

ALLEGATO N. 1 PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA DELIBERAZIONE.



Sistema Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2025-2027

Indice

PREMESSA 3

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE 5

1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5)..... 6

1.2 ATTIVITA’ 14

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE 15

2.1 VALORE PUBBLICO 16

2.2 PERFORMANCE 27

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 34

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 43

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA 44

3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2025-2027 54

3.3 LAVORO AGILE 55

3.4 PIANO AZIONI POSITIVE 57

3.5 FORMAZIONE 57

SEZIONE 4 - MONITORAGGI..... 60

4.1 MONITORAGGI 60

PREMESSA

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni è la semplificazione normativa e amministrativa del Sistema della Pubblica Amministrazione e degli Enti Pubblici, per il rilancio socio-economico del Paese.

A questo scopo, si sono susseguiti diversi interventi normativi e ambiziosi progetti di riforma della Pubblica Amministrazione con l'obiettivo di avviare un processo di sburocratizzazione delle attività, razionalizzando gli interventi, soprattutto nei tempi di risposta. In tale ambito si inserisce l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), previsto dall'articolo 6 del Decreto Legge 80/2021 detto Decreto Reclutamento e convertito con la Legge 113/2021.

Il P.I.A.O. si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che accompagnano la riforma della Pubblica Amministrazione.

Pertanto, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e in particolare del D.Lgs n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012, il P.I.A.O. deve essere obbligatoriamente adottato dalle Amministrazioni Pubbliche 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.

Il P.I.A.O mira a migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese, anche in materia di diritto di accesso e, altresì, a produrre 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.

Il P.I.A.O. ha l'obiettivo, inoltre, di sintetizzare e rappresentare la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, rappresentando una sorta di "testo unico" della programmazione, in una logica integrata, considerando le scelte fondamentali di sviluppo dell'Amministrazione.

L'intento del P.I.A.O. è la riduzione delle spese per le Amministrazioni, migliorando i risultati delle attività degli Enti al servizio dei cittadini e delle imprese.

La durata del Piano è triennale e prevede un aggiornamento annuale di:

- Obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi (di cui all'art. 10 del D.Lgs.n.150/2009), stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, finalizzata ai processi di pianificazione, secondo le logiche del "project management", per il raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, lo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e l'accrescimento culturale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera personale;
- Strumenti e obiettivi per il reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, una percentuale di posizioni disponibili, nei limiti stabiliti dalla legge, destinata alle progressioni di carriera del personale;

- Strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione;
- Attività di miglioramento organizzativo, 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;
- Modalità e azioni finalizzate a realizzare un miglior accesso alle Amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- Modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza programmata periodicamente.

Il Piano contiene la scheda anagrafica dell’Azienda ed è suddiviso in tre Sezioni:

1. Valore pubblico, performance e anticorruzione.
2. Organizzazione e capitale umano.
3. Monitoraggio.

Le Sezioni sono articolate in Sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti gestionali con le relative attività amministrative.

Sezione 1	Sezione 2	Sezione 3
1. Valore pubblico, performance e anticorruzione	2. Organizzazione e capitale umano	3. Monitoraggio
1.1. Valore pubblico	2.1 Struttura organizzativa	
1.2. Performance	2.2. Organizzazione del lavoro agile	
1.3. Rischi corruttivi e trasparenza	2.3. Piano triennale dei fabbisogno del personale	

Il P.I.A.O. deve essere pubblicato sul sito istituzionale dell’Ente, nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente” e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica.

SEZIONE 1

SCHEMA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5
(ASL5)

1.2 ATTIVITA'

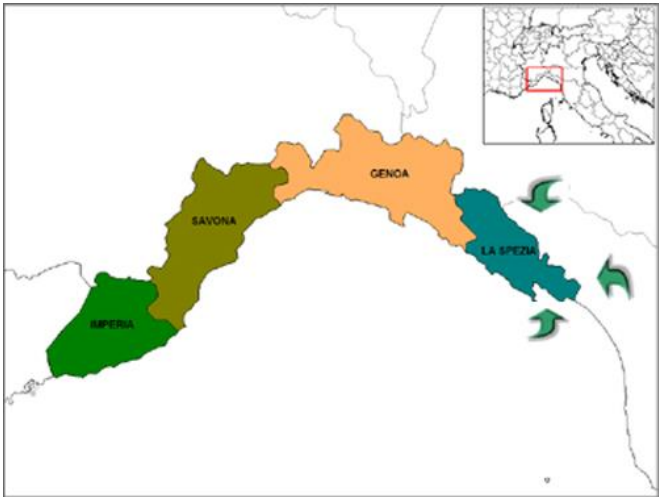
1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5)

L’Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (di seguito denominata ASL5 o l’Azienda) è istituita nel 1993, a seguito della fusione tra la ex USL n. 19 della Spezia e la ex USL n. 20 di Sarzana, ai sensi del Decreto Legislativo 502/92 e della Legge Regionale (L.R.) n. 20/93. Il Decreto prevede la trasformazione delle precedenti USL, le Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica e, con conseguente riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) Ligure e accorpamento delle 20 USL, nelle attuali 5 Aziende Sanitarie Locali; con L.R. n. 17/2016 e con la L.R. n. 27/2016, a modifica della L.R. n. 41/2006, istitutiva dell’attuale Servizio Sanitario Regionale, l’Azienda è stata rinominata “Azienda Sociosanitaria Ligure 5”.

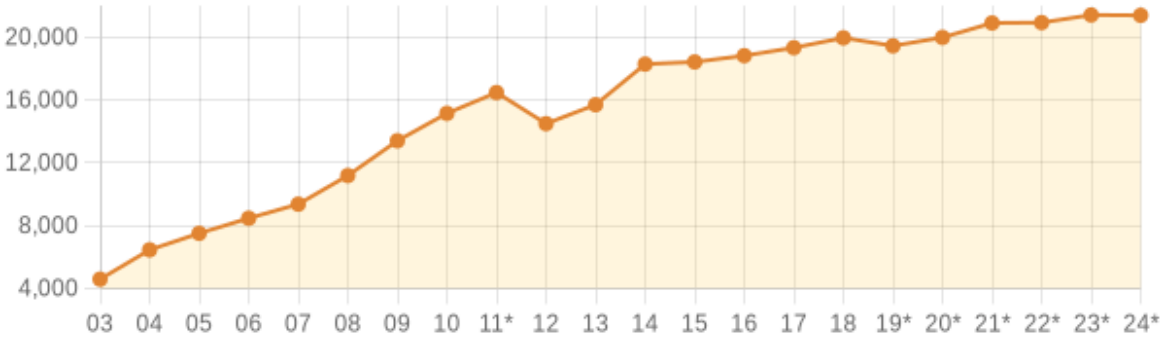
L’Azienda è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Liguria. In tale ambito l’Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività.

ENTE	AZIENDA SOCIO SANITARIA 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

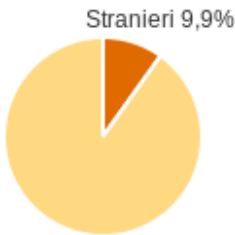
Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2024, la popolazione assistibile vive su una superficie di circa 665,22 Km2. Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.696 abitanti.



Un dato che sta assumendo sempre maggiore importanza, nel profilo demografico spezzino, è la presenza di stranieri: al 1° gennaio 2024 risultavano 21.396 residenti stranieri, che rappresentano il 9,9% della popolazione residente (sono da considerarsi stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia).



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera
PROVINCIA DELLA SPEZIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT
(*) post-censimento



I principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia della Spezia sono i seguenti:

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>	<i>Indice di ricambio della popolazione attiva</i>	<i>Indice di struttura della popolazione attiva</i>	<i>Indice di carico di figli per donna feconda</i>	<i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i>	<i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	269,0	59,9	203,2	111,3	0,0	7,5	14,7
2003	266,3	61,5	214,7	115,1	0,0	6,6	14,7
2004	264,9	61,5	198,3	116,3	0,0	7,6	13,9
2005	258,5	60,9	186,5	118,8	0,0	7,6	14,3
2006	248,4	61,9	161,4	121,3	0,0	7,8	13,1
2007	244,0	62,8	163,4	126,1	0,0	7,4	12,9
2008	240,1	62,2	159,4	128,6	0,0	7,6	13,1
2009	236,0	62,2	160,8	131,3	0,0	7,5	13,7
2010	232,8	61,7	163,1	135,0	0,0	7,0	13,5
2011	231,9	61,5	168,5	138,8	0,0	7,5	14,1
2012	230,3	62,4	155,8	142,5	0,0	8,0	14,1
2013	231,0	62,7	149,1	143,3	0,0	7,3	13,4
2014	228,3	63,2	144,3	144,7	0,0	6,9	13,3
2015	232,3	63,2	138,6	145,8	0,0	7,3	14,0
2016	231,5	62,8	135,7	146,9	0,0	7,7	12,5
2017	229,6	62,7	141,8	149,4	0,0	7,3	14,1
2018	227,7	62,5	144,1	150,7	0,0	6,7	14,1
2019	229,0	62,3	148,2	150,0	0,0	6,5	13,3
2020	230,9	61,9	151,7	149,4	0,0	7,3	15,5
2021	224,9	61,7	152,4	146,4	0,0	6,5	14,0
2022	226,1	61,8	152,5	145,9	0,0	6,7	14,4
2023	226,6	61,2	154,6	144,1	0,0	6,6	13,4
2024	227,4	61,0	158,8	141,1	19,0	-	-

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

- 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 ricambio della popolazione attiva: rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni);
- Indice di struttura della popolazione attiva: rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni);
- Carico di figli per donna feconda: è il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici;
- Indice di natalità: rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti;
- Indice di mortalità: rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

L'Azienda svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso la prevenzione e i servizi di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione avvalendosi anche di soggetti accreditati e convenzionati con la Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda per assistere la popolazione dei 29 Comuni della Provincia della Spezia, afferenti per competenza ad ASL5, si articola in 3 Distretti territoriali per una popolazione complessiva pari a 212.326

(Fonte: Istat - Popolazione residente al 1° gennaio 2024 (<http://www.demo.istat.it/>)).



- **Distretto 17**, con una popolazione complessiva di 37.067, che comprende 19 Comuni, di cui: 7 Comuni della Riviera (Bonassola, Deiva Marina, Framura, Levanto, Monterosso, Riomaggiore, Vernazza), 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara (Beverino, Bolano, Borghetto Vara, Brugnato, Carrodano, Follo, Pignone, Riccò del Golfo, Rocchetta Vara,) e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara (Calice al Cornoviglio, Sesta Godano e Zignago).

- **Distretto 18**, con una popolazione complessiva di 105.334, che comprende 3 Comuni nel Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- **Distretto 19**, con una popolazione complessiva di 69.925, che comprende 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

I 3 Distretti provvedono a valutare 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 singolo 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 a gestione diretta del Distretto, nonché dai Centri Erogatori accreditati, dagli Ambulatori e Strutture Territoriali accreditate.

L'Assistenza territoriale, svolta nei 3 Distretti, è fortemente integrata con l'Assistenza Ospedaliera e l'Attività Tecnico Amministrativo aziendale. L'Assistenza Territoriale comprende anche i Servizi e le attività di Prevenzione della salute alla persona e alla Comunità, di diagnosi e cura in ambito ambulatoriale e domiciliare.

La direzione, il coordinamento e l'integrazione dei livelli assistenziali e di supporto sono assicurati dal modello organizzativo Dipartimentale.

A tal fine, ASL5 ha attivato complessivamente 9 Dipartimenti, di cui sei afferenti alla Direzione Sanitaria (Dipartimento di Prevenzione, Emergenza Urgenza, Medico, Chirurgico, Oncologico, Servizi Sanitari e Salute Mentale e SERD), due afferenti alla Direzione Sociosanitaria (Dipartimento Salute mentale e dipendenze e Dipartimento Cure Territoriali) e uno afferente alla Direzione Amministrativa (Dipartimento Tecnico-Amministrativo). I Dipartimenti sono articolati in Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche e gestionali, finalizzate al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

L'Assistenza ospedaliera è svolta nel Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

- **Ospedale S. Andrea** della Spezia
- **Ospedale San Bartolomeo** di Sarzana

Inoltre, nel territorio del Comune di Levante, è presente la Struttura Sociosanitaria (ex Ospedale S. Nicolò) con posti tecnici della S.C. Nefrologia per il Servizio Dialisi e un Punto di Primo Intervento (PPI), dove sono presenti anche i Servizi e le Attività del Distretto 19.

L'Azienda nell'Area ospedaliera opera in rete con il Presidio Unico del Levante Ligure a gestione diretta e Strutture sanitarie private accreditate a contratto, in particolare:

- Casa di Cura Alma Mater in La Spezia, convenzionata nelle discipline di ortopedia, chirurgia, dermatologia e oculistica,
- IRCCS Don Gnocchi in La Spezia, convenzionato per la riabilitazione.

Il Presidio Unico del Levante Ligure presenta un Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello presso l’Ospedale S. Andrea, un Pronto Soccorso presso l’Ospedale San Bartolomeo e un Punto di Primo Intervento presso l’Ospedale S. Nicolò.

I posti letto al 1 Gennaio 2025 sono:

	S. Andrea			S. Bartolomeo			Totale PPLL		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	202	202	0	208	178	30	410	380	30
DH	25	23	2	11	9	2	36	32	4
DS	11	11		4	4		15	15	
Totale	238	236	2	223	191	32	461	427	34
OBI	11			4			15		

Alma Mater La Spezia	Gennaio 2025			
Unità operativa	p.l. degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	4	1		5
MEDICINA GENERALE	10	10		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	1		14
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1		2
CURE INTERMEDIE	12			
TOTALE	38			22

IRCCS Don Gnocchi	Gennaio 2025			
Unità operativa	p.l. degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI	61	9	8	
NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI	23			
TOTALE	84		8	

Le attività e i servizi territoriali di ASL5, dislocati su tutto il territorio sono principalmente erogati da Dipartimenti (Cure Territoriali, Salute Mentale e Dipendenze, Oncologia e Emergenza 118). 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	4	8						3	
Struttura residenziale					4	2	22	8	
Struttura semiresidenziale					1	2	2	8****	

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici **	Posti letto Assistenza ai minori*
Struttura residenziale	596	107	9
Struttura semi-residenziale	15	68	3

*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)

ORGANI DELL’AZIENDA

Sono Organi dell’Azienda: 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.

Il **Collegio di Direzione** assicura alla Direzione Aziendale il suo apporto 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.

