

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

## 2026-2028

# Indice

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>6</b>
1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5).....	7
1.2 ATTIVITA' .....	144
<b>SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>15</b>
2.1 VALORE PUBBLICO .....	16
2.2 PERFORMANCE .....	26
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	29
<b>SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>48</b>
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	479
3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2025-2027 .....	579
3.3 LAVORO AGILE .....	60
3.4 PIANO AZIONI POSITIVE .....	602
3.5 FORMAZIONE .....	66
<b>SEZIONE 4 - MONITORAGGI.....</b>	<b>68</b>
4.1 MONITORAGGI .....	68

## PREMESSA

In premessa occorre precisare che la Regione Liguria ha con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che a partire dal 1 Gennaio 2026 prevede la fusione delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 che sono incorporate in Liguria Salute che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria).

Le suddette aziende sanitarie perderanno la loro personalità giuridica e in particolare le AASSLL nn. 1, 2, 3, 4 e 5 diventeranno Aree Sociosanitarie Locali (ASL) che costituiranno articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della azienda sanitaria unica regionale ATS Liguria. Le Aree avranno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi.

L'attività di pianificazione e programmazione sarà in capo alla ATS Liguria che darà gli indirizzi alle AASSLL, gli obiettivi e le relative risorse per realizzarli.

In sede di prima applicazione, il P.I.A.O. dell'ATS Liguria risulta dalla composizione del P.I.A.O. delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.

In particolare, la sezione del P.I.A.O. Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP) dell'ATS Liguria risulta dalla somma dei PTFP delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.

Il P.I.A.O. si configura come un documento programmatico triennale che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse ed i relativi indicatori. Esso rappresenta per l'organizzazione lo strumento unitario e principale di programmazione e controllo, nel quale i diversi aspetti della programmazione sono articolati in una visione integrata, unitaria e complessiva.

Il presente piano rappresenta l'aggiornamento annuale di quello adottato per il triennio 2025/2027, ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, con l'obiettivo di realizzare la massima semplificazione ed integrazione tra gli strumenti di programmazione della Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL 5).

Il P.I.A.O., nella declinazione contenuta nella sopra citata disposizione, definisce:

a) gli **obiettivi programmatici e strategici della performance** secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la **strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo**, anche mediante il ricorso al **lavoro agile**, e gli **obiettivi formativi** annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

- c) 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), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla **piena trasparenza** dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di **contrastò alla corruzione**, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l'elenco delle **procedure da semplificare e reingegnerizzare** ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la **piena accessibilità** alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della **parità di genere**, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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 ed 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.

Attraverso l'adozione del P.I.A.O., i suoi aggiornamenti periodici, i documenti attuativi e le Relazioni annuali di rendicontazione, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

Il presente Piano contiene la scheda anagrafica dell'Azienda ed è suddiviso in tre Sezioni

a contenuto sintetico e descrittivo delle azioni programmate, così come previsto dal Decreto della Presidenza del Consiglio (DPCM) n. 132 del 30 giugno 2022:

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

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

## SCHEDA ANAGRAFICA

### DELL'AMMINISTRAZIONE

- 1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5)
- 1.2 ATTIVITA'

## 1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5)

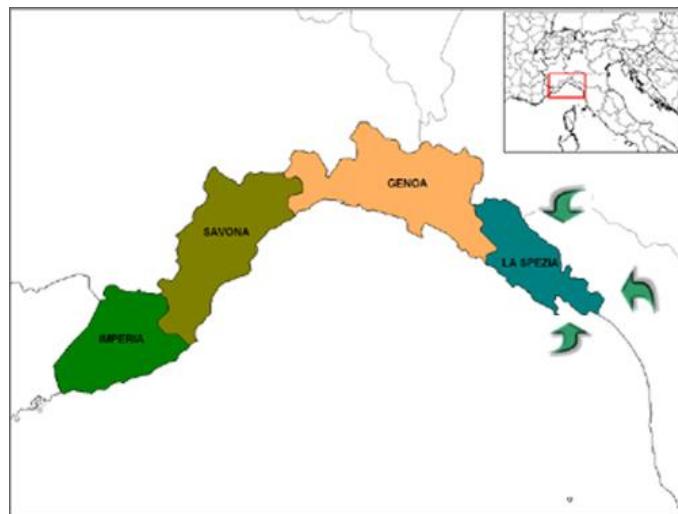
L’Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (di seguito denominata ASL5 o Azienda) è stata istituita nel 1993, a seguito della fusione tra la ex USL n. 19 della Spezia e la ex USL n. 20 di Sarzana, ai sensi del Decreto Legislativo n. 502/92 e della Legge Regionale (L.R.) n. 20/93. Il Decreto ha previsto la trasformazione delle precedenti USL in Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica, con conseguente riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) Ligure ed accorpamento delle precedenti 20 USL, nelle attuali 5 Aziende Sanitarie Locali. Con la 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 ed interesse della collettività.

Come citato in “Premessa” è in atto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che porterà a partire dal 2026 alla istituzione di un’unica Azienda Sanitaria Ligure (ATS).

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

Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2025, la popolazione assistibile vive su una superficie di circa 665,22 Km quadrati. Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.711 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 212.197 (Fonte: Istat - Popolazione residente al 1° gennaio 2025 (<http://www demo.istat.it>):



- **Distretto 17**, con una popolazione complessiva di 37.135, 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 105.167, che comprende 3 Comuni nel Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- **Distretto 19**, con una popolazione complessiva di 69.895, 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, Specialisti Ambulatoriali e Professionisti sanitari Convenzionati 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.

Le Case della Comunità, introdotte dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale", mirano a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale, sono state finanziate attraverso la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nell'ambito del programma sulla sanità previsto nel PNRR, la Casa della Comunità rappresenta quindi il nuovo punto di riferimento per i bisogni sanitari e sociosanitari del cittadino, essa implementa la rete che garantisce l'assistenza primaria e prende in carico in modo continuativo e coordinato i malati cronici. Si concentra sulla dimensione "salute", con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la qualità e l'equità del sistema sanitario italiano. Punta a colmare le disuguaglianze territoriali, potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e promuovere l'innovazione digitale, rendendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più resiliente e sostenibile.

In ambito regionale, stanno nascendo in Liguria 32 case della comunità, nelle quali si stanno insediando anche i medici di medicina generale, per la visita dei pazienti senza prenotazione, con accesso diretto per patologie a bassa complessità.

Tale inserimento si completerà entro il 2026 in tutte le case della comunità, aperte sia nel corso del 2025 che del 2026 e ciò tra l'altro, potrà contribuire anche a ridurre la pressione nei pronto soccorso, evitando accessi impropri nei luoghi destinati alle emergenze.

Come previsto dal D. M. n.77/2022, all'interno delle Case della Comunità si trovano : il punto unico di accesso per l'accoglienza e le informazioni, la previsione dell'effettuazione di visite con accesso diretto da parte di medici di medicina generale in applicazione dell'accordo regionale integrativo in fase di approvazione, servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari, servizi di assistenza domiciliare, servizi di specialistica ambulatoriale, servizi infermieristici, accesso ai servizi sociali, attività di screening e vaccinazione, punto prelievi.

Nel corso dell'anno 2025 in ASL 5 sono state già aperte le Case della Comunità della Spezia – Distretto n. 18, site in via XXIV Maggio ed in Via Sardegna. I servizi di Anagrafe Sanitaria, Cup , Cure Estero sono stati ritrasferiti nella sede originale di Via XXIV Maggio in data 20/11/2025 e hanno ripreso l'attività a partire dal 21/11/2025 con ampliamento del numero degli sportelli di front office da 7 a 11 così da poter implementare le attività di Cup ed Anagrafe Sanitaria.

In data 21/11/2025 la piastra ambulatoriale operante nella sede dell'Ospedale Militare Ex Falcomatà è stata trasferita nelle sedi della Casa della Comunità di Via XXIV Maggio e Bragarina in via Sardegna, in particolare sono state trasferite le seguenti specialità: Ortopedia, Urologia, Cardiologia, Neurologia, Dermatologia, Fisiatria, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze – Geriatria, Medicina dello Sport, presso la sede di Via XXIV Maggio ed Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Fisiatria, Reumatologia, Pneumologia presso la sede di Bragarina in Via Sardegna n. 45. I medici specialisti si alternano fra le due sedi sopra indicate in base alla turnazione.

L'inaugurazione delle altre Case della Comunità previste in ASL5, nel territorio della provincia della Spezia, si realizzeranno entro fine di marzo 2026, così come la presenza dei medici di medicina generale entro tali strutture che saranno le seguenti: Distretto n. 17 - Ceparana Bolano, Distretto n. 18 -La Spezia -Via Sardegna, La Spezia -Via XXIV Maggio, Distretto n. 19 - Sarzana, Luni.

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, DEA - Emergenza ed Accettazione d'Urgenza, Medico, Chirurgico, Oncologico, Servizi Sanitari ), due afferenti alla Direzione Sociosanitaria (Dipartimento Salute mentale 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 Levanto, 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 17.

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:

*Posti letto al 01/10/2025 Presidio Ospedaliero del Levante Ligure (comprensivo dei Posti Letto (PL) a pagamento*

POSTI LETTO		
ANNO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTI DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	399	51
2024	396	51
2023	391	49

Fonte: Flusso Posti Letto

*Posti Letto al 01/10/2025 Privati Accreditati (esclusi PL a pagamento)*

POSTI LETTO		
ANNO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTI DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	100	30
2024	93	30
2023	88	30

Fonte: Flusso Posti Letto

Il dettaglio dei dati relativi ai posti letto anche delle strutture convenzionate sono contenuti nel Piano della Performance 2026-2028.

Le attività e i servizi territoriali di ASL5, dislocati su tutto il territorio sono principalmente erogati dai 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	<b>4</b>	<b>10</b>						<b>3</b>	
Struttura residenziale					<b>4</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	

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	599	109	9
Struttura semi-residenziale	15	67	4

\*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 Servizio Sanitario Regionale, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali e Professionisti sanitari convenzionati, 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 gli altri strumenti di pianificazione quali il Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 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 Servizio Sanitario Regionale, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguiendo 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 stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto;
- 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).

