ORGANIZZATIVI, RICERCA E SVILUPPO 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 RADIODIAGNOSTICA SPEZIA		€ 4.500,00			X			
		4 RADIODIAGNOSTICA SARZANA/ NEURORADIOLOGIA PATOLOGIA CLINICA E LAB. SPECIALISTICO		€ 3.227,85			X			
		5 TOSSICOLOGIA		€ 4.500,00			X			
		6 IMMUNODEMATOLOGIA 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 - PRELIEVI, 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 Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnico/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		
		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					
		ANESTESIA E RIANIMAZIONE SARZANA, POLIAMBULATORI E TERAPIA DEL DOLORE-CURE								
		4 PALLIATIVE		€ 3.227,85	X					
		5 BLOCCO OPERATORIO SPEZIA		€ 4.500,00	X					
		6 BLOCCO OPERATORIO SARZANA		€ 4.500,00	X					
		7 PRERICOVERO SPEZIA E SARZANA		€ 3.227,85	X					
		8 CARDIOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		9 112		€ 6.000,00	X					
		10 GASTROENTEROLOGIA		€ 3.227,85	X					
		11 NEUROLOGIA		€ 4.500,00	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 Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzione/Ass. Sanit./Dietista (Classe 4)	Profilo Assistenza Sociale	Profili Tecnico/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 Residenzaletà	€ 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	
Gestione Formazione di base universitaria										
20 Infermieristica e corsi OSS	€ 8.500,00				X					
Gestione Formazione di base universitaria in										
21 Fisioterapia - Polo didattico Via del Pilastri Formazione e agg.to continuo nel settore Salute del personale dipendente	€ 7.000,00					X				
22 Gestione risorse strutturali - Igiene ospedallera e rifiuti aziendali	€ 7.000,00				X	X	X	X	X	X
23	€ 6.000,00				X					
24 Gestione attività amministrative DMPO	€ 4.500,00									X
25 Bed Manager	€ 7.000,00				X					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
Attività Amministrative Farmaceutica Ospedallera										
28 e Territoriale	€ 4.500,00									X
Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione										
29 (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
Gestione Acquisti Farmaci e Dispositivi e Service										
35 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 Riabilitazi one (Classe 2)	Profili Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzi one/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profili Tecnico/ Amminist rativi
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 Riabilitazi one (Classe 2)	Profili Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevenzi one/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profili Tecnico/ Amminist rativi
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									

- Nel corso del 2022 sono state esplesate selezioni interne per titoli e colloquio per l'assegnazione di n. 46 incarichi di funzione e n. 50 incarichi di coordinamento

SOTTOSEZIONE 2) PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2023-2025 (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 funzionale 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 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 2023,2024 E 2025 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 31/12/2022
- PROSPETTO ANDAMENTO DEL PERSONALE ANNI DA 2018 A 2022
- PROSPETTO ASSUNTI/CESSATI DAL 2019 AL 2022
- PROSPETTO PREVISIONALE CONCORSI ANNO 2023 (**ALLEGATO N. 1**)

- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE FABBISOGNO ANNO 2023
(**ALLEGATO n. 2**)
- QUADRO PREVISIONALE COSTI DEL PERSONALE ANNO 2023
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE FABBISOGNO ANNI 2024-2025
(**ALLEGATO n. 3**)
- PROGETTI DI ATTIVITA' AGGIUNTIVA
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- FONDI CONTRATTUALI ANNI 2022/2023

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 2023-2025 (ALLEGATO n. 6)** che diventa **SEZIONE del presente PIAO sintetizzando di seguito i contenuti del PIANO e riportando i principali**

elementi:

RIFERIMENTI NORMATIVI
FINALITÀ
DATI SUL PERSONALE
CONCILIAZIONE VITA/LAVORO
PARITÀ/PARI OPPORTUNITÀ
BENESSERE DEL PERSONALE
COMITATO UNICO DI GARANZIA
LE AZIONI POSITIVE

SOTTOSEZIONE 5) FORMAZIONE (ALLEGATO n. 7)

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 Sociosanitaria 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 2023 (ALLEGATO n 7) che diventa SEZIONE del presente PIAO. Il PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2023 è stato approvato con Del.n.250 del 16.03.2023

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 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 2022 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.

PER l'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 .Per l'anno 2023 si attendono indicazioni e tempistiche da parte di ANAC.

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 Marzo 2023