In specifico, 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;
- gli atti di programmazione e di 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, Direttore Sociosanitario, dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari e del Dipartimento Tecnico-Amministrativo, 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 adottato dalla Direzione Aziendale.

Il **Collegio Sindacale** dura in carica 3 anni ed è composto da 3 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 della Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'Economia e delle Finanze che abbiano esercitato per almeno 3 anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali".

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

Rientrano tra le funzioni del Collegio sindacale:

- verificare l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigilare sull'osservanza della legge, accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- fare periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali;
- predisporre 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 aziendale, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di breve-medio termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

1.2 ATTIVITA'

L'Azienda, insieme alle altre 4 Aziende Sociosanitarie Liguri, alle Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, alle Farmacie private, agli Erogatori privati accreditati, in collaborazione con i Comuni e tutti i soggetti del terzo settore, 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.

L'Azienda 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, 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

2.1 VALORE PUBBLICO

2.2 PERFORMANCE – PERFORMANCE INDIVIDUALE E
ORGANIZZATIVA

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.1 VALORE PUBBLICO

In questa sottosezione vengono definiti i **risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici**, programmati in coerenza con i documenti del Piano delle Performance, della Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e di Programmazione economico-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:

- **consiste in una comunità di professionisti** impegnati ad accogliere il paziente come persona nella sua integrità. 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 **creazione del valore pubblico** mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti i professionisti per rendere efficaci, integrate, appropriate, sicure ed efficienti le azioni delle Strutture Sanitarie, Tecniche, Amministrative e di supporto;
- è un'**organizzazione multi-professionale e multidisciplinare** che ha un alto livello di complessità nella sua gestione;
- 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 secondo 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;
- promuove 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;
- concorre alla più vasta missione del Sistema Sanitario Regionale, 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;

- persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale dove l'indirizzo politico è relativo alla definizione gli obiettivi strategici mentre le scelte gestionali sono compiute dalla competente professionale;
- garantisce la relazione con i vari stakeholders 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;
- sviluppa integrazioni, alleanze e strategie all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione.

Per realizzare gli obiettivi assegnati intende:

- dare priorità alle **relazioni umane con i cittadini** che scelgono di curarsi nella nostra Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata **formazione** dei nuovi operatori sanitari che sono assegnati alle varie 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 quelle presenti sul territorio e di divenire un interlocutore attivo per definizione di percorsi di cura condivisi;
- considerare che l'area ospedaliera e quella territoriale-distrettuale come punti di una rete che devono costantemente integrarsi nella loro di azione di prevenzione, cura e assistenza;
- considerare l'area territoriale come 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, ricevute negli anni scorsi, gli ambiti prioritari di azione dovranno essere:

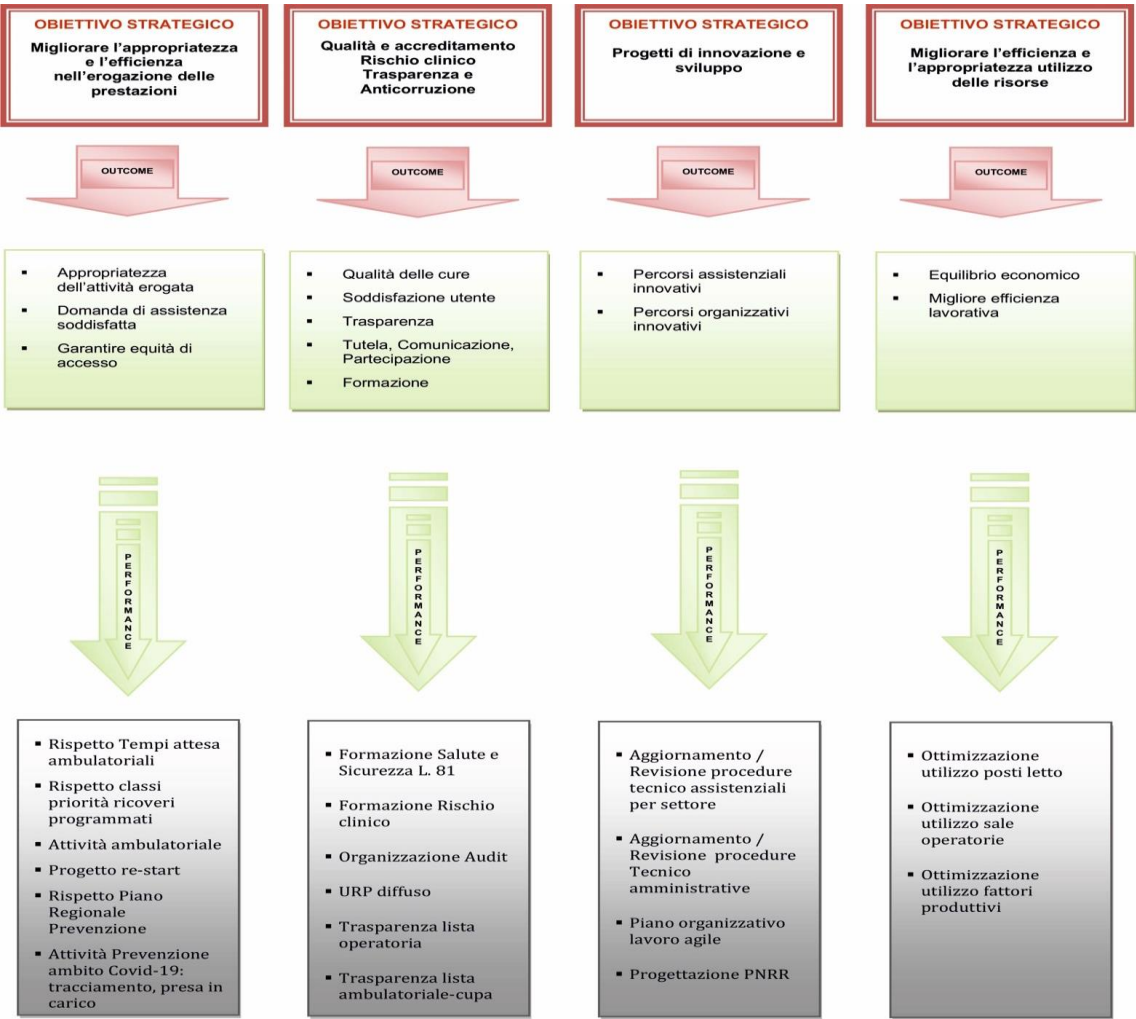
- Area economica: efficienza;

- Piani di vaccinazioni;
- Screening;
- Sanità Animale ed Igiene degli Alimenti;
- Appropriately nell'erogazione delle cure;
- Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento nei Pronti Soccorsi);
- Governo liste d'attesa;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- Residenzialità.

La creazione di **Valore Pubblico** è quindi il primo obiettivo di ogni amministrazione e quindi anche di ASL5.

Per Valore Pubblico in senso ampio s'intende, infine, l'impatto medio generato dalle politiche dell'ente sul livello di benessere complessivo in un'ottica di sostenibilità (multidimensionale: sanitario, sociale, ambientale e economico) di cittadini e imprese, ottenuto governando le performance in tale direzione, proteggendo dai rischi connessi, ottimizzando l'utilizzo delle risorse dell'Azienda. Performance, Management, Politiche di Anticorruzione e Trasparenza sono le leve di creazione del Valore Pubblico.

Di seguito sono indicati alcuni indicatori di Valore Pubblico:



Il **PNRR** mira in ambito sanitario a:

- adeguare il Servizio Sanitario Nazionale(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 in modo efficace al fabbisogno di salute;
- rendere capillare l'offerta di salute sul territorio;
- impiegare l'innovazione tecnologica, l'avanzamento della ricerca in campo medico e la valorizzazione del personale del SSN.

La Missione 6 è quella relativa alla Sanità:

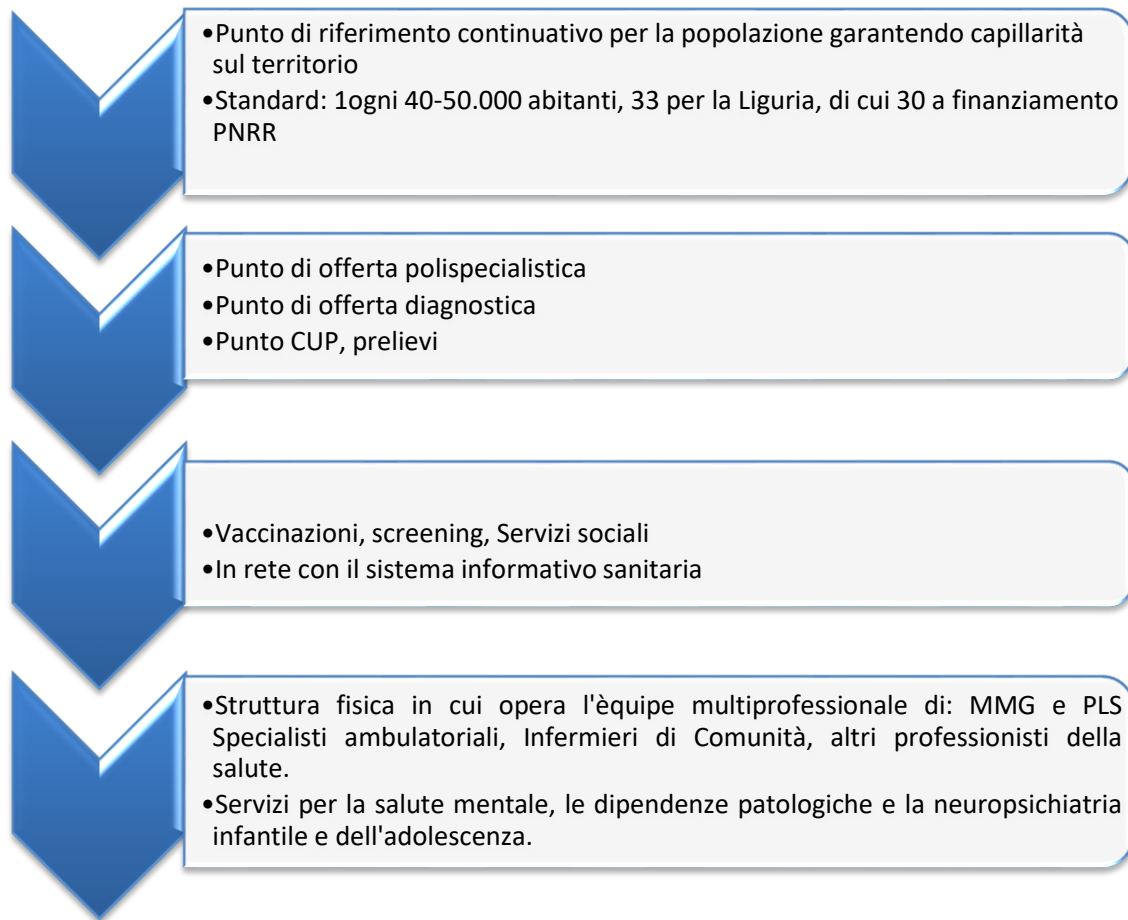


Gli investimenti riguardano quindi le strutture organizzative di seguito indicate:

Le **Case di Comunità** (CdC) sono le nuove strutture socio-sanitarie del Servizio Sanitario Regionale. Introducono un modello organizzativo che deve garantire un approccio integrato e multidisciplinare attraverso modalità operative, quali l'équipe multiprofessionale territoriale.

Il quadro demografico ligure rende necessari percorsi di presa in carico complessi e, quindi 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.

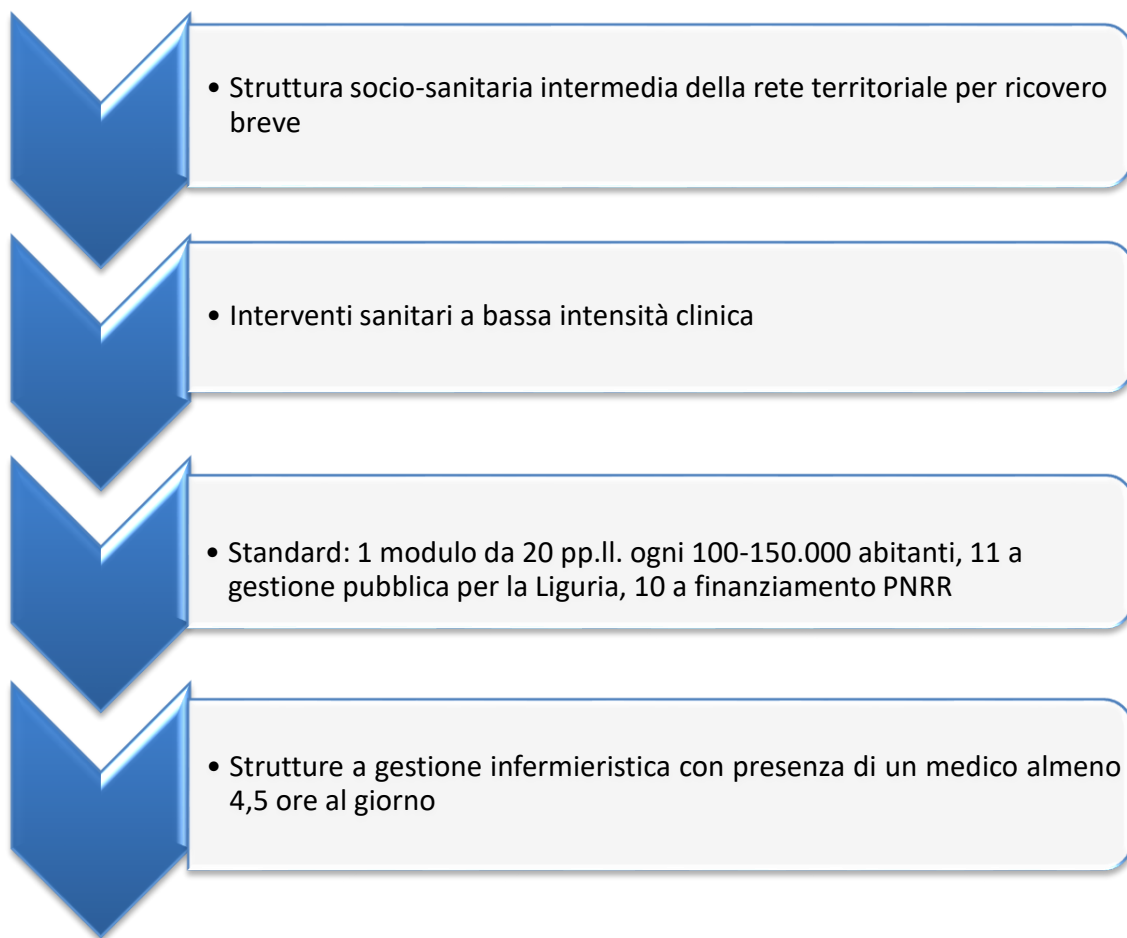
L'Azienda prevede le CdC nei Comuni di Sarzana, Luni (Distretto Sociosanitario n. 19), La Spezia (Distretto Sociosanitario n. 18), Bolano località Ceparana (Distretto Sociosanitario n. 17).