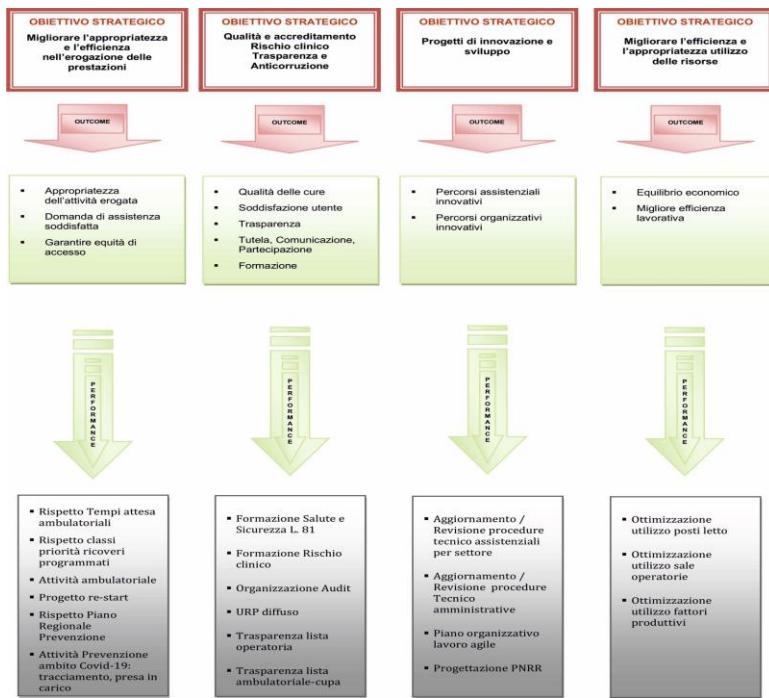
In merito alla creazione del Valore Pubblico costituiscono punti di riferimento gli atti sotto illustrati:

- D.G.R. n. 570 del 22 giugno 2023 con la quale è stato approvato il documento denominato “ Ambiti e Linee strategiche della Regione Liguria 2023-2025”, che detta gli indirizzi della pianificazione e della programmazione di legislatura da declinarsi anche nella programmazione del sistema regionale allargato, i cui documenti programmati, tra cui il PIAO, dovranno essere coerenti nella loro elaborazione e nella formulazione di obiettivi, misure ed attività;
- Programma di governo per la XII legislatura (2024-2029), presentato dal Presidente della Regione alla Giunta il 3 dicembre 2024, che detta gli indirizzi per la pianificazione e per la programmazione di mandato. Il Programma illustra gli indirizzi, gli ambiti di intervento e gli obiettivi di legislatura che sono il riferimento per il PIAO e per gli altri strumenti di programmazione regionale, individuando cinque macro-aree strategiche tra cui “La Liguria del benessere” definendo specifici ambiti di azione e linee strategiche di intervento contestualizzate rispetto alle peculiarità ed alle caratteristiche del territorio ligure;
- P.I.A.O. 2025/2027 della Regione Liguria approvato con D.G.R. n. 63 del 30/01/2025, D.G.R. n. 146 del 27/03/2025 e D.G.R. n. 214 del 17/04/2025 il quale riconduce le linee strategiche di intervento del Programma di governo ai 21 Obiettivi di Valore Pubblico, aggregati in quattro dimensioni di valore pubblico ( Ambiente e Territorio, Economia e Sviluppo, Benessere sociale e Salute, Istituzione e Governance), verso i quali convergere tutte le azioni ed obiettivi previsti dalle diverse sezioni di tale documento.

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:



### 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:

## PNRR, componenti della missione 6



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.

Le CdC dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 sono le seguenti: nei Comuni di Sarzana, Luni (Distretto Sociosanitario n. 19), La Spezia (Distretto Sociosanitario n. 18), Bolano località Ceparana (Distretto Sociosanitario n. 17).



- Punto di riferimento continuativo per la popolazione garantendo capillarità sul territorio
- Standard: 1 ogni 40-50.000 abitanti, 33 per la Liguria, di cui 30 a finanziamento PNRR
  
- Punto di offerta polispecialistica
- Punto di offerta diagnostica
- Punto CUP, prelievi
  
- Vaccinazioni, screening, Servizi sociali
- In rete con il sistema informativo sanitaria
  
- Struttura fisica in cui opera l'équipe multiprofessionale di: MMG e PLS Specialisti ambulatoriali, Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute.
- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

**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).



- Struttura socio-sanitaria intermedia della rete territoriale per ricovero breve
- Interventi sanitari a bassa intensità clinica
- Standard: 1 modulo da 20 pp.ll. ogni 100-150.000 abitanti, 11 a gestione pubblica per la Liguria, 10 a finanziamento PNRR
- Strutture a gestione infermieristica con presenza di un medico almeno 4,5 ore al giorno

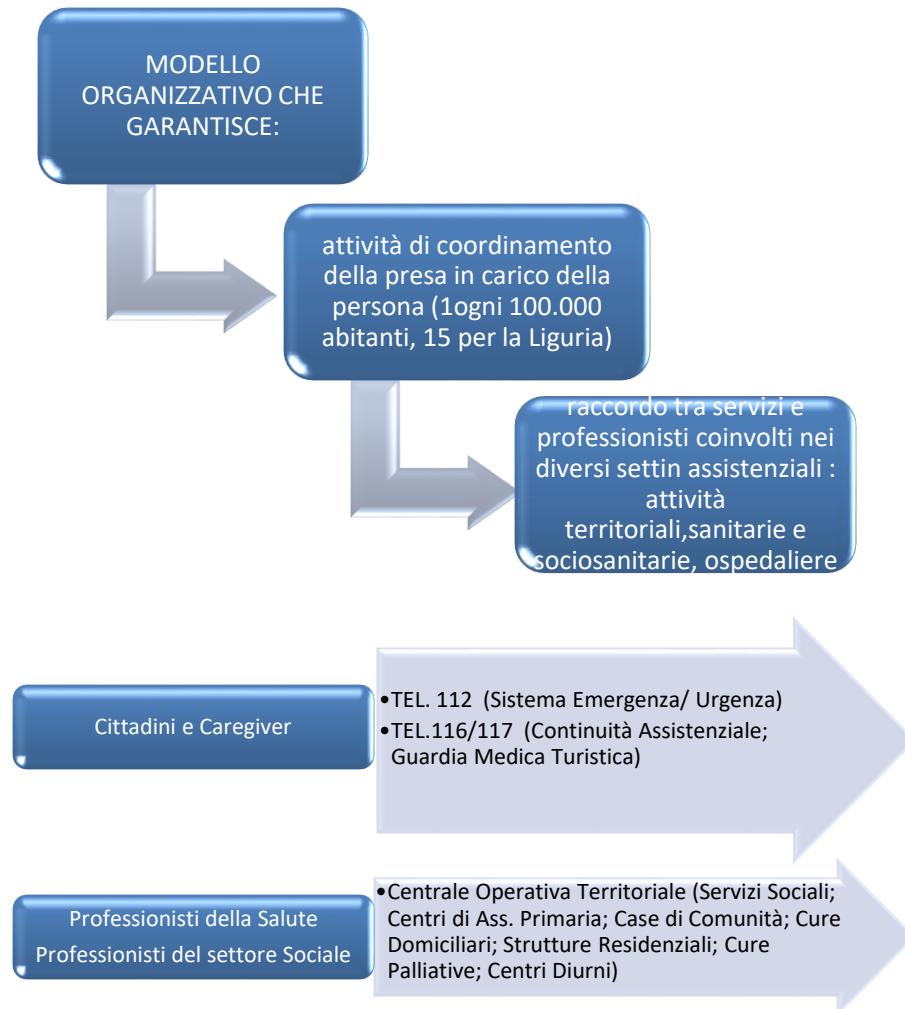
Le **Centrali operative territoriali (COT)** svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza – 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 (Sarzana – Distretto Sociosanitario 19, Follo Località Ceparana – Distretto Sociosanitario 17).

La Regione Liguria fornirà indirizzi sulla nuova configurazione organizzativa definitiva dei presidi HUB e SPOKE anche con l'adozione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) sulla Medicina Generale.



## ASL 5 - Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT



# ASL5: Case ed Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali



Sono altresì previsti altri interventi:

## Interventi per antisismica



# ASL 5 - Rinnovo apparecchiature



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](mailto:recupero.prestazioni@asl5.liguria.it)

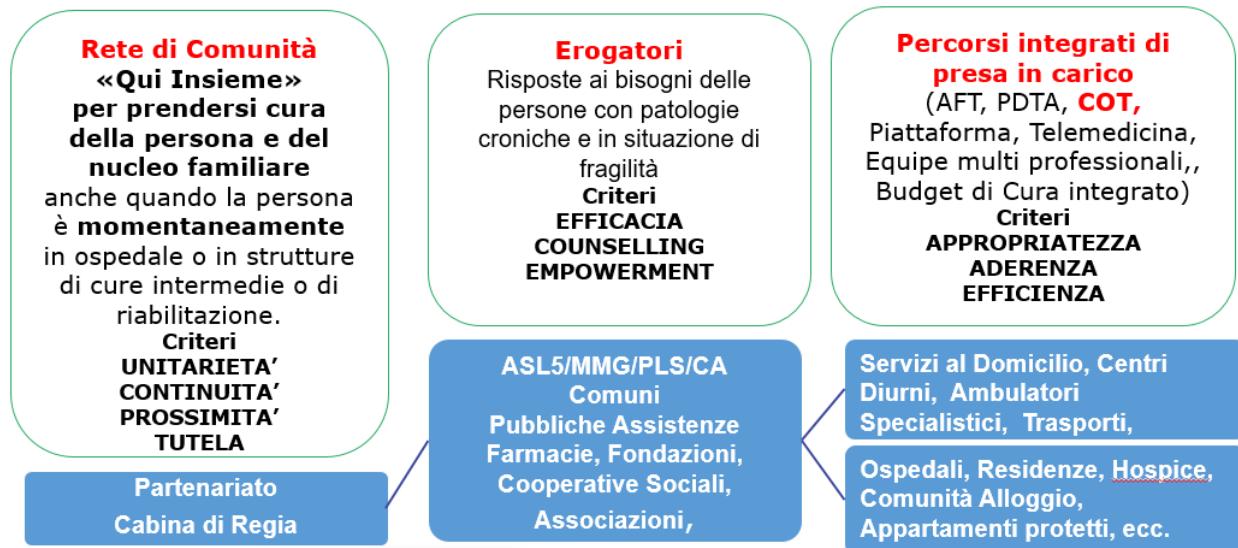
RECUPERO PRESTAZIONI			
DATA	TELEFONATE RICEVUTE	MAIL RICEVUTE	CASI RISOLTI nel rispetto delle priorità
Dal 01/01/2025 Al 01/12/2025	19.054	2.559	13.228

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 ASL4.





I dati degli screening relativi al 2025 devono essere ancora validati.

## 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.

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.

L’Azienda vuole implementare un sistema partecipativo bottom-up, chiedendo a tutto il personale di contribuire attivamente al processo di definizione degli obiettivi individuali da proporre ai singoli dipendenti.

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 delle precedenti fasi del progetto, è stato avviato un percorso di coinvolgimento di tutto il personale aziendale per la revisione del Sistema di Valutazione della Performance individuale, per mezzo di una FAD, chiedendo a tutti i dipendenti di essere parte attiva nella costruzione dei propri obiettivi individuali e dei relativi metodi di valutazione.

La programmazione per l'anno 2026 prevederebbe la implementazione del nuovo sistema di valutazione della performance individuale.

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 ad oggi 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 primi 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.

Si rimanda al Piano della Performance quale documento correlato al presente P.I.A.O. per gli approfondimenti relativi al ciclo di gestione della performance.

## **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

Nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) (Triennio 2026-2028 con l’aggiornamento del 2026), ai sensi della Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e successive modificazioni e integrazioni, collegato funzionalmente al presente piano, 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 il triennio 2026/2028.

Il presente P.I.A.O. contiene le azioni principali in tema di anticorruzione e trasparenza espresse in modo più compiuto nel suddetto PTPCT.

Il Gruppo Interaziendale ligure degli RPCT ha individuato gli obiettivi strategici di prevenzione di corruzione per il 2026 comuni a Regione Liguria, Enti Partecipati ed Enti del Sistema Sanitario Regionale tracciandone la strategia complessiva.

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 occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- assicurare l’individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di

PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo;

- applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo intraziendale degli RPCT – Sanità);
- garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.;
- promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.