L'Ospedale di Comunità (OdC) è una Struttura sanitaria di ricovero appartenente alla rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in unità organizzative finalizzate alla stabilizzazione clinica di recupero funzionale e di autonomia.

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, la domiciliarizzazione del paziente in continuità funzionale con gli OdC.

Al momento in Azienda è operativo n. 1 Ospedale di Comunità nel Comune di Sarzana (inizialmente la sua attivazione era nella sede di Levanto, ma è stato necessario un momentaneo trasferimento, in quanto al S. Nicolò si stanno svolgendo lavori di ristrutturazione), con 15 posti letto che sono stati estesi a n. 20 posti letto fino al 30 gennaio c.a. per far fronte all'emergenza influenzale.



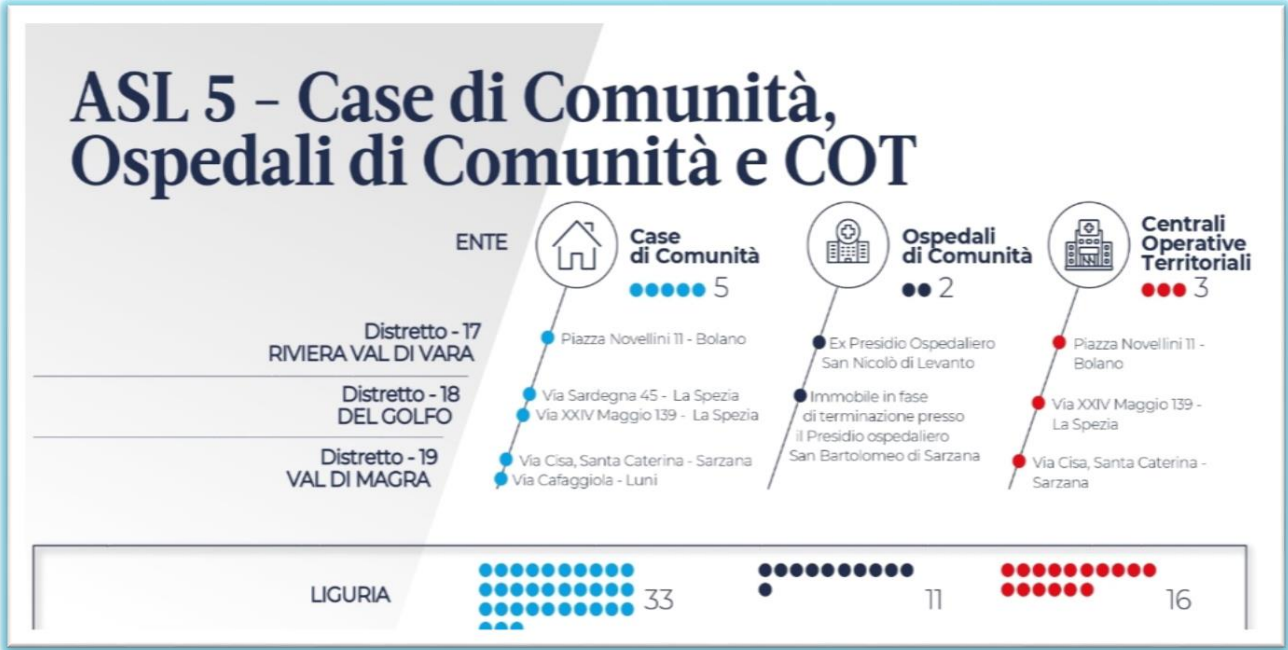
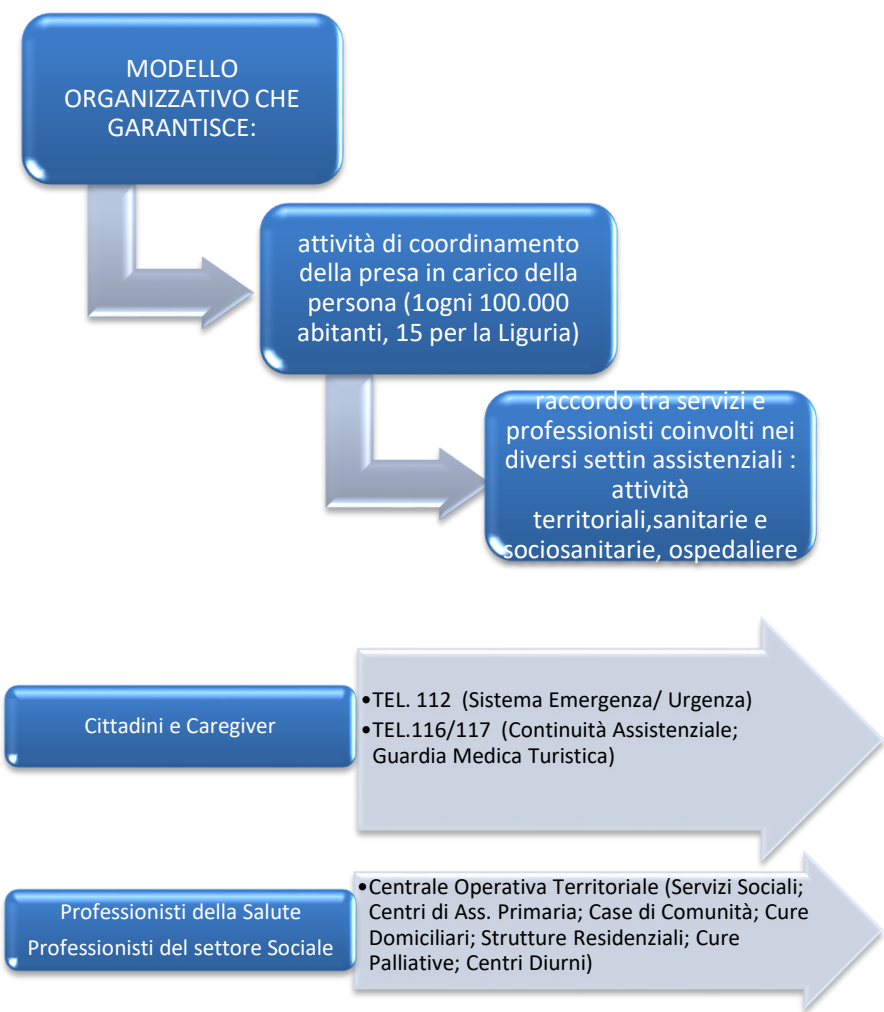
Le **Centrali operative territoriali (COT)** svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza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

La COT si articola secondo un modello HUB-SPOKE:

n.1 COT HUB/SPOKE sito in via XXIV Maggio (La Spezia – Distretto Sociosanitario 18);

n.2 COT SPOKE Distrettuali (Sarzanà – Distretto Sociosanitario 19, Follo Località Ceparana – Distretto Sociosanitario 17).

La Regione Liguria fornirà indirizzi sulla nuova configurazione organizzativa dei presidi HUB e SPOKE.





Attualmente nella sede di Sarzana per lavori di ristrutturazione.

Sono altresì previsti altri interventi:





Un'altra linea di azione ad alta priorità è la gestione delle liste d'attesa.

L'Azienda, per il recupero delle prestazioni, ha attivato un servizio aziendale (con numero verde telefono 800185466, dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 12.30), per i cittadini che hanno una data di prenotazione della prestazione che non soddisfa la priorità presente sull'impegnativa.

Questo Servizio prende in carico le impegnative con priorità B e D.

In alternativa si può mandare una mail al seguente indirizzo: recupero.prestazioni@asl5.liguria.it

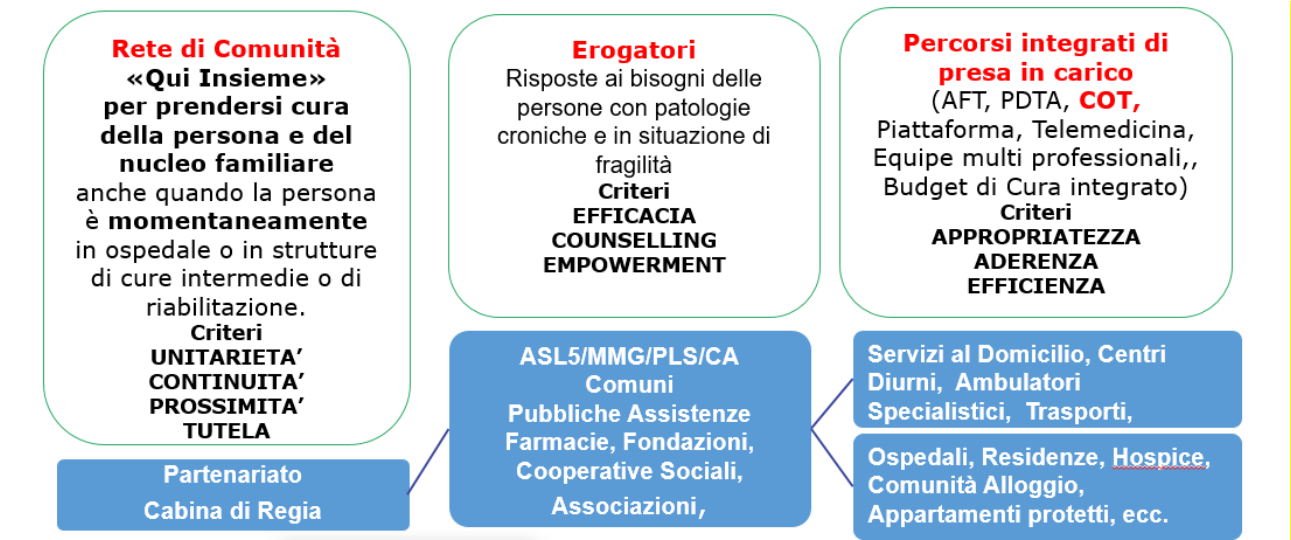
RECUPERO PRESTAZIONI			
DATA	TELEFONATE RICEVUTE	MAIL RICEVUTE	CASI RISOLTI nel rispetto delle priorità
Dal 01/01/2024 Al 07/01/2025	25.741	4.800	16.615

Un altro progetto fondamentale per l'attivazione delle reti assistenziali e di cura è il Progetto "Qui Insieme".

Il Progetto di Rete di Comunità è stato finanziato con il bando "Intrecci – 2018" di Fondazione Compagnia di San Paolo.

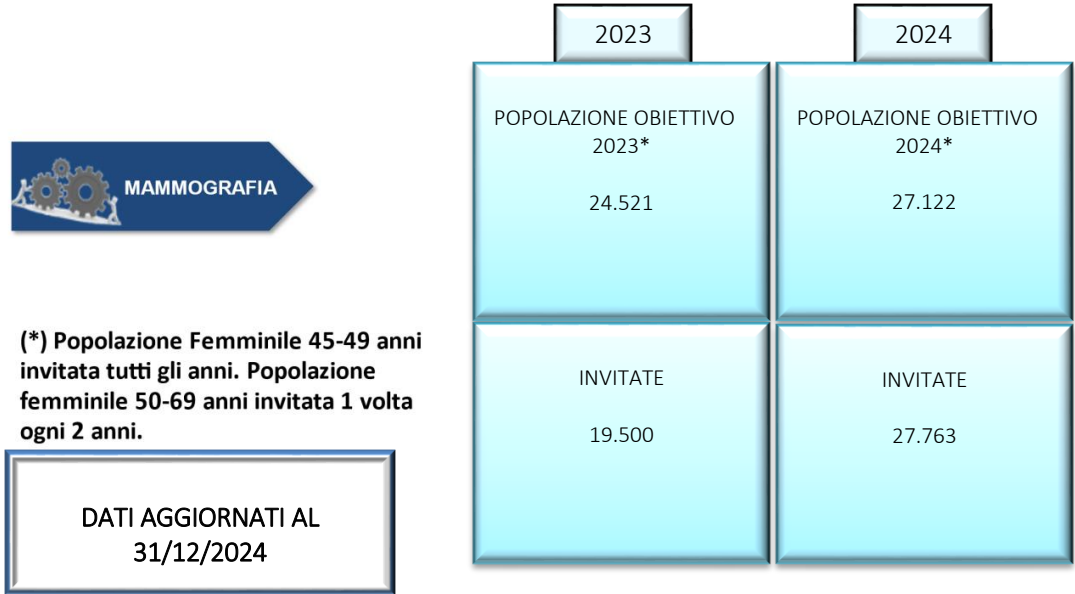
Con modalità multidisciplinari e multiprofessionali, il Progetto realizza la Rete di Comunità "Qui, insieme", per rispondere ai bisogni di persone e nuclei familiari fragili di Val di Vara (Distretto 17) e

Sarzana (Distretto Sociosanitario n. 19), attraverso interventi sociosanitari e di inclusione sociale. Enti Pubblici, Terzo Settore, Medici di Medicina Generale (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.



Screening

Fondamenti nelle attività di prevenzione con gli screening definiti a livello nazionale e regionale: 1) mammografico, 2) cervice uterina, 3) colon retto.



Lo screening mammografico si inserisce anche nel percorso della Breast Unit dell'area del Levante Ligure in collaborazione con ASL 4

 SERVICE

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

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2024



2023	2024
POPOLAZIONE OBIETTIVO 2023*	POPOLAZIONE OBIETTIVO 2024*
17.031 (non comprende la fascia 25 – 29 anni)	16.908 (non comprende la fascia 25 – 29 anni)
INVITATE	INVITATE
8.257	18.756

 COLON

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

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2024



2023	2024
POPOLAZIONE OBIETTIVO 2023*	POPOLAZIONE OBIETTIVO 2024*
32.786	38.245
INVITATE	INVITATE
32.540	30.302

2.2 PERFORMANCE

Il Piano delle Performance, sancito con il Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150 e modificato con il Decreto Legislativo del 25 maggio 2017 n. 4, prevede l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e l'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6 del Decreto Legislativo del 9 giugno 2021 n. 80 dispone che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi ed i criteri direttivi definiti dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa. Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150, ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", è stata introdotta una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito del personale, che tenta di contrastare scarsa produttività e assenteismo; insiste sulla pubblicizzazione di atti, curriculum, procedure, attestazioni, per una maggiore trasparenza dell'attività, ruolo e competenza dei dirigenti, rafforzandone il principio di legalità.

Il Processo di Misurazione e Valutazione della Performance, che prende avvio proprio dal Piano delle Performance, si articola nelle seguenti fasi:

- definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget;
- collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi;
- misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance.

La performance aziendale è concettualmente distinta in performance organizzativa e performance individuale.

Performance organizzativa

L'Azienda realizza gli indirizzi strategici, regionali ed aziendali, attraverso la loro declinazione in obiettivi, utilizzando il processo del budget annuale, declinazione della performance organizzativa.

Gli obiettivi strategici sono individuati in coerenza con le linee di indirizzo espresse da Regione Liguria; prevedono obiettivi consolidati di garanzia dei livelli di assistenza, della qualità delle prestazioni ed obiettivi legati ai nuovi indirizzi operativi definiti dalla Regione Liguria.

Il sistema di budget è lo strumento fondamentale che permette di calare gli indirizzi strategici, con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale alla singola struttura, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in un percorso condiviso.

Il programma operativo annuale esplicita dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, azioni, indicatori e target) che caratterizzano le priorità dell'Azienda, su cui si baserà poi la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati, in coerenza con le linee strategiche individuate a livello nazionale e

regionale. La performance organizzativa esprime, quindi, il risultato che un'intera organizzazione consegue ai fini del raggiungimento degli obiettivi di sistema e nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

Performance individuale

Gli obiettivi della performance organizzativa sono declinati negli obiettivi individuali da attribuire ai dirigenti titolari di incarico, ai dirigenti amministrativi e al personale del comparto che ha funzioni di coordinamento o organizzative, completando quindi la fase programmatica del ciclo di gestione della performance.

Negli Accordi Integrativi Aziendali vigenti per le dirigenze dei diversi ruoli e per il comparto sono definite le quote di valutazione del diverso personale e precisamente quanto incide il risultato di budget: performance organizzativa e quanto incide la performance individuale di ogni risorsa umana. In sintesi la performance individuale esprime il contributo fornito da un individuo in termini di risultati conseguiti e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

All'interno della performance individuale è altresì stabilito quanto pesano gli obiettivi individuali (per il personale ai quali sono assegnati) e quanto pesano le valutazioni dei comportamenti organizzativi e professionali (competenze) sulla base di apposite schede di valutazione differenziate per incarico e profilo professionale sia per la dirigenza che per il comparto.

Sono previste delle valutazioni intermedie in interazione con il valutato prima di arrivare al giudizio finale ed è previsto un comitato al quale il dipendente può ricorrere nel caso non ritenga corretta la sua valutazione.

Tale sistema vale sia per la distribuzione della retribuzione di risultato e del fondo di produttività, sia costituisce uno degli elementi di valutazione ai fini dell'attribuzione e valutazione degli incarichi.

Si riporta di seguito la sintesi degli accordi aziendali. Si rimanda agli specifici accordi per un approfondimento su questo tema.

Comparto

Accordo di contrattazione decentrata integrativa fra Azienda, RSU e Organizzazioni Sindacali del Comparto: "criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance e criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche" del 27/11/2019.

Le risorse destinate a premiare la performance organizzativa e quella individuale vengono quantificate annualmente.

La ripartizione della quota di Fondo destinata a premiare la performance collettiva ed individuale è così stabilita:

- A) produttività collettiva e individuale: 95%;
- B) progetti speciali: 5%.

Il Sistema di valutazione del personale dipendente del comparto è così articolato:

1. la valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura complessa o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione del fondo premialità e fasce;
2. la valutazione annuale sulla performance individuale pesa per il restante 30% del fondo premialità e fasce ed è a sua volta distinta in:

- a) obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione;
- b) competenze organizzative e professionali con un peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione, e del 100% per il restante personale.

Dirigenza

Verbale relativo ai “Criteri generali ai fini della valutazione individuale del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, delle Professioni sanitarie, Professionale, Tecnica e Amministrativa” del 12/09/2018

1. La valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura complessa e/o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione della retribuzione di risultato.
2. La valutazione annuale sulla performance individuale che pesa per il restante 30% del fondo sulla retribuzione di risultato

Quest'ultima a sua volta viene distinta in:

- a) Obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% solo per i Direttori S.C./S.S.D., Dirigenti di S.S., Dirigenti Amministrativi, Dirigenti del ruolo professioni sanitari titolari di incarichi di alta specializzazione (CX)
- b) Competenze manageriali e professionali con un peso del 50% per le figure di cui sopra e del 100% dei restanti profili.

Per l'anno 2024 per la Dirigenza è stato assunto come obiettivo di performance individuale il progetto formativo di seguito illustrato, che rientra nel più grande progetto triennale 2024-2026 di revisione del processo di performance individuale.

Progetto formativo:

- costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare per coordinare l'intero progetto;
- percorso di promozione del progetto e di formazione di 130 tutor con il ruolo di facilitatori e supporto operativo al gruppo di lavoro;
- percorso di formazione per tutti i dipendenti per la Progettazione del sistema di performance aziendale leadership;

operativamente:

- partecipazione al corso di formazione Progettazione del sistema di performance aziendale leadership (9,5 ore) peso 40%;
- superamento test parte corso in FAD peso 40%;
- raccolta contributi e suggerimenti scritti nell'ambito del gruppo di lavoro peso 15%;
- sottoscrizione della proposta del documento da parte del singolo dipendente peso 5%.

Performance individuale: progetto triennale di revisione

Come sopra anticipato, il processo di performance individuale è oggetto di revisione attraverso un progetto triennale.

Per l'anno 2025 verrà messo a regime il nuovo sistema di performance individuale che prevede

- la revisione delle schede individuali, sulla base delle indicazioni ministeriali;

- la partecipazione ed il coinvolgimento di tutto il personale dipendente sulla partecipazione al processo di budget;
- l’assegnazione di obiettivi organizzativi, discendenti dal budget a ciascun dipendente.

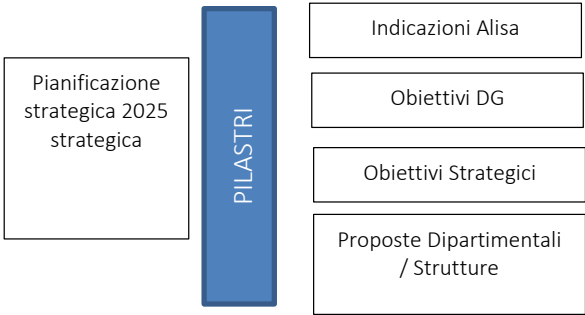
Quindi il sistema di misurazione della performance individuale per l’anno 2025 è ancora in fase di strutturazione ed implementazione in via sperimentale.

Obiettivi strategici per il Budget 2025

La pianificazione annuale 2025, in attesa delle indicazioni Regionali per il nuovo anno, poggia sui seguenti importanti pilastri:

- indicazioni A.Li.Sa per programmazione 2025 (ad oggi in attesa di definizione);
- obiettivi Direttore Generale anno 2025 (ad oggi in attesa di definizione);
- obiettivi strategici aziendali definiti dalla Direzione Strategica;
- proposte da Direttori Dipartimento / Direttori S.C./SSD, avendo realizzato previamente incontri con tutto il personale afferente alla struttura, per assicurare una partecipazione diffusa al processo;

quindi, alla base del Piano della performance, per l’anno 2025, possono essere ricondotti i seguenti pilastri:



La Direzione Strategica Aziendale ha predisposto un documento di indirizzo contenenti le linee generali sulle quali caratterizzare il processo di budget 2025, condiviso nell’ambito del Collegio di Direzione allargato, in data 18/11/2024.

Per quanto riguarda le linee strategiche individuate dalla Direzione Strategica aziendale, le stesse sono ricondotte alle seguenti linee di indirizzo:

- introduzione di un prerequisito finalizzato alla condivisione della scheda di budget con tutto il personale per attivare un processo di partecipazione attiva alla riprogettazione del processo di performance;
- azzeramento ticket non riscosso al momento dell’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con conseguente riorganizzazione del setting ambulatoriale con particolare attenzione alla fase dell’accettazione amministrativa;

- progetto governo liste di attesa specialistica, attraverso un'analisi della dinamica tra domanda e offerta e relativa rimodulazione dei volumi di attività e una corretta presa in carico ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa con la declinazione delle seguenti azioni:
 - separazione non cronici e cronici (agende dedicate);
 - presa in carico ambulatoriale (erogazione ricetta e prenotazioni);
 - rispetto tempi attesa PNGLA (Indice performance);
- progetto di gestione del paziente ambulatoriale, individuando una funzione aziendale che armonizzi le specialità ambulatoriali. Nel rispetto delle seguenti azioni:
 - accettazione amministrativa;
 - verifica del pagamento del ticket;
 - presa in carico paziente: erogazione ricetta prenotazione successivo percorso;
 - verifica corretta rendicontazione prestazioni nei flussi ufficiali;
 - eliminazione carta (es: referti su word), Firma digitale, Eliminazione back office;
- progetto miglioramento accessibilità servizi, con il supporto dell'ufficio comunicazione e relazioni esterne, attraverso lo svolgimento delle seguenti azioni:
 - segnaletica dell'ospedale e del territorio;
 - aggiornamento sito a cura di ciascuna struttura erogatrice;
 - carta intestata;
 - firma nelle e mail;
 - comunicazione verso l'esterno;
- elaborazione percorso del paziente chirurgico, tramite lo svolgimento delle seguenti azioni:
 - gestione liste attesa - Elaborazione Regolamento Gestione Liste d'Attesa Chirurgiche;
 - elaborazione Regolamento Sala Operatoria;
 - monitoraggio tempistiche;
 - razionalizzazione ed efficientamento programmi informatici;
- cartella clinica ospedaliera e territoriale, tramite lo svolgimento delle seguenti azioni:
 - cartella clinica ospedaliera;
 - PAI cartella a casa;
- gestione del rischio, nel rispetto delle seguenti azioni:
 - cartella clinica con adeguati contenuti in caso di contenzioso;
 - sensibilizzazione colleghi;
 - formazione;
- progetto FSE, tramite lo svolgimento di corsi di formazione volti a diffondere le competenze necessarie al personale di riferimento;

- progetto adempimenti POA (in vigore dall'01/01/25), tramite l'assegnazione del personale e dei relativi incarichi;
- formazione obbligatoria con l'inserimento nella scheda di budget del conseguimento del 100% dei corsi obbligatori da parte del personale assegnato;
- antincendio e sicurezza, tramite la verifica costante dell'adeguamento alle norme di sicurezza per ciascuna struttura;
- efficientamento – progetto a cura degli Affari Generali tramite attraverso il rispetto delle seguenti azioni:
 - elaborazione procedura per archiviazione documentazione;
 - definizione della documentazione oggetto di archiviazione informatizzata;
 - coinvolgimento di tutte le strutture aziendali nella verifica della corretta archiviazione passata (svuotamento magazzino Vincinella).

Gli altri obiettivi specifici per ciascuna area aziendale sono sintetizzati come si seguito:

Area ospedaliera

- Per la sola parte ospedaliera è stato inoltre inserito l'obiettivo della chiusura, al primo invio, del 100% delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) così da avere dati in tempo reale.

Adempimenti PNRR digitale, attrezzature, edilizia

- Progetto a cura della Direzione Strategica che prevede il rispetto delle relative tempistiche e il coinvolgimento di altre strutture aziendali, tra cui:
 - SIA;
 - Gestione Tecnica;
 - Provveditorato;
 - Ingegneria Clinica.

Implementazione progetto ADI

- Progetto a cura della Direzione Strategica, che prevede il coinvolgimento dei Distretti e Assistenza Domiciliare, per la pianificazione di percorsi ADI.

Progetto COT

- Progetto che vede la partecipazione di varie strutture aziendali, tra cui Igene Sanità Pubblica, Distretti e Residenzialità, per lo sviluppo di un percorso di vaccinazione territoriale.

Progetto Protesica: Riorganizzazione ed efficientamento

- Progetto a cura dell'Assistenza Farmaceutica.

Progetto Gestione del patrimonio

- Progetto a cura della Gestione tecnica, che prevede anche il coinvolgimento degli Affari generali, nello sviluppo delle seguenti azioni:
 - Mappatura patrimonio Asl;
 - Progetto di efficientamento.

Fascicolo personale informatizzato

- Progetto a cura della Gestione Risorse Umane, con il contributo del SIA, per la creazione di un fascicolo personale.

Smaltimento ferie

- Progetto a cura della Gestione Risorse Umane, nel rispetto delle seguenti attività:
 - definizione ferie da smaltire (criteri);
 - assegnazione obiettivo di budget alle specifiche strutture;
 - monitoraggio andamento smaltimento ferie.

Elaborazione Dotazione organica

- Progetto a cura delle Professioni Sanitarie, che vede il contributo del Controllo di Gestione, per la definizione del fabbisogno personale per ciascuna struttura alla luce di standard identificati e considerazioni circa la dotazione organica individuale.

Sviluppo progettualità territoriali

- Progetto a cura della Direzione Strategica, che vede la partecipazione dei Distretti, volto allo svolgimento delle seguenti attività:
 - ambulatori prossimità;
 - servizi sanitari decentrati;
 - sedi prelievi;
 - attivazioni progetti strategici regionali (es: scompenso).

Efficientamento dei costi

- Mantenimento del rapporto costi ricavi.

Efficientamento dei processi ospedalieri

- Ottimizzazione del boarding di PS attraverso varie azioni
 - messa a regime del modello di bed management;
 - aumento dimissioni entro le 11:59;
 - riduzione degenza media.

- Efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie;
 - aumento sedute con entrata nel blocco entro le 7:30
 - aumento sedute con anestesia entro le ore 8:00
 - aumento delle sedute operatorie con inizio entro le 08:30;
 - riduzione del turn over ovvero del tempo che intercorre tra la fine di un intervento e l'inizio del successivo.

Obiettivi di anticorruzione e trasparenza

- Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT (specificati nella sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza).

In conclusione, il presente Piano della performance deve essere considerato uno strumento flessibile per recepire eventuali ulteriori atti programmatori da parte di Alisa/Regione Liguria.