Nel 2025 il sottogruppo dedicato al PNRR del Gruppo Interaziendale RPCT, di cui è stata referente ASL5, ha svolto attività che sono funzionali al suddetto obiettivo dell'anno 2026 che sono di seguito sinteticamente rappresentate.

Sono stati elaborati da ASL5 modelli di schede che sono state utilizzate per gli audit eseguiti presso le strutture coinvolte. E' stata inoltre effettuata una scheda per ogni intervento finanziato dal PNRR selezionato per il monitoraggio.

ASL 5 aveva già predisposto una scheda di analisi per la mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione, con indicatori di rischio e relative misure di prevenzione al fine di elaborare il nuovo registro dei rischi che sarà operativo dal 2026.

La motivazione di questo lavoro consiste nel superamento delle indicazioni contenute nel PNA 2013 relativamente alla valutazione del rischio con indici numerici basati sulla valutazione della probabilità di accadimento di un rischio e sul relativo impatto sulla quale è stato elaborato l'attuale registro dei rischi aziendale.

ANAC ha evidenziato che il sistema PNA 2013 non dava risultati positivi in esito al monitoraggio dei PTPCT. Serviva quindi un approccio prevalentemente qualitativo, che poteva essere supportato anche da dati quantitativi, con indicatori individuati a livello autonomo dalle singole amministrazioni pubbliche (indicatori di rischio). La valutazione va quindi fatta utilizzando indicatori che sono suggeriti dalla storia e dalla narrazione di ogni azienda. I riferimenti per la predisposizione di stima del livello del rischio sono contenuti nel PNA 2019 (livello di interesse esterno: presenza anche di interessi economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio; grado di discrezionalità del decisore interno della PA: presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale vincolato; opacità del processo decisionale: adozione di strumenti di trasparenza e sostanziale e non solo formale; grado di attuazione delle misure anticorruzione: attuazione delle misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi; dati sui precedenti giudiziari: sentenze passate in giudicato: reati contro la PA, falso e truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.); i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile (Corte dei Conti); i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici esiti dei procedimenti disciplinari; le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultante indagini customer satisfaction (possibili malfunzionamenti o mala gestione); fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali giudizio del rischio (descrizione narrativa della probabilità del rischio e del relativo impatto).

Dopo aver valutato i rischi secondo i suddetti indicatori, devono essere individuate misure di prevenzione della corruzione in funzione della criticità individuata in sede di analisi e valutazione dei rischi (rischi potenziali). I requisiti delle misure sono: presenza e adeguatezza di misure e/o controlli specifici preesistenti: sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione; capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio; sostenibilità economica e organizzativa delle misure: capacità di attuazione dell'Azienda; adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione (contestualizzazione).

La scheda con le sopra citate caratteristiche che ha preso a riferimento la struttura del PNA 2019 è

stata usata come modello per predisporre una scheda di monitoraggio per gli interventi del PNRR (ASL n. 5 aveva già predisposto, come sopra ricordato, altre schede e aveva proceduto al monitoraggio degli interventi PNRR di cui ha presentato specifico materiale al coordinamento gruppo regionale RPCT).

Per procedere allo sviluppo dello schema di analisi, A.Li.Sa (dal 01.09.2025 Liguria Salute) componente del sottogruppo PNRR, ha fornito il “Catalogo dei rischi PNRR” predisposto da ANAC, Italia Open Go, 5° Piano d’Azione Nazionale 2021-2023 che è stato studiato dal sottogruppo nelle sue diverse parti.

In particolare, si è focalizzata l'attenzione sul fenomeno della “interferenza relazionale” che si determina nella rete di relazioni del decisore pubblico (esempio: commissario di gara, RUP, DEC, commissario di una selezione di personale). La sfera delle relazioni private e anche pubbliche può influire negativamente sulle decisioni del dipendente pubblico che non agisce esclusivamente per soddisfare l'interesse collettivo della azienda pubblica alla quale appartiene (opportunità, legittimità, efficacia ed efficienza) ma per appagare un interesse proprio o di terzi che collima in tutto o in parte con il suddetto interesse collettivo, provocando una conseguente perdita di valore pubblico. Tale scenario si inquadra nell'area del conflitto di interessi.

Occorre quindi una valutazione preventiva del conflitto di interessi attraverso una mappatura sintetica delle relazioni "sensibili" stabili e il relativo sviluppo.

Nella scheda di analisi sono state previste misure che agiscono sia in maniera preventiva (la suddetta mappatura delle relazioni sensibili) sia in itinere con un sistema di gestione dei comportamenti e di controlli (i suddetti controlli rinforzati).

Tali processi sono stati suddivisi in diverse fasi per ciascuna delle quali si sono applicate gli indicatori di rischio della scheda di analisi sopra citata e si sono individuate le misure specifiche di prevenzione del rischio.

In specifico per i seguenti processi si sono stabiliti indicatori di rischio e misure per ciascuna delle seguenti fasi:

## 1. gara;

## 2.concorso pubblico;

3. opera pubblica (es. costruzione, acquisto attrezzatura, software).

La scheda da utilizzare per monitorare lo stato di avanzamento degli interventi/servizi finanziati con il PNRR è la seguente:

Per l'anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato indicazione di utilizzare la suddetta scheda per poter procedere ad una nuova mappatura e analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.

### OBIETTIVO 2 – PROCEDURE APPALTI PUBBLICI

L'analisi dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione relative alla gestione degli appalti pubblici mantengono un ruolo centrale nella prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- rivedere e aggiornare le mappature relative ai contratti pubblici sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2025 – Parte speciale in relazione alla digitalizzazione dei processi che attengono all'intero ciclo di vita dei contratti pubblici;
- garantire un costante monitoraggio dei rischi e dell'applicazione delle misure di trattamento in tale ambito.

### OBIETTIVO 3 – PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ, CODICE DI COMPORTAMENTO 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 le seguenti azioni/obiettivi:

- garantire l'aggiornamento dei codici di comportamento alla luce del D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81, con particolare riferimento alle disposizioni sull'utilizzo dei social, alla social media policy, e alle responsabilità dirigenziali in materia di performance;
- progettare eventi formativi sull'etica pubblica e sulla cultura dell'integrità rivolti al personale dell'Ente;
- prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto del whistleblowing e sulla normativa antiriciclaggio.

In relazione all'antiriciclaggio già nel 2025 (PTPCT 2025-2027) si erano definite le seguenti misure:

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 soglio/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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Censimento progetti PNRR in cui l'azienda è Stazione Appaltante</li> <li>2) Sensibilizzazione alla normativa</li> <li>3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR;</li> <li>4) Eventuale consulenza/formazione specifica</li> <li>5) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie</li> <li>6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglio/valore economico di € 20.000 (oltre IVA)</li> </ol>	<p>Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione.</p> <p>Partecipazione all'eventuale corso formativo.</p> <p>Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.</p>
----------------------	-------------------------	---	--

Nel 2025 è stata applicata la seguente check list agli operatori economici:

CHECK LIST IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO							
AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5							
PARTITA IVA: 00962520110							
Sede legale: Via Fazio n. 30 La Spezia							
Il sospetto deve essere basato su una valutazione di elementi plurimi oggettivi e soggettivi acquisiti sulla base dell'istruttoria normalmente avviata.							
La presente checklist fornisce un ausilio indicativo e non esaustivo all'identificazione delle attività a forte rischio di riciclaggio tale da fornire un aiuto alla relativa valutazione							
Verifica adempimenti in fase di aggiudicazione di appalti e/o affidamenti diretti							
Operatore economico:							
Cod. CUP: - cod. CIG:							
Responsabile del Procedimento - RUP							
DOCUMENTAZIONE DA CONTROLLARE in più fasi							
		INDICATORE DI ATTENZIONE	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note
A) Visura camerale		A.1 Età anagrafica del rappresentante legale: > di 80 anni o < di 20 anni	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
		A.2 Si ha difficoltà ad individuare la figura del titolare effettivo?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
		A.3 C'è stata una variazione dell'oggetto sociale negli ultimi 6 mesi?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Certificato antimafia		B.2 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	

C) White lists	C.1 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
D) Notizie di stampa recenti (6 mesi)	D.1 Sono state reperite notizie giornalistiche o via internet che possono condurre ad un rischio di riciclaggio?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
<b>A)- ANOMALIE DEL SOGGETTO PARTECIPANTE O AFFIDATARIO</b>						
	<b>INDICATORE DI ANOMALIA</b>	<b>VALORE</b>	<b>DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA</b>			<b>Note</b>
A) Documentazione relativa all'operazione:	A.2 Documenti o informazioni inerenti l'operazione difformi e/o contradditori	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Contiguità o operatività o rapporti finanziari rilevanti con soci amministratori:	B.1 Persone sottoposte a procedimenti penali e/o misure di prevenzione patrimoniale	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	B.2 Persone che rivestono importanti cariche pubbliche	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
<b>B)- ANOMALIE DELL'APPALTO PUBBLICO O DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO</b>						
	<b>INDICATORE DI ANOMALIA</b>	<b>VALORE</b>	<b>DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA</b>			<b>Note</b>
A) Presentazione di un'unica offerta nell'ambito di procedure di gara con:	A.1 Aggiudicazione al prezzo più basso	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.2 Offerta anormalmente più bassa	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Offerta con ribasso elevato in gare al prezzo più basso con:	B.1 Contratto caratterizzato da complessità elevata	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
<b>C)- ANOMALIE NELLA FASE DI ESECUZIONE</b>						
	<b>INDICATORE DI ANOMALIA</b>	<b>VALORE</b>	<b>DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA</b>			<b>Note</b>
A) Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione consistenti in:	A.1 Variazioni prestazioni originarie	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.2 Allungamento termini di ultimazione lavori, servizi, forniture	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.3 Significativo incremento dell'importo del contratto	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Esecuzione contratto con ripetute e/o non giustificate operazioni di:	B.1 Cessione, trasformazione, fusione, scissione ovvero affitto d'azienda o di un suo ramo.	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
* Il Valore ALTO determina singolarmente motivo di segnalazione.						

#### OBIETTIVO 4 – VALORE PUBBLICO E TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione della corruzione e della maladministration. A tal fine la sola trasparenza amministrativa non è sufficiente e deve essere semplificata. Allo stesso tempo occorre incrementare la trasparenza sui risultati, sul valore pubblico e sugli impatti prodotti dell'azione pubblica. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- sviluppare la trasparenza sui risultati raggiunti e sul valore pubblico a cominciare dal PIAO illustrando obiettivi e risultati raggiunti in modo semplice, utilizzando grafici, rendendo agevole la comprensione dei dati anche ad un pubblico di “non addetti ai lavori” e digitalizzando gli strumenti;
- adeguare le sezioni Amministrazione Trasparente agli schemi di pubblicazione definiti da Anac per i dati riferiti agli obblighi negli ambiti “spese e pagamenti dell’amministrazione”, “organizzazione”, “controlli e rilievi sull’amministrazione” (artt. 4 bis, 13 e 31 del d.lgs. n.33/2013);
- sviluppare modalità di pubblicazione dei dati in logica open e interoperabile con la Piattaforma Unica della Trasparenza (PUT) e Trasparenza di ANAC, in coerenza con gli schemi approvati con Delibera n. 495/2024.