Quanto sopra esposto, è contenuto nel Piano della Performance pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente" e nelle Linee Guida al Budget 2025 che integrano la presente sezione.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Nel **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** (Triennio 2025-2027 con l'aggiornamento del 2025), ai sensi della Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e successive modificazioni e integrazioni, sono individuate le strategie principali e gli strumenti operativi per prevenire e contrastare la corruzione e garantire la trasparenza.

Il suddetto Piano aziendale deve tenere conto degli indirizzi espressi dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e dagli obiettivi strategici definiti dalla Regione Liguria per l'anno 2025.

Il Gruppo Interaziendale RPCT come specificato nel "Rapporto sulle attività svolte nel 2024 Gruppo di lavoro interaziendale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria - DGR N. 957 DEL 28/10/2021" del 20 novembre 2024, ha individuato obiettivi strategici di prevenzione di corruzione per il 2025 comuni a Regione Liguria, Enti Partecipati ed Enti del Sistema Sanitario Regionale tracciandone la strategia complessiva.

Il coordinamento del Gruppo Regionale RPCT ha adattato tali obiettivi al contesto delle aziende sanitarie, lasciando alla loro discrezionalità la contestualizzazione dei diversi target.

Le relative aree di intervento sono le seguenti:

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato.

A tal fine occorrono le seguenti azioni/obiettivi:

- prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia nell'anticiclaggio e alla verifica del titolare effettivo;

- garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) di ANAC;

OBIETTIVO 2 – Promozione della cultura dell’integrità e formazione

La promozione della cultura dell’integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione. Per questo occorre programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l’istituto del whistleblowing e la normativa antiriciclaggio.

OBIETTIVO 3 - Antiriciclaggio

L’applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni. A tal fine occorre garantire l’applicazione dell’articolo 10 del D.Lgs n. 231/2007 recante “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione” per le Pubbliche Amministrazioni.

OBIETTIVO 4 – Indicatori (Key Performance Indicators) per la prevenzione della corruzione

Per migliorare l’efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l’azione pubblica degli Enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di Alert che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- mappare i principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia;
- progettare un cruscotto informativo di indicatori (KPI) finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.

Nel corso del 2024, l’Azienda ha già in parte operato per il raggiungimento di parte degli obiettivi sopra indicati che erano già stati specificati nel PTPCT aziendale 2024-2026:

In merito all’ “OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, l’ufficio RPCT ha svolto controlli con relativi audit su alcuni interventi finanziati dal PNRR sotto il governo di alcune strutture aziendali: S.C. Gestione Tecnica, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Sistema Informativo Aziendale (SIA), S.C. Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino Economale e precisamente:

S.C. Gestione Tecnica

INTERVENTO	COSTO PROGRAMMATO INTERVENTO
Distretto 17 - Casa di Comunità Loc. Ceparana (Bolano)	€ 3.000.000,00
Distretto 18 - Casa della Salute Loc. Bragarina (La Spezia)	€ 650.000,00

Distretto 18 - Casa della Salute via XXIV Maggio (La Spezia)	€ 550.000,00
Distretto 19 - Casa della Comunità Sarzana	€ 1.000.000,00
Distretto 19 - Casa della Comunità Luni	€ 1.470.000,00
TOTALE INTERVENTO	€ 6.670.000,00

S.C. Ingegneria Clinica e S.C. Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino Economale

Fabbisogni prioritari individuati per l'Azienda Sociosanitaria ligure n.5					
Tipologia di apparecchiatura	Numero Totale Apparecchiature	Numero apparecchiature acquistate con gare Consip	Numero apparecchiature acquistate con gare autonome/in corso	Importo unitario AGENAS	Importo TOTALE presunto
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	2	2	0	€ 530.000,00	€ 1.060.000,00
Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 1,5 Tesla	1	1	0	€ 914.000,00	€ 914.000,00
Acceleratori lineari	0	0	0	-	-
Gamma Camera	0	0	0	-	-
Gamma Camera/CT	0	0	0	-	-
PET TC	0	0	0	-	-
Mammografi con tomosintesi	2	1	1	€ 274.500,00	€ 549.000,00
Angiografo Cardiologico mobile	1	1	0	€ 608.000,00	€ 608.000,00
Angiografo Vascolare	0	0	0	-	-
Angiografo Neuro Biplano	0	0	0	-	-
Ecotomografo Multidisciplinari/Internistici	1	1	0	€ 82.000,00	€ 82.000,00
Ecotomografo Cardiologico	0	0	0	-	-
Ecotomografo Cardiologico 3D	0	0	0	-	-
Ecotomografo Ginecologico 3D	0	0	0	-	-
Tavolo Radiologico Telecomandato digitale per esami di reparto	1	1	0	€ 247.700,00	€ 247.700,00
Tavolo Radiologico Telecomandato digitali per esami di pronto soccorso	0	0	0	-	-
Ortopantomografo Cone Beam CT	0	0	0	-	-
Ortopantomografo	0	0	0	-	-
Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR)	0	0	0	-	-
Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) per esami di pronto soccorso	0	0	0	-	-
Sistema di radiologia digitale diretta con tavolo telecomandato	0	0	0	-	-
Sistemi digitale diretti polifunzionali (pensili, tavolo, teleradiografo (SGC)	0	0	0	-	-
Densitometro Osseo	0	0	0	-	-
TOT.	8	7	1	-	-
Importo totale presunto destinato ad ASLS				€ 3.460.700,00	

S.C. SIA

INTERVENTO	IMPORTO
Delibera n. 555 del 22/06/2023 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Progetto Sociosanitario Regionale per le Centrali Operative COT nella piattaforma regionale IT-CURA: conferimento incarico a Liguria Digitale per la realizzazione della M6 C1 1.2.2.2. - Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali - Interconnessione - CUP E76G22000230006	€ 199.888,48 (di cui € 149.916,36 sul 2023 e € 49.972,12 sul 2024).
Delibera n. 728 del 24/08/2023 Piano Nazione di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6 C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II) - CUP E86G22000160006 - presa d'atto della delega amministrativa di A.Li.Sa. di cui alla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 145 del 15/06/2023 e definizione del quadro economico degli interventi	€ 2.726.849,80 (di cui € 739.559,24 sul 2023, € 1.483.616,66 sul 2024, € 503.673,90 sul 2025)
Delibera n. 320 del 02/04/2024 Piano Nazione di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6 C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II) - CUP E86G22000160006 - rimodulazione del Quadro Economico dei progetti dell'intervento	€ 2.726.849,80 (di cui € 35.025,86 sul 2023, € 2.188.150,04 sul 2024, € 503.673,90 sul 2025)

Relativamente all’ “OBIETTIVO 2 – Promozione della cultura dell’integrità e formazione”, nel 2024, il sottogruppo regionale RPCT per la “Realizzazione corso di formazione sul contenuto del codice di comportamento - aggiornamento Corso in FAD sulla legge 190” ha elaborato il materiale per la realizzazione del corso di formazione che sarà effettuato nel 2025.

In relazione all’ “OBIETTIVO 3 – Antiriciclaggio”, con il Responsabile dell’Antiriciclaggio sono state programmate misure specifiche di prevenzione dei rischi di antiriciclaggio che sono state inserite nel PTPCT 2025-2027 per le S.C. Gestione Tecnica, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Sistema Informativo Aziendale (SIA), S.C. Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino Economale di seguito esemplificate:

AREA	TIPO RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO INDICATORI
Antiriciclaggio Appalti	Rischio antiriciclaggio	1) Sensibilizzazione alla normativa 2) Diffusione indicatori di anomalia UIF Appalti 3) Eventuale consulenza/formazione specifica 4) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie; 5) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 221.000 (oltre IVA).	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all’eventuale corso formativo. Verifica sull’inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.

Antiriciclaggio PNRR	Rischio antiriciclaggio	1) Censimento progetti PNRR in cui l'azienda è Stazione Appaltante; 2) Sensibilizzazione alla normativa 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Eventuale consulenza/formazione specifica 5) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie; 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000 (oltre IVA).	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all'eventuale corso formativo. Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.
-------------------------	----------------------------	---	--

Altre attività sono state svolte nel 2024 come gli audit al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento dei Servizi, al Dipartimento Tecnico Amministrativo e ai Distretti Sociosanitari sulla base anche degli obiettivi di performance definiti, che consistevano nel garantire un costante rapporto con il RPCT al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione.

L'attività dell'ufficio RPCT per l'anno 2025 si concentrerà quindi in particolar modo sull' "OBIETTIVO 4 – Indicatori (Key Performance Indicators) per la prevenzione della corruzione con riferimento alla mappatura dei principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia".

L'Azienda ha adottato un nuovo Piano Organizzativo Aziendale (POA) con deliberazione del Direttore Generale n. 592 del 20/06/2024 approvato dalla Regione Liguria con DGR n. 722 del 19/07/2024 che ha reso la dichiarazione di conformità della nuova organizzazione agli indirizzi regionali. ASL 5 con deliberazione del Direttore Generale n. 1137 del 24/12/2024 ad oggetto: "Atti di autonomia aziendale delle Aziende Sociosanitarie liguri. Dichiarazione di conformità e adempimenti di conseguenza" che ha stabilito che i provvedimenti attuativi dei processi organizzativi conseguenti dall'approvazione del nuovo P.O.A. saranno adottati con successive deliberazioni del Direttore Generale da trasmettere ad A.Li.Sa. e a Regione Liguria.

L'ufficio RPCT focalizzerà il proprio lavoro sulla mappatura dei processi, secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in costante collaborazione con le strutture aziendali.

La sopra citata attività costituisce anche obiettivo della performance organizzativa del 2025 delle strutture interessate. In tal modo si integra il ciclo della performance con il ciclo dell'anticorruzione e trasparenza.

Le ulteriori specifiche misure di anticorruzione di livello aziendale risultano pertanto essere le seguenti:

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore	Note
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igiene degli alimenti e nutrizione; 4) Igiene e Sanità Pubblica; 5) Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL;	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI: 1) SS Disabilità; 2) Terapia Fisica e Riabilitazione; 3) Fragilità e cronicità -> SS Residenzialità anziani; Assistenza Farmaceutica aziendale -> SS Farmacia Ospedaliera - SS Protesica	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE: 1) Strutture Residenziali e Semiresidenziali; 2) SERD; 3) Assistenza Psichiatrica Distrettuale 18; 4) Assistenza Psichiatrica 117 e 19; 5) Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile anticiclaggio; 4) Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino economico; 5) Gestione Tecnica; 6) Ingegneria Clinica; 7) Sistema Informativo Aziendale; 8) Controllo di gestione, flussi, acquisto e monitoraggio prestazioni sanitarie e sociosanitarie -> con riferimento alle convenzioni con le strutture accreditate; 9) Coordinamento amministrativo territoriale e contratti medici convenzionati (MMG, PLS, SUMA)	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione del rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025

La mappatura dei processi e la valutazione del rischio avverrà secondo un metodo qualitativo come dichiarato nel PIAO 2024-2026.

Relativamente alla metodologia per analizzare ciascun singolo procedimento amministrativo/sanitario aziendale e individuare le relative misure specifiche di integrazioni del rischio, durante l’anno 2025, si utilizzerà una nuova metodologia in linea con quanto suggerito dall’ANAC.

La stessa indica l’adozione di un approccio di tipo qualitativo, superando un approccio meramente quantitativo basato sull’attribuzione di punteggi (scoring) dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo massima trasparenza.

I criteri di valutazione per la esposizione al rischio di eventi corruttivi devono essere determinati da ogni Amministrazione che deve tradurli in indicatori di rischio (key performance indicators) quali: 1) livello di interesse esterno: la presenza anche di interessi economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo; 2) grado di discrezionalità del decisore interno: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; 3) manifestazione di evento corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi; 4) opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio; 5) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit

di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare una opacità sul reale grado di rischiosità; 6) grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Le valutazioni sui rischi devono essere sempre motivate esplicitando bene il giudizio e devono avvenire sulla base di evidenze, con il supporto di dati oggettivi quali: 1) dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'Azienda (reati contro la P.A., falso e truffa, procedimenti per responsabilità amministrativo-contabile, ricorsi amministrativi in tema di affidamento dei contratti pubblici); 2) le segnalazioni pervenute (esempio whistleblowing) e gli esiti delle indagini di customer satisfaction che possono evidenziare possibili malfunzionamenti o malagestioni di taluni processi organizzativi.

I criteri/indicatori applicati dovranno essere sintetizzati in una valutazione complessiva di esposizione del rischio per ciascun processo/attività (o fase del processo o sottoattività) o evento rischioso.

Per definire il livello di rischio di ognuno si adotta una scala di misurazione ordinale (basso, medio, alto, elevato) che sarà definito sulla base del giudizio complessivo espresso sullo specifico processo o su una parte di esso.

Al fine di realizzare la mappatura dei processi con la finalità di individuare il livello di rischio, si utilizzerà una specifica scheda di rilevazione articolata nelle seguenti parti:

- descrizione del processo: struttura, processo, n. fase, esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione), evento (rischio);
- identificazione del rischio - indicatori di rischio: livello di interesse esterno, grado di discrezionalità del decisore interno della PA, opacità del processo decisionale, grado di attuazione delle misure anticorruzione, dati sui precedenti giudiziari, i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile, i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici, esiti dei procedimenti disciplinari, le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction, fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali;
- valutazione del rischio: giudizio del rischio discorsivo e attribuzione livello ordinale;
- programmazione misura specifica: descrizione della misura, risultato atteso, tempi realizzazione, responsabile della misura, indicatori di monitoraggio della misura, valutazione dell'efficacia della misura.

Il modello di scheda elaborato da ASL5 è il seguente:

[illegible]

Finché tale attività di mappatura dei processi e individuazione dei relativi rischi non sarà terminata, continuerà ad applicarsi l'attuale registro dei rischi contenuto nel PTPCT 2024-2026 eccetto le sezioni sul PNRR le cui attività programmate sono state completate.

Per quanto riguarda l'area della Trasparenza, quest'ultima 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-finanziari e pubbliche.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda per il triennio 2025-2027 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 macro obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle modalità di erogazione, mirando a rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia dell'operato dell'Azienda;
- consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;
- garantire piena accessibilità e pubblicità di tutti i provvedimenti adottati;
- assicurare un pieno diritto di accesso;
- favorire un rapporto diretto tra amministrazione, cittadini e portatori di interessi (stakeholders).

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 procedure e modalità di svolgimento degli stessi;
- 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.

I principali aggiornamenti già realizzati nel 2024 hanno riguardato:

- l'implementazione di formati aperti nella pubblicazione dei dati;
- la ristrutturazione delle informazioni sulla gestione del patrimonio immobiliare;

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Delibera del Direttore Generale n. 525 dell'08/06/2023 , il Dottor Carlo Oliva, Dirigente Amministrativo della S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio è stata nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) anni 2025-2027 pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.2 PIANO TRIENNALE FABBISOGNO PERSONALE (PTFP)

3.3 PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA)

3.4 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

3.5 PIANO DELLA FORMAZIONE

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Azienda: 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 una tabella con i dati aggregati relativi al personale.

La Struttura organizzativa di ASL5 è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici a valenza dipartimentale (SSD), Strutture Semplici (SS) e uffici. La vigente organizzazione è espressione della Deliberazione n.1137 del 24/12/2024 "Atto di Autonomia Aziendale: presa d'atto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 722 del 19/07/2024 ad oggetto: "Atti di autonomia aziendale delle Aziende Sociosanitarie liguri. Dichiarazione di conformità" come già sopra ricordato. 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 e dal 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.

A seguito dell'approvazione del nuovo POA l'assetto organizzativo subirà una parziale rivisitazione che comporterà l'attivazione di nuove Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, la ridefinizione delle competenze di alcune Strutture, lo spostamento/accorpamento di funzioni, la copertura di posizioni dirigenziali vacanti o di nuova istituzione.

E' allo studio della Direzione generale, previo confronto con le OOSS della dirigenza, la rivisitazione degli incarichi dirigenziali professionali coerenti con il nuovo POA e con i fondi disponibili: altissima professionalità, alta specializzazione, consulenze studio e ricerca.

Verranno bandite procedure di selezione interna per l'assegnazione degli incarichi definiti nella mappatura aziendale.

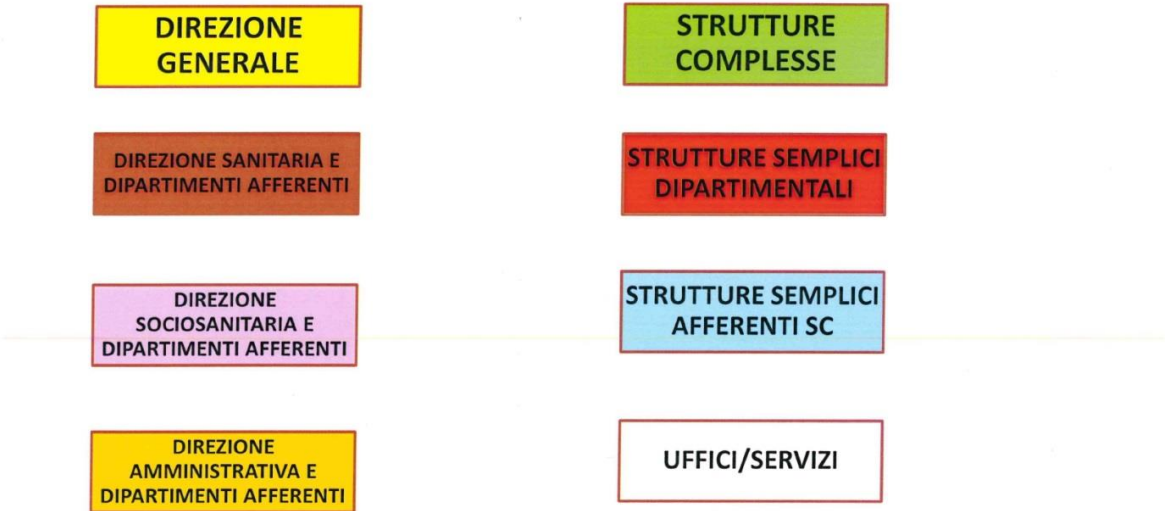
Per quanto riguarda gli incarichi di funzione del comparto (ex posizioni organizzative e coordinamenti) in scadenza a giugno 2025, la Direzione, previo confronto e contrattazione con le OOSS del comparto, sta procedendo alla rivisitazione dell'impianto complessivo (nuovo Regolamento, nuova mappatura, introduzione ex novo degli incarichi di elevata qualificazione) per renderlo coerente con i principi e procedure del CCNL Comparto del triennio 2019-2021 in attesa del nuovo CCNL 2022-2024 di prossima approvazione.

ORGANIGRAMMA ASL5

Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 1 di 14

Asl5
Sistema Sanitario Regione Liguria

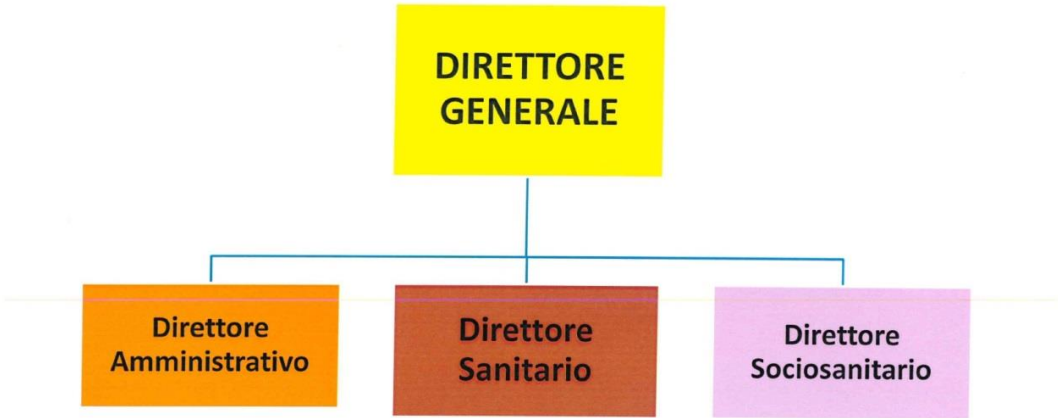
PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE



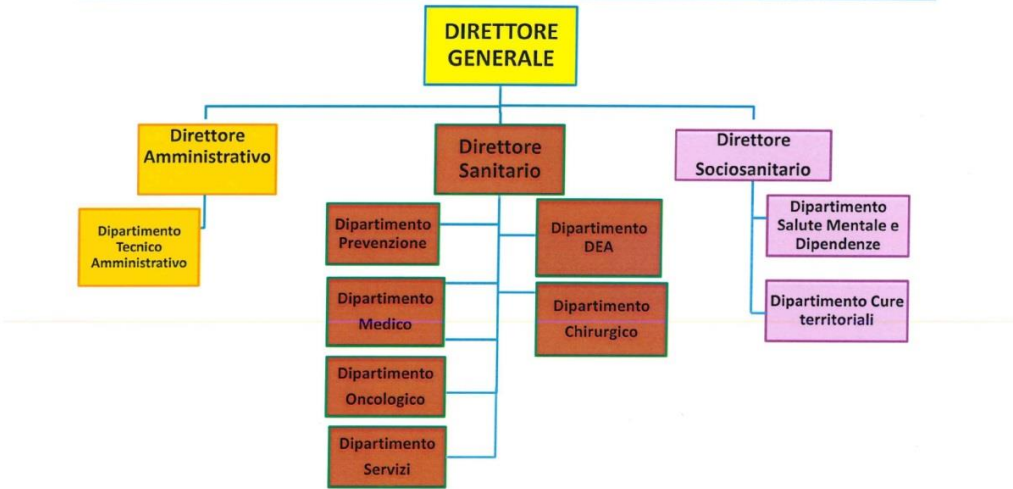
Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 2 di 14



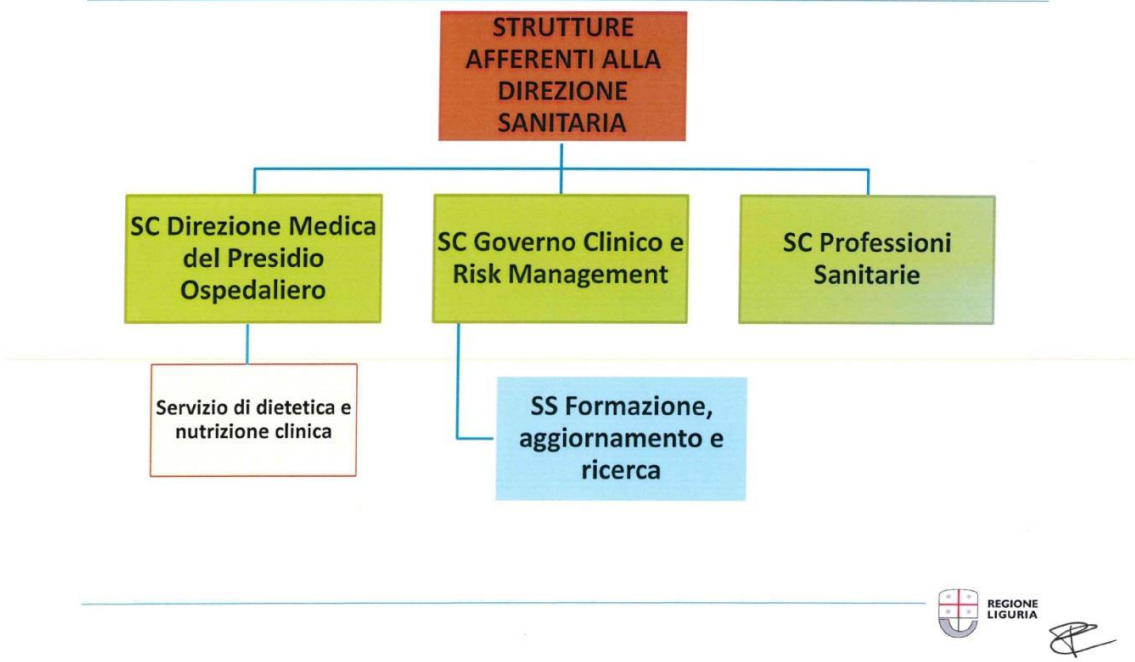
DIREZIONE AZIENDALE



Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 3 di 14



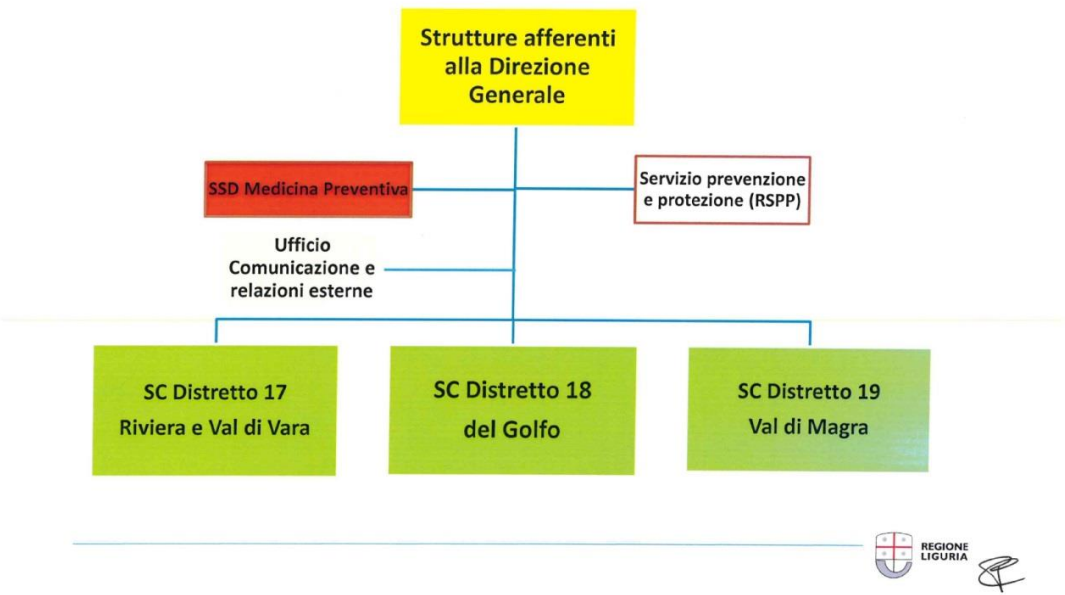
Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 5 di 14



Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 4 di 14



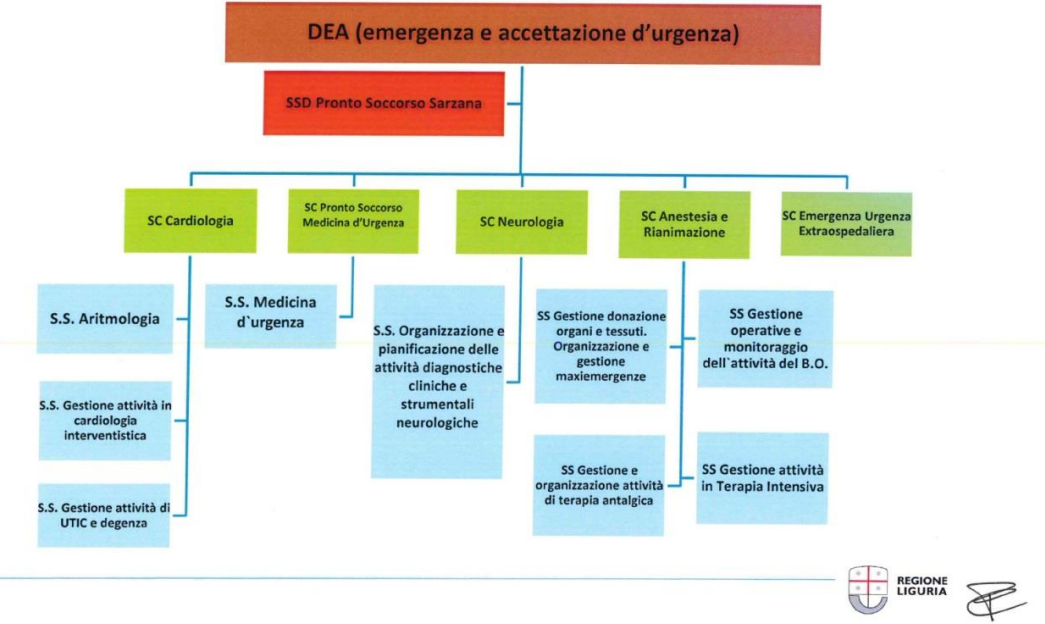
I distretti sociosanitari sono in staff e dipendono da un punto di vista gerarchico dalla Direzione Generale e con delega funzionale al Direttore Sociosanitario