#### OBIETTIVO 5 – INDICATORI DI PREVENZIONE E DI BUONA AMMINISTRAZIONE

La conoscenza e il monitoraggio degli indicatori di warning abilitanti la corruzione e la cattiva amministrazione della cosa pubblica sono di assoluto rilievo per la prevenzione della corruzione e per promuovere la “buona amministrazione”. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- applicare i cruscotti e le dashboard progettate nel 2025 per monitorare gli indicatori di rischio di misurazione della corruzione (compreso il cruscotto elaborato dal Gruppo intraziendale degli RPCT Sanità) e di buona amministrazione, anche prevedendo l’istituzione di appositi gruppi di lavoro tra gli enti;
- progettare ulteriori evoluzioni dei cruscotti informativi di indicatori (KPI) finalizzati al monitoraggio anche di indicatori e ambiti di “buona amministrazione” quali: rispetto tempi procedimentali, applicazione misure anticorruzione, applicazione obblighi di pubblicazione, rilevazioni di customer satisfaction per utenti esterni e interni, rispetto tempi pagamento fatture commerciali.

Tra gli obiettivi del 2025 c’era lo sviluppo di un sistema di indicatori (Key Performance Indicators) che il sottogruppo del Gruppo Interaziendale ligure RPCT, con referente l’IRCSS San Martino, ha elaborato e presentato al Convegno di Genova con ANAC del 09/06/2025.

Per l’anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato mandato di implementare un cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

Tali indicatori dovranno essere misurati dalle strutture aziendali competenti in materia con il supporto dell’ufficio RPCT. Gli indicatori sono di seguito elencati:

## 1. Appalti Pubblici

- a. Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV); L'uso del criterio OEPV comporta maggiori margini di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso, potenzialmente apre la strada a favoritismi.

2.	
3. ALTO	4. Elevata percentuale di procedure aggiudicate con criterio OEPV rispetto al totale 5. Criteri di valutazione poco chiari o non coerenti con l'oggetto dell'appalto 6. Scarso equilibrio tra componente tecnica ed economica, con prevalenza eccessiva della componente qualitativa 7. Numero limitato di partecipanti alla gara 8. Assenza o incompletezza di dati/documentazione trasparente nella fase di aggiudicazione
9.	
10. MEDIO	11. Ripetitività di aggiudicazioni OEPV a favore degli stessi operatori 12. Criteri di valutazione definiti ma con margini interpretativi moderati 13. Equilibrio adeguato tra componente tecnica ed economica 14. Numero medio di partecipanti alla gara
15.	
16. BASSO	17. Documentazione completa e trasparente con motivazioni dettagliate 18. Uso limitato o mirato del criterio OEPV, con prevalenza di criteri oggettivi 19. Elevato numero di partecipanti alla gara

## Appalti Pubblici

### Procedure non aperte o ristrette:

Queste includono procedure negoziate, affidamenti diretti e cotti fiduciari. Una quota elevata di tali procedure, rispetto al totale, può indicare una mancanza di concorrenza e trasparenza.

ALTO	- Proroga tecnica reiterata oltre il necessario - Mancanza di clausola d'opzione nel bando - Prolungamento non motivato da esigenze oggettive - Affidamento diretto di fatto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza
MEDIO	- Proroga prevista ma di durata discutibile rispetto all'appalto originario - Motivazioni non strettamente tecniche o temporanee - Comunicazione agli organi di controllo (RPCT) ma rischio di abuso
BASSO	- Proroga prevista e limitata nel bando - Durata contenuta e proporzionata - Motivazione oggettiva e documentata - Comunicazione tempestiva agli organi di vigilanza

## Appalti Pubblici

### Gare con un'unica offerta:

Quando un appalto si conclude con la ricezione di una sola offerta, il rischio è che la mancanza di concorrenza nasconde comportamenti corruttivi o scelte non ottimali.

ALTO	- Assenza di concorrenza senza giustificazioni oggettive - Settore con presenza di più operatori - Possibili accordi tra imprese o rapporti privilegiati - Prezzi superiori a quelli di mercato - Rischio di aggiudicazione non ottimale per la PA
MEDIO	- Settore con pochi operatori - Documentazione delle difficoltà di attrarre offerte - Analisi di mercato effettuata e trasparente - Prezzi in linea con il mercato, ma rischio comunque presente
BASSO	- Unicità del fornitore comprovata - Urgenza o motivi tecnici insuperabili - Procedura trasparente e motivata - Controlli ex post e comunicazione agli organi di vigilanza

## Appalti Pubblici

### Processi di proroga e rinnovo dei contratti:

Estensioni contrattuali che superano in maniera marcata la durata originaria possono essere indicative di una volontà di evitare la trasparenza di una nuova gara, mantenendo relazioni consolidate con fornitori specifici.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durata molto superiore al contratto originario</li> <li>- Assenza di clausole di proroga nel bando</li> <li>- Mancanza di motivazioni oggettive</li> <li>- Possibile affidamento diretto senza gara</li> <li>- Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza</li> <li>- Responsabilità erariale per gli amministratori</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clausole di proroga presenti ma usate al limite</li> <li>- Motivazioni documentate ma non strettamente tecniche</li> <li>- Durata proroga contenuta ma significativa</li> <li>- Rischio di abuso ma con qualche tutela formale</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proroga tecnica limitata nel tempo</li> <li>- Motivazioni oggettive e documentate</li> <li>- Rispetto delle condizioni previste dal Codice Appalti (D.Lgs. 36/2023)</li> <li>- Trasparenza e comunicazione agli organi di controllo</li> </ul>

## Gestione del Personale

### Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidenza elevata di incarichi fiduciari senza selezione pubblica</li> <li>- nomine dirette prevalenti rispetto a procedure comparative</li> <li>- Mancanza di pubblicazione di atti motivati e curricula</li> <li>- Elevato rischio di clientelismo, nepotismo e favoritismi</li> <li>- Possibili violazioni del principio di imparzialità e concorrenza</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidenza di incarichi fiduciari entro limiti di legge</li> <li>- Procedure di nomina non sempre trasparenti o pubbliche</li> <li>- Motivazioni presenti ma non sempre esaustive</li> <li>- Rischio contenuto ma presente di favoritismi o scelte non ottimali</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidenza limitata e giustificata di incarichi fiduciari</li> <li>- Procedure selettive e comparative prevalenti</li> <li>- Pubblicazione puntuale di nomine, motivazioni e curricula</li> <li>- Basso rischio di favoritismi e clientelismi</li> <li>- Conformità ai principi di trasparenza e imparzialità</li> </ul>

## Gestione del Personale

### Percentuali rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotazioni non effettuate o molto ritardate (oltre i tempi previsti)</li> <li>- Assenza di motivazioni documentate o giustificazioni insufficienti</li> <li>- Mancata applicazione delle misure alternative (es. segregazione funzioni)</li> <li>- Scarso o nullo monitoraggio e reporting nel PTPCT/PIAO</li> <li>- Elevato rischio di consolidamento di rapporti clientelari e di corruzione</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotazioni effettuate in parte, con alcune eccezioni giustificate</li> <li>- Misure alternative adottate in modo non sistematico</li> <li>- Monitoraggio e reporting presenti ma non sempre completi</li> <li>- Rischio contenuto ma presente di comportamenti non conformi</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotazioni programmate e realizzate nei tempi previsti</li> <li>- Applicazione coerente delle misure alternative quando necessario</li> <li>- Monitoraggio continuo e report puntuali nel PTPCT/PIAO</li> <li>- Basso rischio di consolidamento di situazioni a rischio di corruzione</li> </ul>

## Gestione del Personale

Percentuale incarichi annullati o revocati

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerosi annullamenti/revoche per violazioni di legge o procedure</li> <li>- Mancata verifica preventiva delle professionalità interne ed esterne</li> <li>- Ricorsi frequenti e contenziosi amministrativi</li> <li>- Elevato rischio di danni erariali e responsabilità amministrativa</li> <li>- Segnalazioni da parte di TAR, Corte dei Conti o ANAC</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Annullamenti/revoche occasionali e giustificati</li> <li>- Procedure di verifica e controllo presenti ma non sempre efficaci</li> <li>- Rischio contenuto ma presente di errori o irregolarità</li> <li>- Attività di formazione e aggiornamento in corso</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rari annullamenti o revoche, generalmente per cause eccezionali</li> <li>- Procedure trasparenti e conformi alla normativa vigente</li> <li>- Verifiche preventive e documentate delle professionalità</li> <li>- Basso rischio di errori o irregolarità</li> </ul>

## Gestione del Personale

Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta incidenza di procedimenti disciplinari conclusi con sanzioni gravi (licenziamenti, sospensioni)</li> <li>- Numerosi eventi critici rilevati e gestiti</li> <li>- Presenza di fenomeni di illegalità o malcostume diffusi</li> <li>- Necessità di interventi strutturali e rafforzamento della prevenzione</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimenti disciplinari attivati ma con circa un terzo conclusi senza sanzioni</li> <li>- Sanzioni applicate in modo proporzionato e selettivo</li> <li>- Eventi critici gestiti con efficacia e trasparenza</li> <li>- Rischio contenuto ma presente, con margini di miglioramento nella prevenzione</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitato numero di procedimenti disciplinari e sanzioni gravi</li> <li>- Prevalenza di comportamenti conformi alle regole</li> <li>- Sistema di prevenzione e controllo efficace</li> <li>- Basso rischio di fenomeni corruttivi o malcostume</li> </ul>

## Conflitto di Interessi

Numero di conflitti di interesse dichiarati:

Quanti casi sono stati formalmente segnalati e gestiti.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scarso o nullo numero di segnalazioni nonostante il contesto complesso</li> <li>- Mancata adozione di misure preventive e di controllo</li> <li>- Potenziali conflitti non rilevati o non comunicati</li> <li>- Rischio elevato di favoritismi e violazioni di imparzialità</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazioni presenti ma non sistematiche</li> <li>- Procedure di gestione parzialmente documentate</li> <li>- Alcuni casi di conflitto gestiti correttamente</li> <li>- Rischio contenuto ma presente, soprattutto in assenza di monitoraggi costanti</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazioni coerenti con il volume e la complessità dell'ambito</li> <li>- Procedure chiare e applicate per la gestione dei conflitti</li> <li>- Comunicazioni tempestive e astensioni effettive</li> <li>- Basso rischio di condizionamenti illeciti</li> </ul>

## Conflitto di Interessi

### Tasso di risoluzione dei conflitti:

Percentuale di conflitti di interesse risolti in un arco di tempo definito.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritardi o astensione del personale coinvolto</li> <li>- Procedure di gestione non applicate o incomplete</li> <li>- Elevato rischio di favoritismi e violazioni di imparzialità</li> <li>- Carenze nella vigilanza e controllo</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedure di gestione presenti ma non sempre tempestive</li> <li>- Alcune situazioni di conflitto risolte parzialmente</li> <li>- Rischio residuo di condizionamenti o favoritismi</li> <li>- Necessità di migliorare la tempestività e completezza delle misure</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione rigorosa della normativa vigente (es. Art. 16 del D.Lgs. 36/2023)</li> <li>- Astensione immediata del personale in conflitto</li> <li>- Procedure chiare e trasparenti di gestione</li> <li>- Basso rischio di influenze indebitate o alterazioni della concorrenza</li> </ul>

## Conflitto di Interessi

### Qualità della documentazione e delle procedure di gestione:

Valutazione qualitativa delle politiche interne e della loro efficacia.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di procedure chiare e formalizzate</li> <li>- Assenza o scarsa qualità delle dichiarazioni di assenza di conflitto</li> <li>- Procedure di verifica e controllo non definite o non applicate</li> <li>- Archiviazione e monitoraggio delle dichiarazioni carenti o assenti</li> <li>- Scarso coinvolgimento e formazione del personale</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiche interne formalizzate ma non sempre aggiornate</li> <li>- Dichiarazioni di assenza di conflitto raccolte ma con verifiche limitate</li> <li>- Procedure di controllo esistenti ma non sempre efficaci</li> <li>- Monitoraggio e archiviazione parziali</li> <li>- Formazione del personale presente ma non sistematica</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiche dettagliate e aggiornate in materia di conflitti di interesse</li> <li>- Dichiarazioni obbligatorie e verificate sistematicamente</li> <li>- Procedure di controllo e monitoraggio ben strutturate (es. registri, sistemi informatici)</li> <li>- Documentazione completa e facilmente accessibile</li> <li>- Formazione continua e sensibilizzazione del personale</li> </ul>

## Formazione e cultura dell'integrità

### Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione

(PIAO, whistleblowing, pantoufage, codice di comportamento).