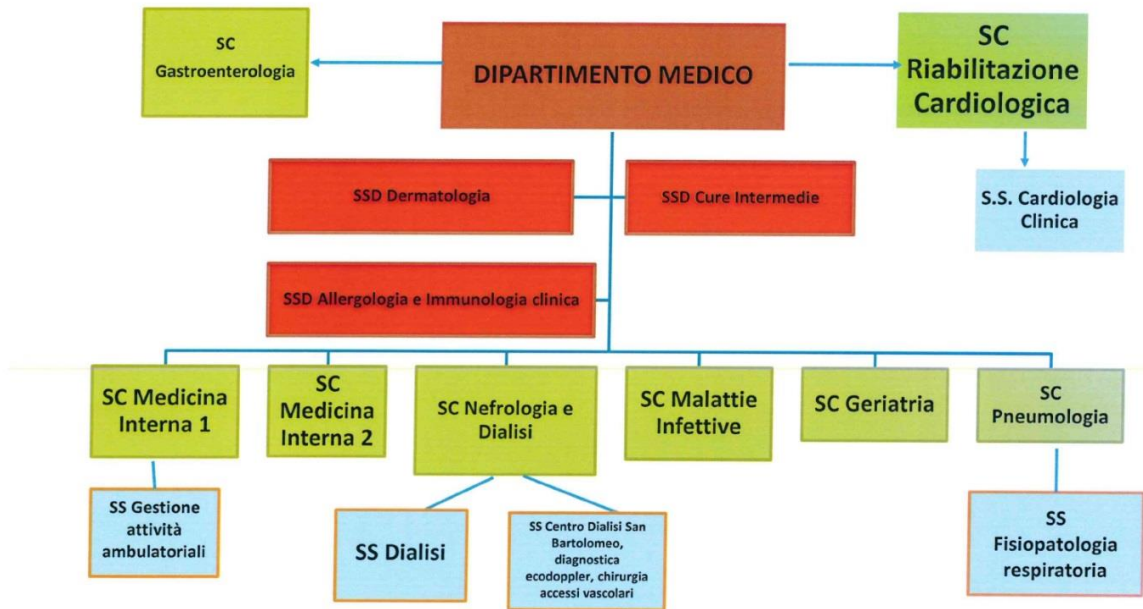
Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 6 di 14

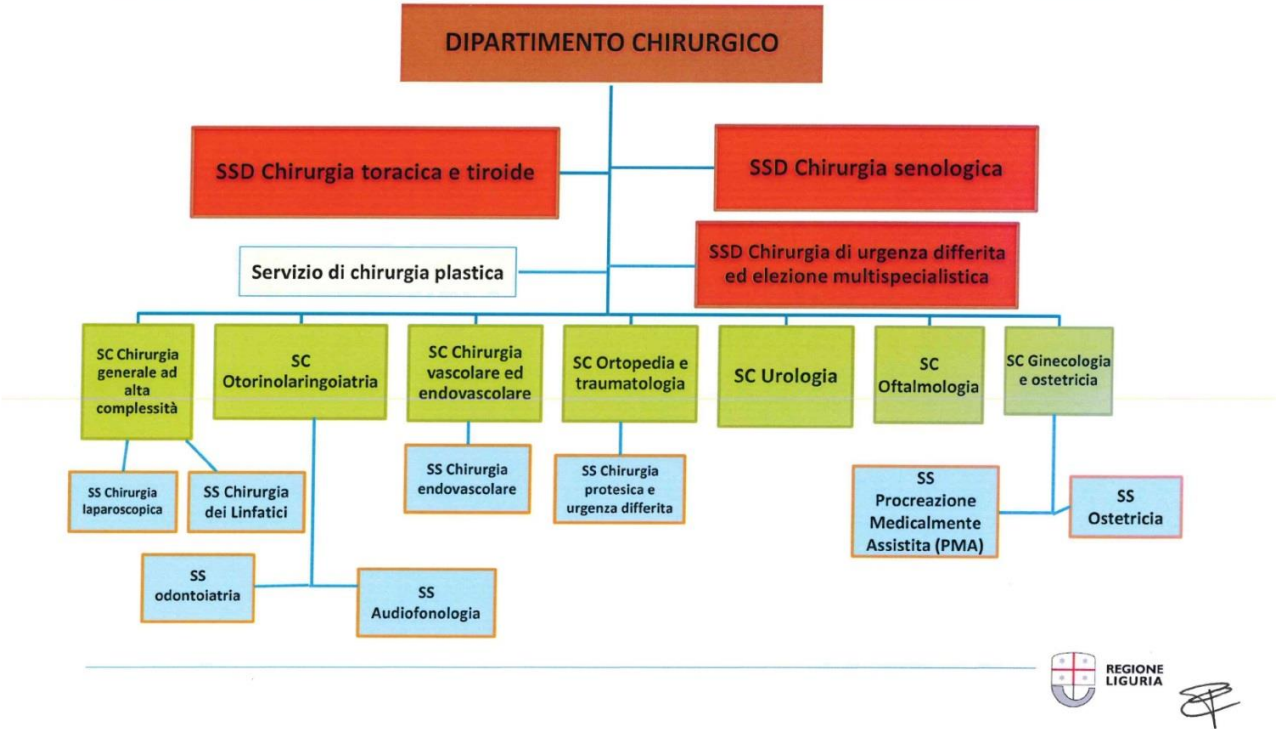


Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 7 di 14

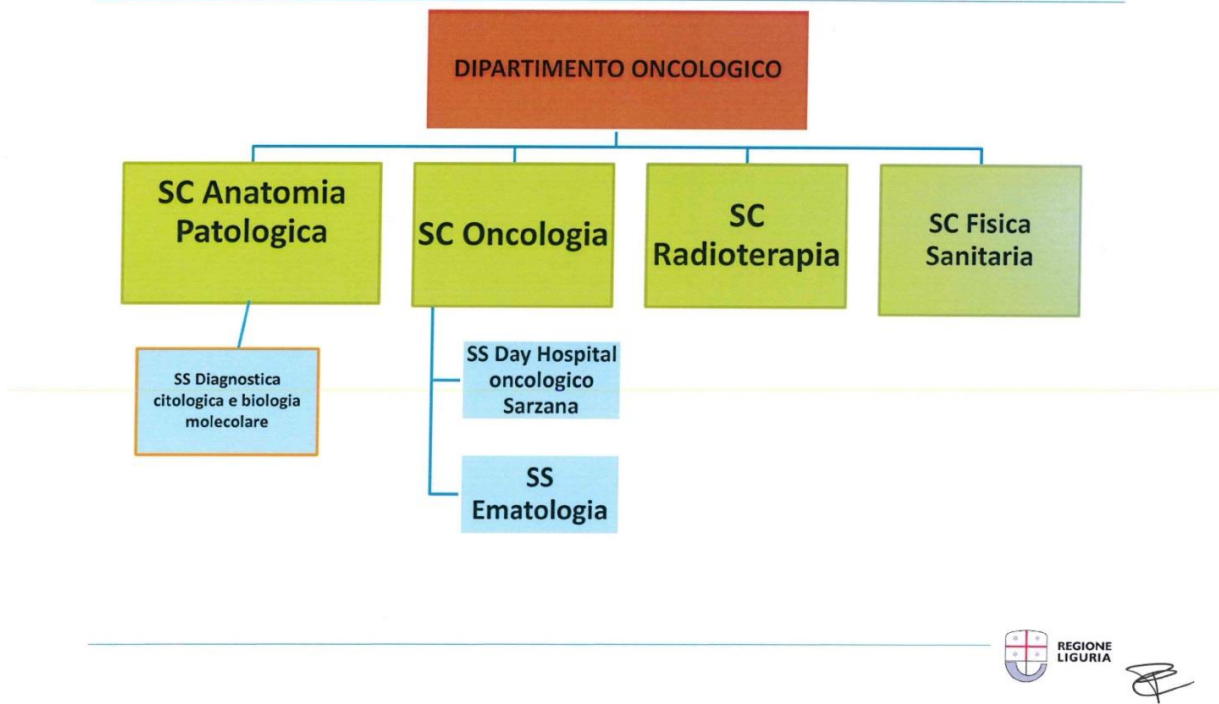


Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 8 di 14

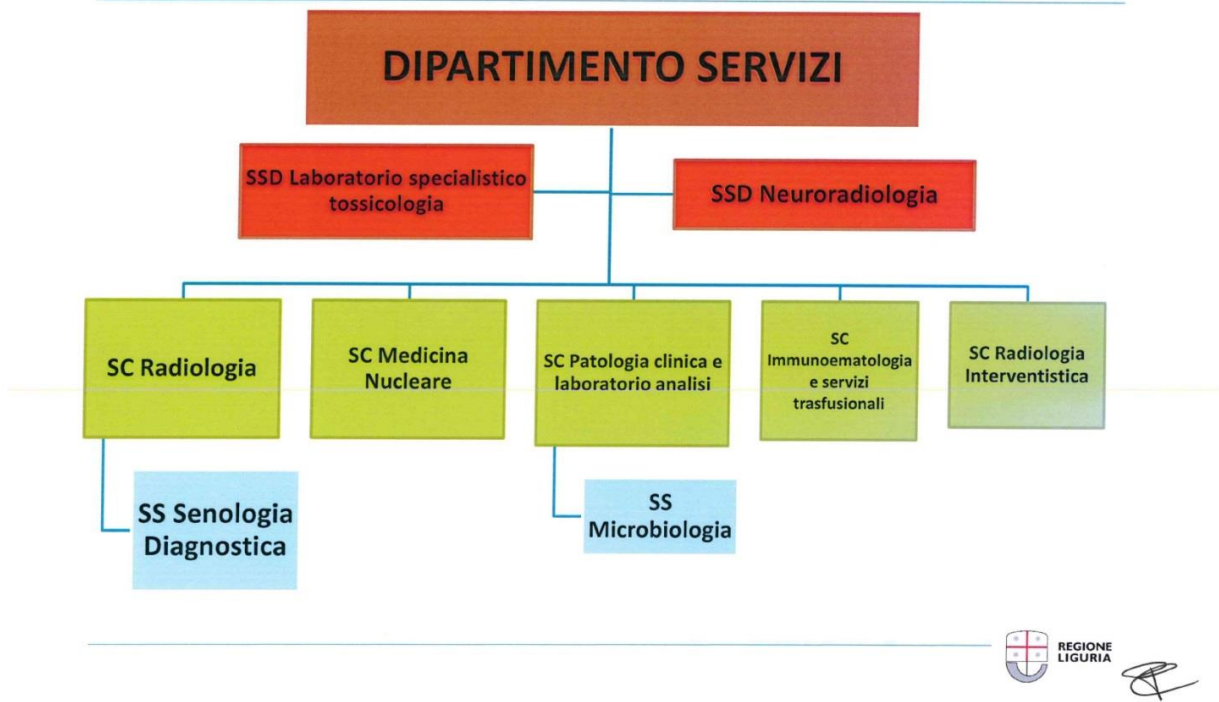




Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 10 di 14



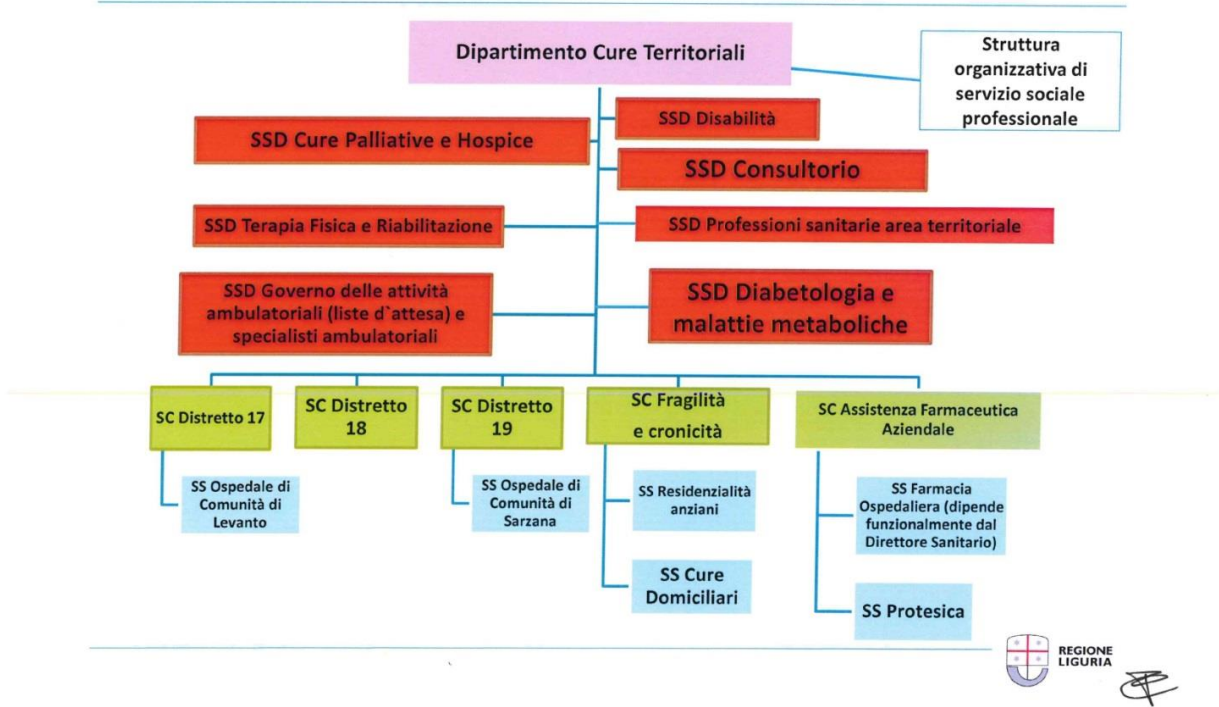
Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 11 di 14



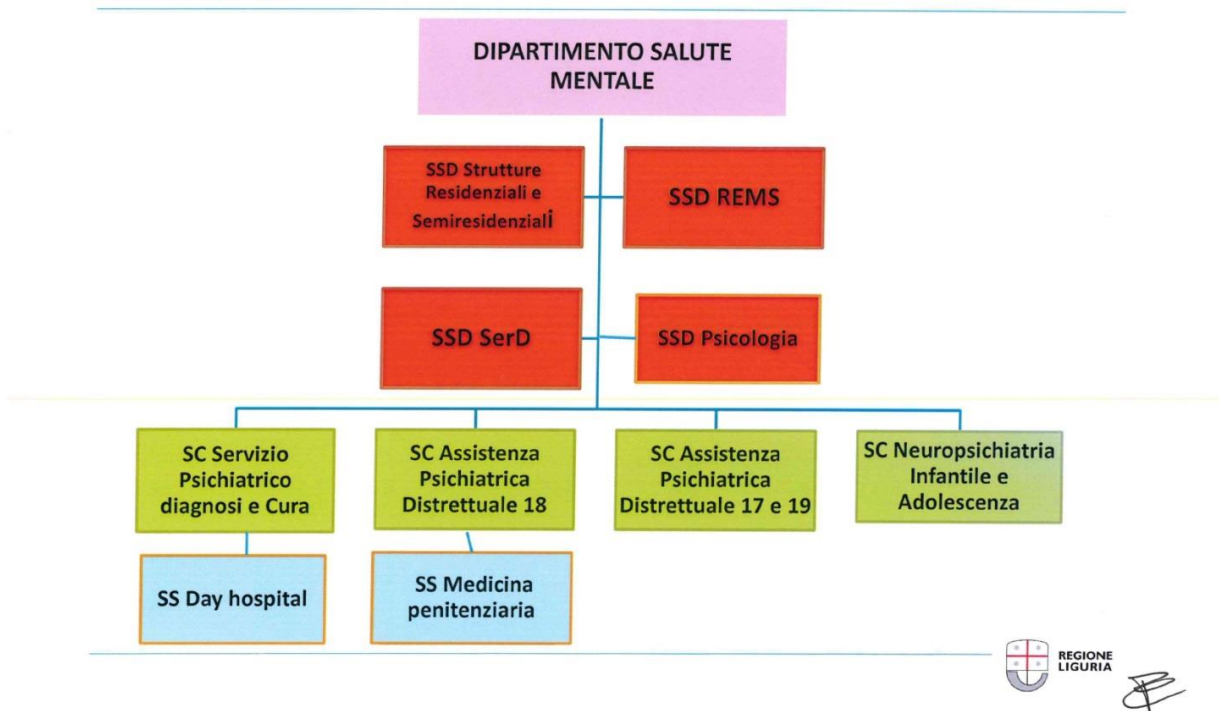
Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 12 di 14



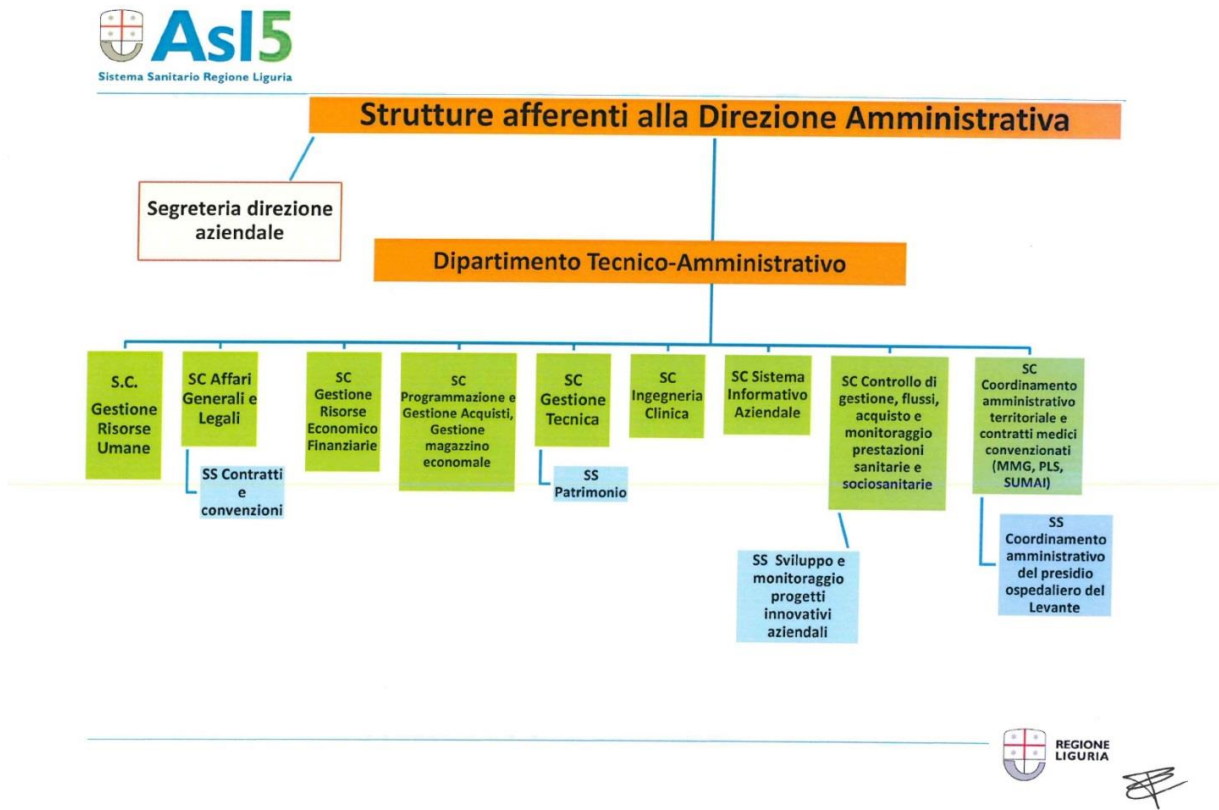
I Direttori di distretto dipendono funzionalmente su delega del
Direttore Generale dal Direttore Sociosanitario



Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 13 di 14



Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 14 di 14



Si precisa che, con deliberazione n. 1137 del 24/12/2024 “Atto di Autonomia Aziendale: presa d’atto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 722 del 19/07/2024 ad oggetto: “Atti di autonomia aziendale delle Aziende Sociosanitarie liguri. Dichiarazione di conformità” è stato altresì rettificato l’Allegato n. 1 della deliberazione ASL5 n. 592 del 20/06/2024, sopra riportato, assegnando la Struttura Organizzativa di Servizio Sociale Professionale alla Direzione Sociosanitaria.

Con Deliberazione n. 1062 del 12/12/2024 è stato approvato il nuovo Regolamento aziendale per il conferimento/e revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e professioni sanitarie per cui proseguirà l’assegnazione dei nuovi incarichi gestionali già avviata negli anni pregressi e saranno, altresì, assegnati in base alla nuova regolamentazione incarichi di tipo professionale.

3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2025-2027

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 PIAO, 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 PIAO 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 Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 147/2022, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2025, 2026 e 2027 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 dei 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.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal PTFP anni 2025-2027 pubblicato sul sito aziendale alla sezione “Amministrazione Trasparente”.

3.3 LAVORO AGILE

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.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano Organizzativo Lavoro Agile pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.4 PIANO AZIONI POSITIVE

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'uguaglianza 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.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano di Azione Positive pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.5 FORMAZIONE

La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante aggiornamento

delle competenze e delle performance dei professionisti per l'attuazione delle trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari. Comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità, attitudini utili per una pratica competente ed esperta; è inoltre condizionata dai mutamenti della domanda, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche.

È fondamentale sottolineare la duplice visione della formazione: da un lato organizzativa, centrata sui bisogni dell'organizzazione su cui gli operatori sono chiamati ad adeguarsi alle esigenze culturali, tecniche ed organizzative dell'azienda stessa; dall'altro ha una visione educativa, basata sui bisogni di sviluppo dei singoli professionisti, la cui funzione è quella di incrementare le competenze professionali, indispensabili ai fini del raggiungimento degli obiettivi.

In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze, nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze che diventano velocemente obsolete e che devono quindi essere ridefinite e aggiornate.

L'aggiornamento rappresenta uno strumento insostituibile per mantenere un adeguato livello di conoscenza e di competenza del personale sanitario, al fine di garantire un elevato livello di qualità delle prestazioni sanitarie e per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche (Evidence Based Medicine) nella pratica professionale; deve inoltre tener presente l'introduzione delle nuove tecnologie, delle maggiori aspettative dei pazienti, della qualità ed esiti delle cure.

La capacità di un'azienda sanitaria a soddisfare i bisogni di salute della popolazione di riferimento è legata infatti alle conoscenze e alle competenze dei professionisti che la costituiscono.

L'Azienda sviluppa le attività formative facendo propri alcuni principi tra cui il ruolo strategico della Formazione Continua, a tal fine, seguendo la Procedura aziendale in vigore PR_GOV_05- Gestione della Formazione, il Servizio Formazione e Aggiornamento si occupa di redigere il Piano Formativo Aziendale (PFA), al fine di mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne necessarie a migliorare le performance e gli standard qualitativi erogati.

La Procedura prevede vari passaggi approfonditi nelle relative Procedure Operative del Servizio: PR_UFF_FORM_01- Analisi del fabbisogno formativo; PR_UFF_FORM_02- Pianificazione intervento formativo; PR_UFF_FORM_03- Progettazione intervento formativo; PR_UFF_FORM_04- Individuazione docenti; PR_UFF_FORM_05- Erogazione intervento formativo e PR_UFF_FORM_06 - Valutazione attività formativa.

Secondo queste procedure, il PFA è organizzato in eventi formativi strutturati per tre tipologie di obiettivi: obbligatori, strategici e specifici dipartimentali.

La formazione obbligatoria intende sviluppare percorsi su tematiche specifiche, che discendono direttamente da previsioni normative e direttive regionali e nazionali; per quanto riguarda la formazione strategica e dipartimentale, in accordo alle citate procedure, viene progettata basandosi sull'analisi dei fabbisogni formativi gestita dal Servizio Formazione e Aggiornamento che poi andrà a costituire il Piano Formativo Aziendale.

Per l'anno 2025 le principali tematiche formative che verranno trattate nella formazione strategica e specifica dipartimentale riguardano: la gestione clinica dei pazienti, la comunicazione interna tra gli

operatori ed esterna con l'utenza, la discussione multidisciplinare di casi clinici, la formazione per gli operatori delle cure palliative; l'appropriatezza prescrittiva; le normative contrattuali; la disabilità applicata al contesto di lavoro; approfondimenti su teorie e clinica relative alle principali problematiche in salute mentale.

Quanto esposto nella presente sezione, sarà approfondito e integrato dal Piano pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente" a seguito della pubblicazione della Deliberazione relativa al Piano Formativo Aziendale.

SEZIONE 4

MONITORAGGI

4.1. 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, comma1, 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 dall’OIV.

In merito al **monitoraggio del valore pubblico e della performance**, occorre misurare il Valore Pubblico, generato dall’Azienda mediante le proprie azioni strategiche; tale attività si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

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

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali). 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. Si ha anche una 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.

Nell'anno 2023, la Direzione Strategica Aziendale ha avviato un progetto per la revisione del modello di misurazione e valutazione della performance aziendale (SMVP), con particolare riferimento alla performance individuale, alla luce del D.M. del Ministero della Pubblica Amministrazione del 28/11/2023, ad oggetto "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale" e del framework delle competenze trasversali del personale di qualifica non dirigenziali.

Si intende innovare la gestione del sistema della performance, con il concetto partecipativo bottom-up, chiedendo a tutto il personale di partecipare attivamente al processo di definizione degli obiettivi individuali da proporre ai singoli dipendenti.

Al fine di implementare questo nuovo paradigma nel 2024 è stato realizzato un percorso formativo "Progettazione del sistema delle performance aziendale e leadership" che ha coinvolto tutto il personale aziendale nella progettazione del nuovo SMVP.

Tale progetto ha previsto le seguenti azioni:

- 1) costituzione di gruppo di lavoro multidisciplinare per coordinare l'intero progetto;
- 2) realizzazione di un percorso di promozione del progetto e formazione (FAD e in presenza) di n. 130 tutor e di tutti i dipendenti; il gruppo di tutor ha seguito i discenti nella parte pratica del percorso formativo.

Nel 2025, sulla base degli esiti del progetto, si implementerà il nuovo modello SMVP.

Relativamente al **monitoraggio dei rischi corruttivi**, l'attività sarà svolta in conformità a quanto previsto nel PTPCT con particolare riferimento alle singole misure specifiche di trattamento del rischio programmate a livello aziendale.

Durante l'anno spetta al RPCT 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.

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione e apportare i necessari correttivi, è stato messo a regime un adeguato sistema di monitoraggio periodico 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 RPCT, entro la data stabilita da ANAC, di una relazione annuale che riporta il rendiconto, anche sulla base dei rendiconti presentati dai Direttori/Responsabili di struttura, dai Referenti Aziendali sull'anticorruzione, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel PTPCT. Lo svolgimento di audit e/o controlli a campione da parte dei referenti delle macro-aree e del RPCT, 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 relazione sul monitoraggio della prevenzione alla corruzione, secondo il modello ANAC, è pubblicato sul sito istituzionale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Passando all'analisi del **monitoraggio della Trasparenza e relativa attestazione OIV**, si evidenzia che il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico che deve essere stabilmente garantita, sia da parte del RPCT, che dei soggetti interni all'amministrazione E dall'OIV.

Lo stesso 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 l'OIV svolge 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.

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".

Per l'anno 2024, con Delibera ANAC 213/2024 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell'Autorità", sono state fornite indicazioni alle Amministrazioni Pubbliche e ai rispettivi OIV in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

L'OIV ha proceduto alla verifica sul sito istituzionale dei dati pubblicati, della loro esattezza e coerenza rispetto al disposto normativo come modificato da FOIA; è stata redatta la sintesi di rilevazione che insieme alla griglia è stata pubblicata sul sito aziendale entro il 31 maggio 2024.

Il RPCT effettua il monitoraggio interno delle attività del PTPCT 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 RPCT 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.

La relazioni semestrali sulla Trasparenza sono pubblicate sul sito istituzionale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

In relazione al **monitoraggio sulle attività formative**, l'Accordo Stato Regioni del 2/2/2017 ha reso espliciti i criteri di verifica della progettualità formativa per ogni singola azienda. Il Servizio Formazione e Aggiornamento, 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 Referenti Attività Formative (RAF) Dipartimentali e pubblicata sul sito aggiornamento/formazione. Nella suddetta relazione vengono elaborati i dati della formazione secondo una analisi dei risultati rispetto ai seguenti criteri:

- 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, 21 Gennaio 2025

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda

F7-69-6F-12-1B-C8-A0-E5-58-B9-B1-8D-59-6D-0A-03-66-48-56-F4

PAdES 1 di 1 del 28/01/2025 10:40:58

Soggetto: CARLO OLIVA

S.N. Certificato: EC291932

Validità certificato dal 06/07/2023 05:58:22 al 06/07/2026 05:58:22

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.