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale non formato o informato sulle misure anticorruzione</li> <li>- Mancata diffusione o applicazione del Piano Integrato Anticorruzione e Trasparenza (PIAO)</li> <li>- Ignoranza o scarsa conoscenza degli strumenti di segnalazione (whistleblowing)</li> <li>- Assenza di codici di comportamento o loro mancata osservanza</li> <li>- Elevato rischio di comportamenti illeciti e mancata prevenzione</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione presente ma non sistematica o aggiornata</li> <li>- PIAO adottato ma non pienamente implementato</li> <li>- Strumenti di whistleblowing attivi ma poco utilizzati</li> <li>- Codice di comportamento presente ma non sempre rispettato</li> <li>- Rischio moderato di inefficacia nelle misure di prevenzione</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione regolare e aggiornata del personale</li> <li>- PIAO adottato, aggiornato e diffuso</li> <li>- Meccanismi di whistleblowing efficaci e utilizzati</li> <li>- Codice di comportamento chiaro, aggiornato e rispettato</li> <li>- Basso rischio di comportamenti corruttivi e maggiore trasparenza</li> </ul>

## Formazione e cultura dell'integrità

Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione non sistematica o sporadica</li> <li>- Mancata copertura dei dipendenti in aree a rischio</li> <li>- Assenza di formazione specifica per ruoli chiave (RPCT, dirigenti)</li> <li>- Scarso impatto sulla cultura organizzativa anticorruzione</li> <li>- Elevato rischio di inefficacia delle misure preventive</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione prevista ma non sempre aggiornata</li> <li>- Copertura parziale del personale, con attenzione maggiore alle aree a rischio</li> <li>- Programmi di formazione differenziati ma non sempre efficaci</li> <li>- Rischio residuo di comportamenti non conformi o di scarsa consapevolezza</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione obbligatoria e regolare per tutto il personale</li> <li>- Percorsi formativi specifici per RPCT, dirigenti e personale a rischio</li> <li>- Aggiornamenti annuali o biennali</li> <li>- Monitoraggio e rendicontazione della formazione erogata</li> <li>- Basso rischio di comportamenti illeciti e maggiore efficacia delle misure</li> </ul>

## Formazione e cultura dell'integrità

Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale ignaro o poco informato sulle misure anticorruzione</li> <li>- Mancata attuazione delle misure previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO</li> <li>- Assenza di segnalazioni o interventi disciplinari per inadempimenti</li> <li>- Elevato rischio di violazioni e comportamenti non conformi</li> <li>- Mancanza di un sistema di monitoraggio efficace</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione e informazione erogate ma non costantemente</li> <li>- Applicazione delle misure non sempre uniforme o tempestiva</li> <li>- Monitoraggio e verifica presenti ma non sempre efficaci</li> <li>- Rischio residuo di non conformità e inefficienze</li> <li>- Necessità di migliorare la cultura organizzativa</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale formato e sensibilizzato regolarmente</li> <li>- Misure applicate in modo coerente e documentato</li> <li>- Sistema di monitoraggio e controllo attivo e efficace</li> <li>- Segnalazioni gestite e azioni disciplinari tempestive</li> <li>- Basso rischio di comportamenti illeciti e alta efficacia preventiva</li> </ul>

## Trasparenza e Accesso Civico

Tempo medio di pubblicazione dei dati:

Intervallo tra il completamento di un processo decisionale e la sua pubblicazione ufficiale.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubblicazione ritardata oltre i termini ragionevoli (es. &gt;180 giorni)</li> <li>- Mancata definizione di tempi chiari previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO</li> <li>- Ritardi sistematici nella pubblicazione di dati sensibili (bandi, incarichi, contributi)</li> <li>- Rischio elevato di opacità e mancato controllo pubblico</li> <li>- Potenziali fenomeni di corruzione o favoritismo</li> </ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubblicazione entro 1-6 mesi dalla disponibilità dei dati</li> <li>- Tempi definiti nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, ma con margini di flessibilità</li> <li>- Ritardi occasionali ma non sistematici</li> <li>- Rischio moderato di inefficienze o ridotta trasparenza</li> </ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubblicazione entro 30 giorni dalla disponibilità dei dati</li> <li>- Definizione chiara e rispettata dei tempi previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO</li> <li>- Aggiornamento costante e trasparente</li> <li>- Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti</li> </ul>

## Trasparenza e Accesso Civico

**Numeri di audit e controlli pubblicamente resi noti:**  
Frequenza e trasparenza dei controlli interni ed esterni.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pochi o nessun audit resi pubblici</li><li>- Mancanza di report o documentazione accessibile</li><li>- Controlli sporadici o non pianificati</li><li>- Assenza di misure correttive comunicate</li><li>- Elevato rischio di opacità, inefficienza e fenomeni corruttivi</li></ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Audit condotti con cadenza almeno annuale o biennale</li><li>- Report pubblici parziali o non sempre aggiornati</li><li>- Procedure di monitoraggio presenti ma migliorabili</li><li>- Trasparenza discreta, ma con margini di miglioramento</li></ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Audit pianificati e svolti regolarmente (es. annuali o trimestrali)</li><li>- Report dettagliati e pubblicati tempestivamente</li><li>- Integrazione dei risultati nei Piani di monitoraggio e PIAO</li><li>- Misure correttive comunicate e monitorate</li><li>- Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti</li></ul>

## Trasparenza e Accesso Civico

**Grado di dettaglio dei report pubblici:**  
Valutazione qualitativa dei report, ad esempio attraverso verifiche di completezza e accessibilità delle informazioni.

ALTO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dati essenziali mancanti o aggregati senza dettaglio</li><li>- Linguaggio tecnico o poco comprensibile</li><li>- Scarsa accessibilità e navigabilità dei documenti</li><li>- Mancanza di indicatori chiave di performance</li><li>- Ridotta trasparenza e difficoltà di controllo da parte di cittadini e stakeholder</li></ul>
MEDIO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presenza di dati rilevanti ma con limitata profondità analitica</li><li>- Linguaggio tecnico ma con supporti esplicativi parziali</li><li>- Accessibilità migliorabile ma non completamente ostacolata</li><li>- Indicatori di performance presenti ma non sempre aggiornati</li><li>- Trasparenza discreta ma con margini di miglioramento</li></ul>
BASSO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informazioni esaustive e dettagliate</li><li>- Linguaggio chiaro e supporti esplicativi (grafici, tavole)</li><li>- Accessibilità garantita anche a utenti non esperti</li><li>- Aggiornamenti regolari e tempestivi</li><li>- Elevata trasparenza e facilità di controllo pubblico</li></ul>

## OBIETTIVO 6 – ANTICORRUZIONE E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Il P.I.A.O., ex art. 6 del Decreto Legge 80/2021, è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell’Ente finalizzate al valore pubblico finale, analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all’approvazione del PIAO. In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti. A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:

- predisporre la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” secondo le direttive del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) di ANAC in una logica di integrazione con le altre sezioni del PIAO o documento analogo e prevedendo forme di coordinamento tra RPCT e gli altri attori coinvolti nella predisposizione del PIAO;

- garantire l'aggiornamento di un'unica e integrata mappatura di tutti i processi a rischio, la loro valutazione e il loro trattamento;
- consolidare i parametri di valutazione del rischio prevedendo anche il rischio di interferenza di soggetti esterni e di stakeholder nelle procedure amministrative;
- prevedere il monitoraggio periodico dell'attuazione delle misure di prevenzione e del rispetto degli obblighi di trasparenza;
- promuovere la cooperazione tra gli enti al fine di un approccio comune alla programmazione contenuta nel PIAO a cominciare dalla definizione di obiettivi di valore pubblico territoriali.

#### OBIETTIVO 7 – GOVERNANCE E COORDINAMENTO DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'efficacia dell'attuazione del complessivo sistema di disposizioni che scaturiscono dalla Legge n. 190/2012 può essere migliorata con lo sviluppo di un modello a rete territoriale a supporto dei responsabili della prevenzione della corruzione. Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale, anche prevedendo la costituzione di appositi gruppi di lavoro tematici;
- partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni;
- coordinare la strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;
- promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholder anche con la progettazione di un tavolo permanente di dialogo e confronto con le organizzazioni della società civile e gli stakeholder più rappresentativi sulle misure anticorruzione.

ASL 5 ha provveduto, nel corso del 2025 alla mappatura dei processi aziendali a rischio che ha costituito obiettivo di budget (performance organizzativa) per alcune strutture. Tale attività (riferimento al suddetto obiettivo n. 1) ha portato alla formazione del nuovo registro dei rischi allegato al PTPCT 2026-2028 che è un documento collegato funzionalmente al presente PIAO che potrà essere soggetto a revisione con la riforma del Servizio sanitario Regionale in essere come illustrato in "Premessa".

Nel 2026 si rende quindi necessario implementare e applicare il nuovo registro dei rischi che stabilisce un sistema di controlli rinforzati quali misure specifiche finalizzate alla gestione dei comportamenti, al fine di adottare eventuali azioni correttive qualora emergessero situazioni potenziali o effettive di corruzione.

Gli obiettivi anticorruzione delle strutture consisteranno nella fattiva sperimentazione del nuovo registro dei rischi attraverso una costante collaborazione con l'ufficio RPCT.

Nella tabella della pagina seguente sono riportati tali obiettivi delle strutture/servizi/uffici per l'anno 2026:

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igienegli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igienegli alimenti e nutrizione; 4) Igienegli Sanità Pubblica; 5) Igienegli della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL;	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
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	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
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	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile antiriciclaggio; 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, SUMAI)	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.

Le strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo indicate ai punti 8 e 9 non sono ancora operative e pertanto gli obiettivi sono riferiti alla struttura vigente S.C. URP, Attività amministrative, Ospedale e Territorio e al così detto CCD (Centro di Controllo Direzionale).

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 2026-2028 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.

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 fino al giugno 2026.

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 del Direttore Generale n. 592 del 20/06/2024 Approvazione nuovo Piano Organizzativo Aziendale (P.O.A.). 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 ha subito una parziale rivisitazione che ha comportato 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’ in atto un processo di rivisitazione degli incarichi dirigenziali professionali della dirigenza coerenti con il nuovo POA e con i fondi disponibili: altissima professionalità, alta specializzazione, consulenze studio e ricerca.

Sono state bandite procedure di selezione interna per l’assegnazione dei nuovi 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 Aziendale ha ritenuto opportuno procedere alla proroga degli stessi fino al 30 aprile 2026 con Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 30/10/2025 nelle more dell’attuazione della Riforma del S.S.R.

## ORGANIGRAMMA ASL5

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



### PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

**DIREZIONE  
GENERALE**

**DIREZIONE SANITARIA E  
DIPARTIMENTI AFFERENTI**

**DIREZIONE  
SOCIOSANITARIA E  
DIPARTIMENTI AFFERENTI**

**DIREZIONE  
AMMINISTRATIVA E  
DIPARTIMENTI AFFERENTI**

**STRUTTURE  
COMPLESSE**

**STRUTTURE SEMPLICI  
DIPARTIMENTALI**

**STRUTTURE SEMPLICI  
AFFERENTI SC**

**UFFICI/SERVIZI**



**DIREZIONE AZIENDALE**

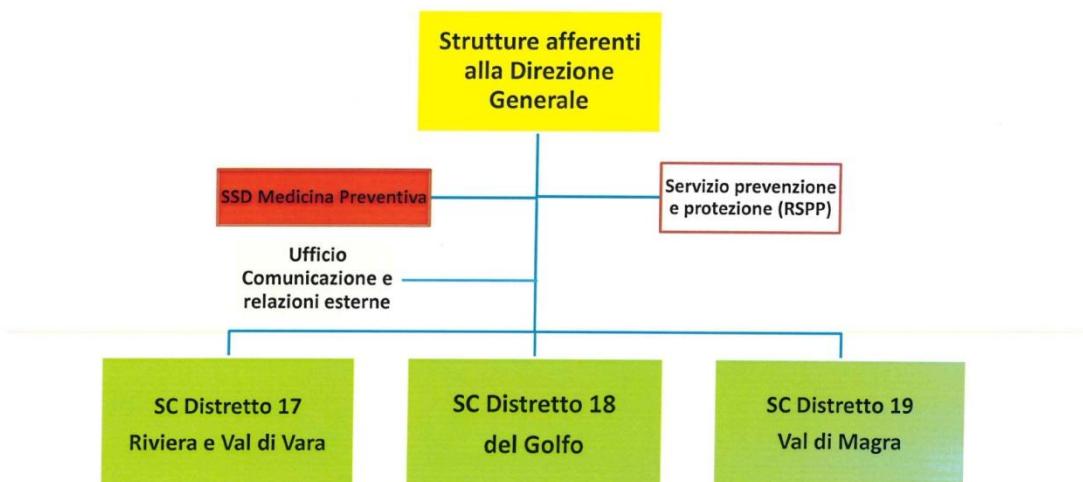


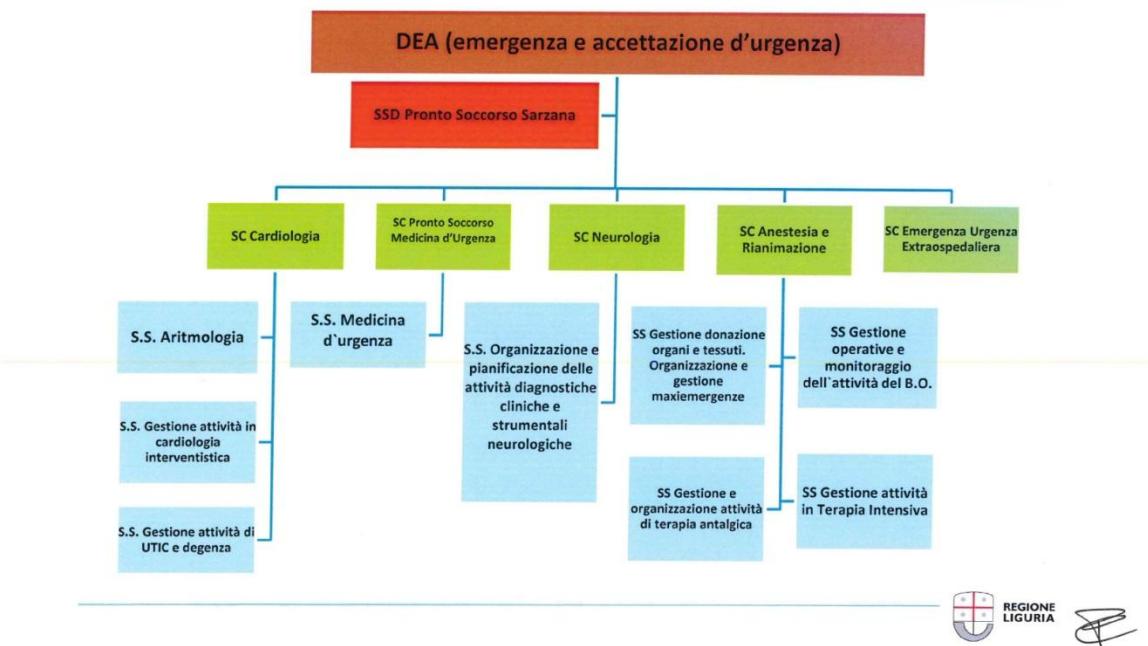
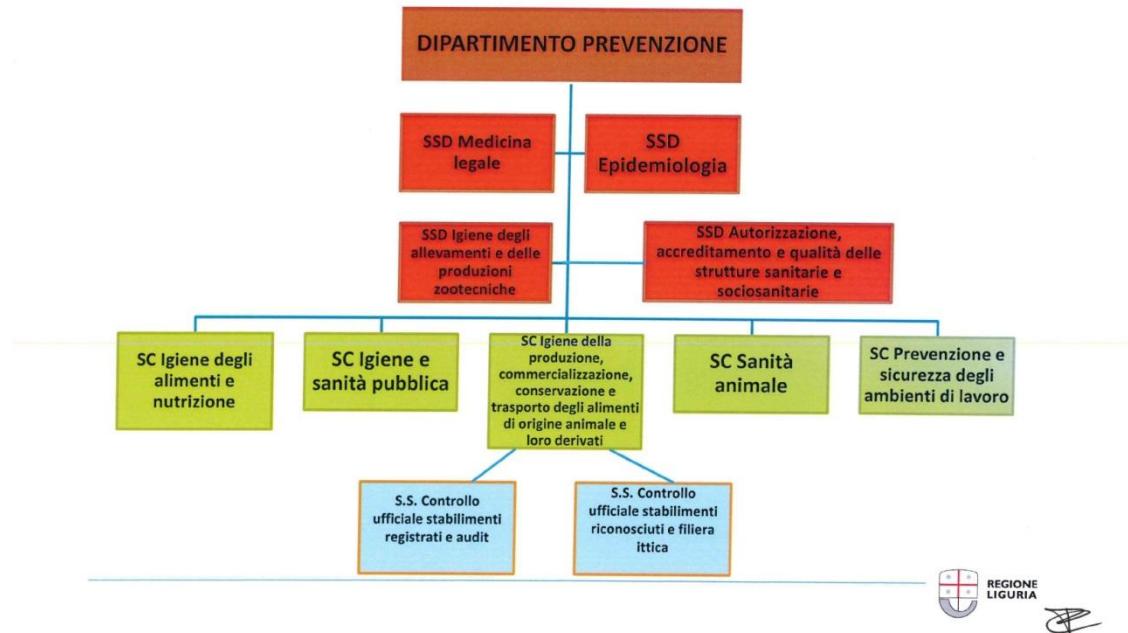
**DIRETTORE GENERALE**

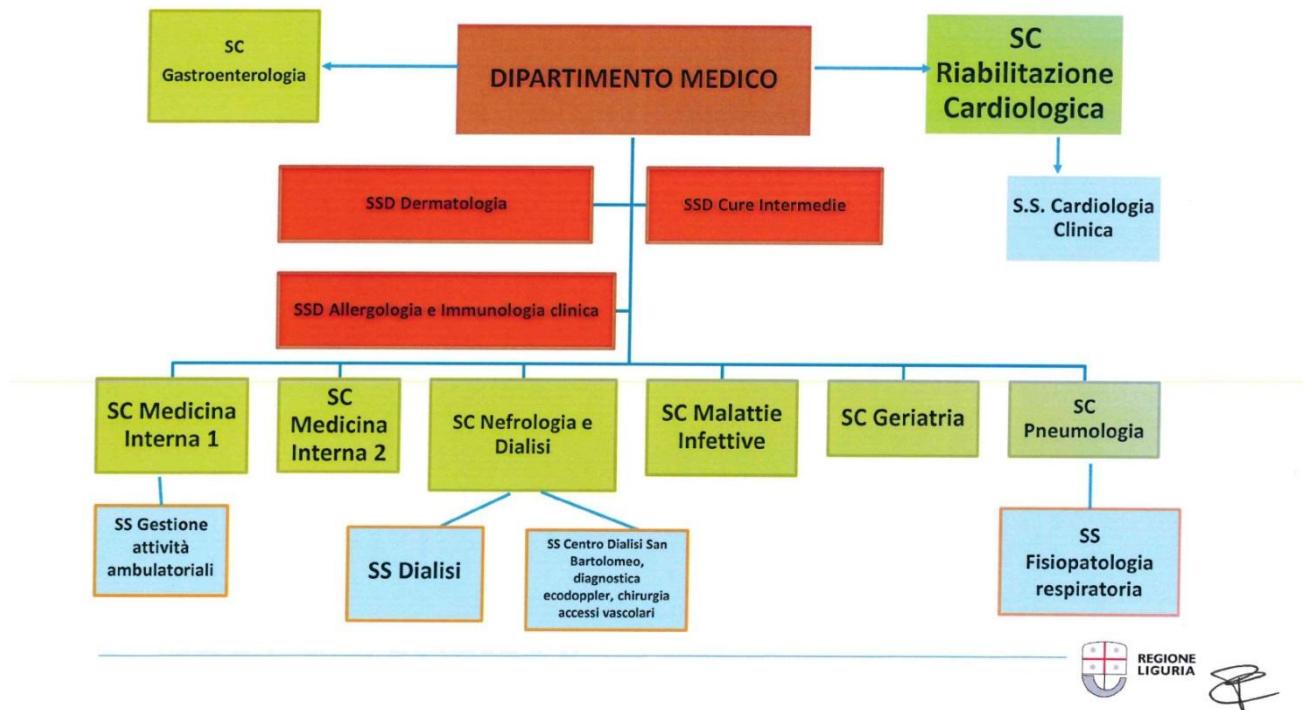


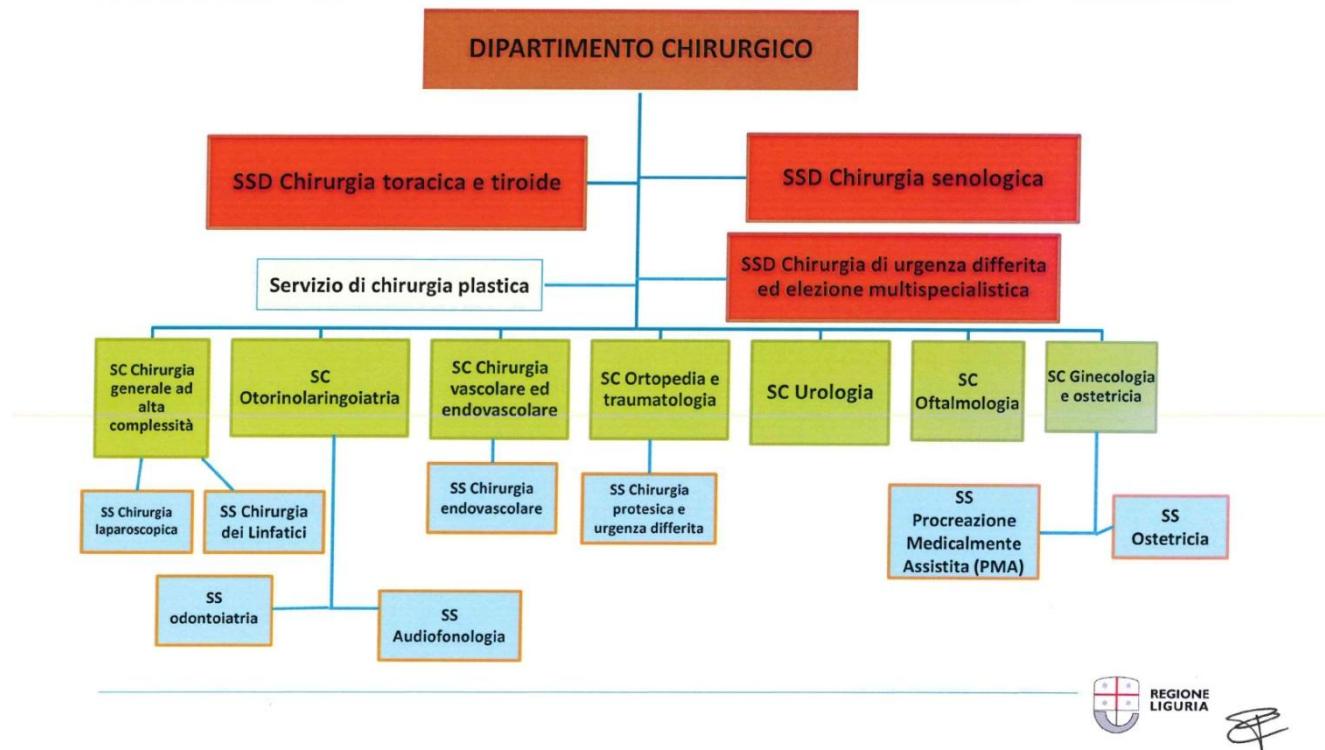


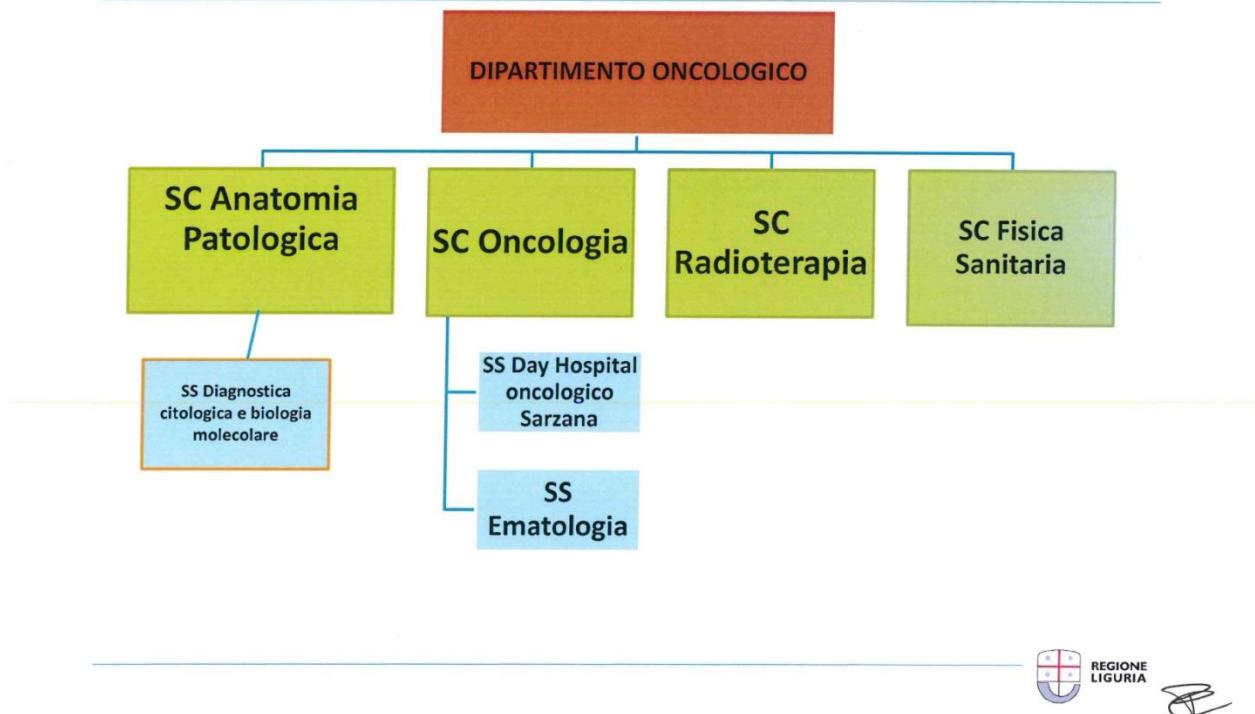
I distretti sociosanitari sono in staff e dipendono da un punto di vista gerarchico dalla Direzione Generale e con delega funzionale al Direttore Sociosanitario



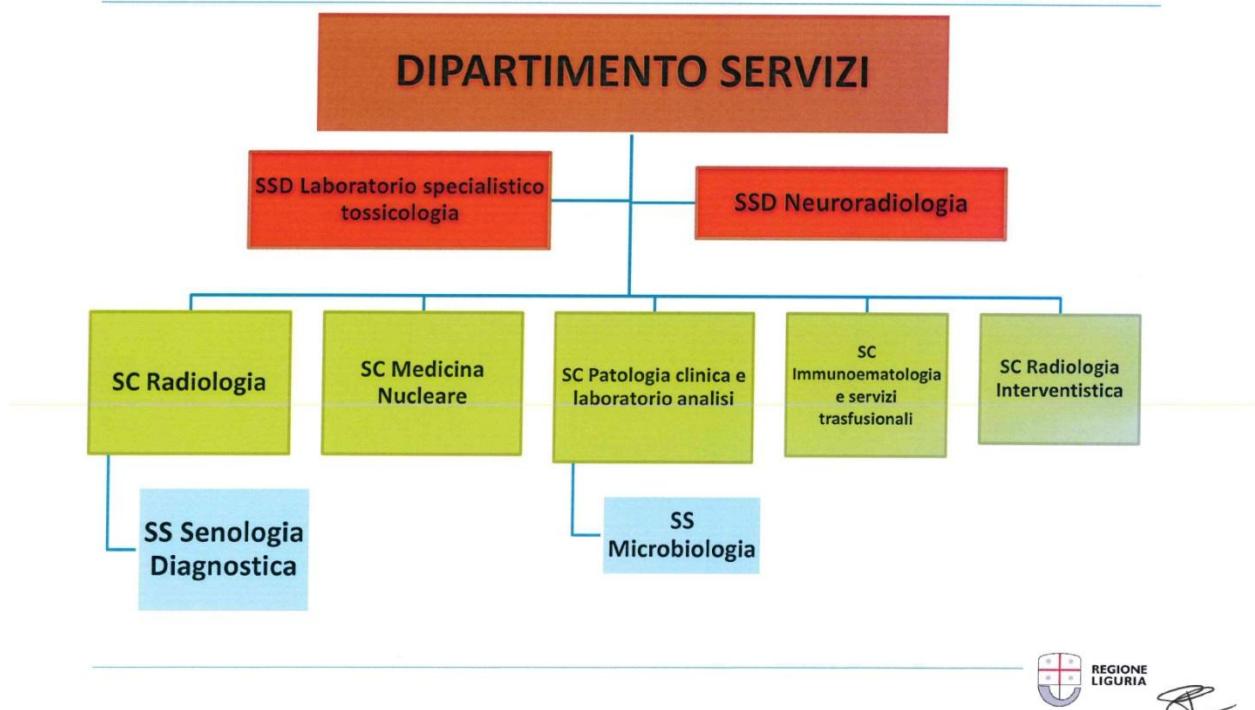








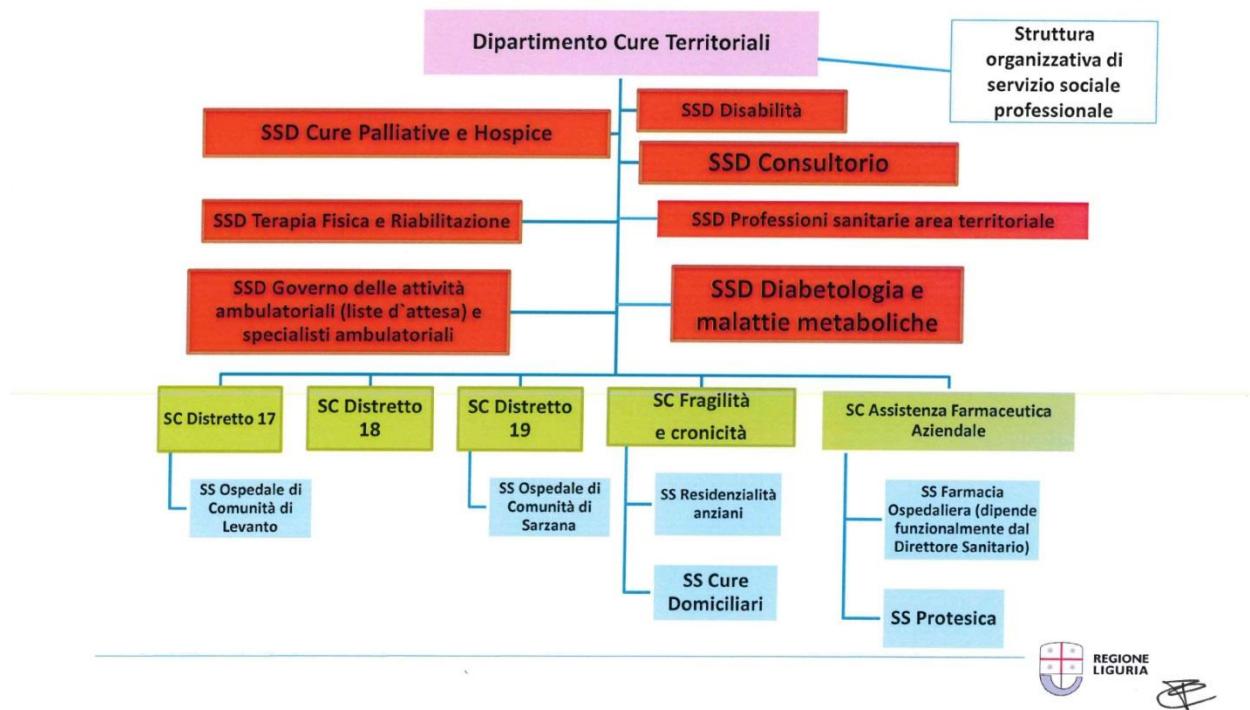
 REGIONE LIGURIA 



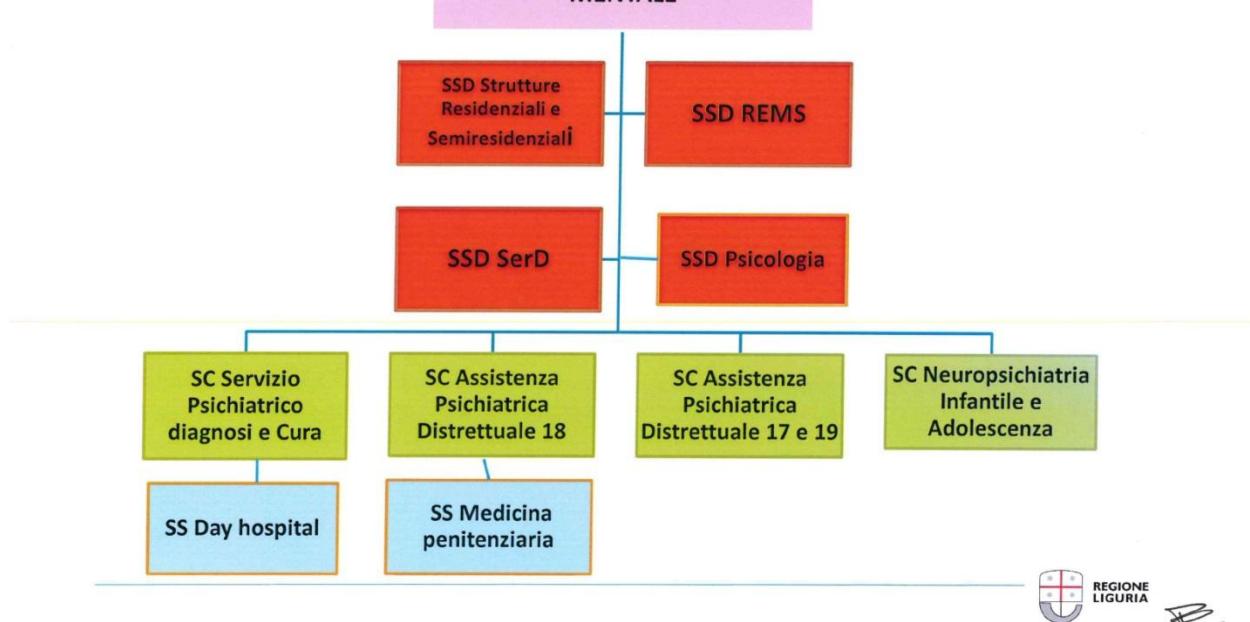
 REGIONE LIGURIA 

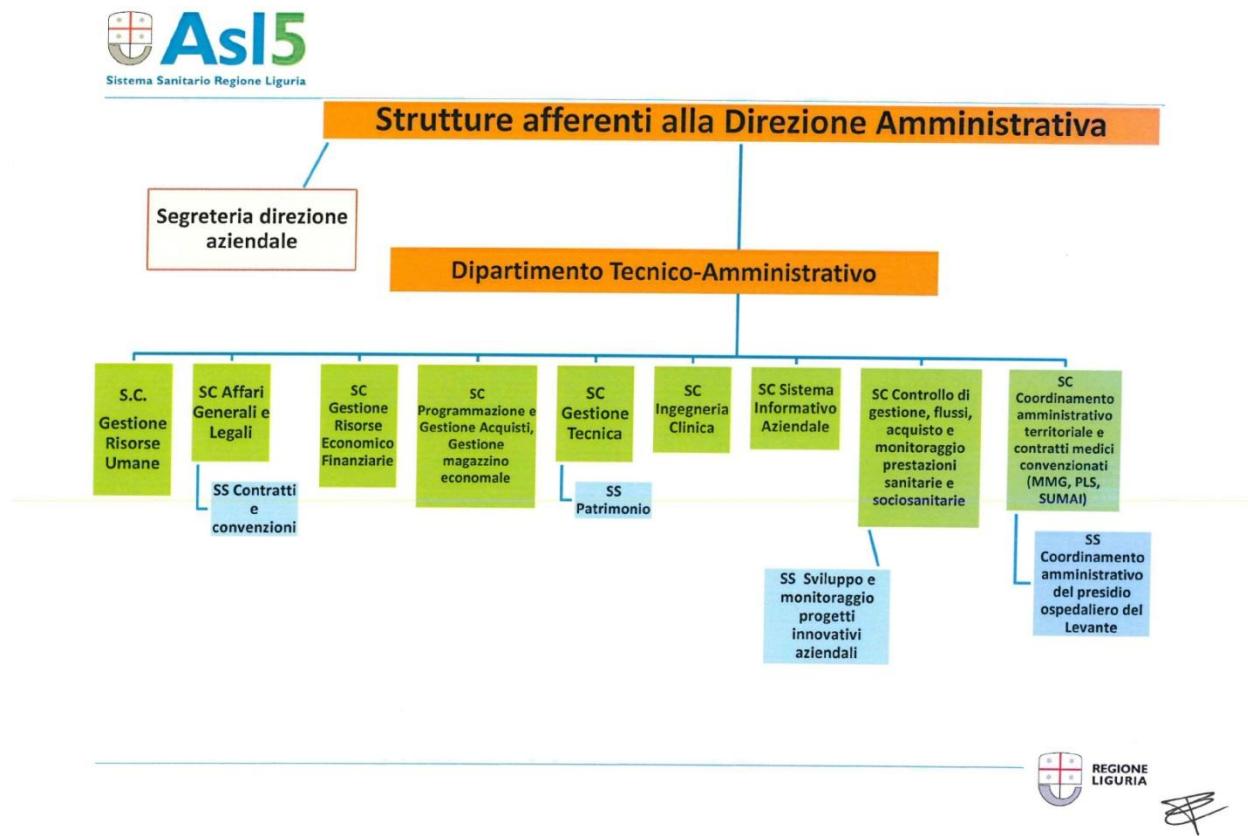


I Direttori di distretto dipendono funzionalmente su delega del Direttore Generale dal Direttore Sociosanitario



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE





Si precisa che, con Deliberazione del Direttore Generale 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 sono stati assegnati i nuovi incarichi gestionali già avviata negli anni pregressi e gli incarichi di tipo professionale.

## 3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2026-2028

**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 2026-2028 che è un documento correlato al P.I.A.O.

### **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 disconnectione 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.

### **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 hanno, in particolare, lo scopo di:

- a) eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell’accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l’orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- c) favorire l’accesso al lavoro autonomo e alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell’avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l’inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate ed in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l’equilibrio tra responsabilità familiari e professionali ed una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi;
- g) valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, di eguaglianza sostanziale, che mirano a

rimuovere gli ostacoli alla piena e effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure particolari 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. Secondo quanto disposto dalla succitata normativa, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

La Direttiva n. 2/2019 ha rafforzato il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le Pari Opportunità previsto dall'art.21 della Legge n.183/2010, rendendo non prorogabile la costituzione dello stesso, al fine della predisposizione di azioni positive contro le discriminazioni.

Il Piano si propone di perseguire le seguenti finalità:

- 1) tutela e riconoscimento del fondamentale e irrinunciabile diritto a pari libertà e dignità da parte dei lavoratori e delle lavoratrici;
- 2) garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e caratterizzato da relazioni inter-personali improntate al rispetto della persona e alla correttezza dei comportamenti;
- 3) tutela del benessere psicologico dei lavoratori, anche attraverso la prevenzione e il contrasto di qualsiasi fenomeno di mobbing;
- 4) sviluppo di una modalità di gestione delle risorse umane lungo le linee della pari opportunità, nello sviluppo della crescita professionale e dell'analisi delle concrete condizioni lavorative, anche sotto il profilo della differenza di genere;
- 5) promozione di politiche di conciliazione dei tempi e delle responsabilità professionali e familiari;
- 6) innovazione dell'Amministrazione e sviluppo dell'organizzazione

L'obiettivo è individuare soluzioni che concilino l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

Gli strumenti a disposizione del personale per conciliare i tempi di vita personale con quelli di vita lavorativa sono il part-time, la flessibilità maggiorata, i permessi retribuiti e non retribuiti, e brevi aspettative per motivi familiari e di studio e le aspettative.

I recenti avvenimenti connessi con l'emergenza pandemica hanno evidenziato in modo prioritario il tema delle **pari opportunità**, con particolare riguardo alla conciliazione tra lavoro e vita personale e familiare ed alla condivisione dei carichi di cura tra uomini e donne.

L'Azienda si propone di ampliare gli strumenti a disposizione del personale di cui sopra con le seguenti azioni:

- possibilità di accedere allo Smart Working e gestione dei relativi contratti;
- possibilità di riconoscere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, concordando eventualmente una turnazione opposta tra i genitori anche se appartenenti a strutture diverse;
- aggiornamento e semplificazione del regolamento aziendale per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza a parità di condizioni per particolari situazioni di

famiglia e di salute.

E' possibile affermare che in Azienda non sono riscontrabili differenziali retributivi uomo/donna in quanto la disciplina retributiva rispetta la normativa generale riguardante il trattamento economico derivante dalla contrattazione generale ed integrativa stabilita su un piano di assoluta parità uomo/donna.

L'obiettivo è la creazione di un ambiente di lavoro improntato al "benessere organizzativo", inteso come la capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, accrescendo la convivenza sociale, mantenendo e migliorando il grado di benessere fisico, psicologico e sociale. Infatti quando le persone risultano coinvolte e valorizzate e possono accrescere le proprie competenze e condividerle, il clima e l'atmosfera prevalente nell'organizzazione rendono più facile il loro benessere sul luogo di lavoro e questo, a sua volta, farà crescere l'organizzazione e migliorerà i suoi risultati.

Le azioni da perseguire sono:

1. formazione sui vari profili del benessere sul lavoro;
2. analisi specifica delle criticità nel processo di ascolto del malessere lavorativo;
3. elaborazione, approvazione ed utilizzazione di Linee guida per il perseguimento del benessere organizzativo e verifica di attuazione, eventualmente anche attraverso l'organismo di valutazione della performance;
4. contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica;
5. promozione di azioni positive volte alla difesa dell'integrità, della dignità, della persona e del benessere fisico e psichico;
6. divulgazione del Codice di Comportamento e Disciplinare del personale per far conoscere la sanzionabilità dei comportamenti, ed il corrispondente dovere per tutto il personale di mantenere una condotta informata a principi di correttezza, che assicurino pari dignità di trattamento tra uomini e donne sul lavoro.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5:

- con la Delibera del 12 aprile 2017, n. 332, ha costituito il *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG);
- con la Delibera del 20 luglio 2017, n. 644, ha approvato il *Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG) stabilendo i suoi compiti;
- Con la Delibera del 13 giugno 2024, n. 584, ha ricostituito il Comitato Unico di Garanzia a seguito dell'intervenuta scadenza del mandato del precedente.

Le azioni positive da intraprendere sono:

- promozione e diffusione tra il personale dipendente delle tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, anche attraverso

incontri formativi organizzati o promossi dal CUG in modalità alternative alla “frequenza frontale” come webinar, focus formativi on line, laboratori esperienziali a piccoli gruppi al fine di consentire la più ampia partecipazione;

- promozione della costituzione delle commissioni di concorso in osservanza a quanto stabilito dall’art 57 del Decreto Legislativo n. 165/2001 in ottemperanza del quale le Pubbliche amministrazioni devono riservare alle donne, salvo motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso;
- sostegno alla concessione di forme ulteriori di flessibilità dell’orario lavorativo rispetto a quelle già previste dall’Ente, su richiesta, ai dipendenti ed alle dipendenti che si trovino in particolari situazioni di necessità (età maggiore di 60 anni, genitore di almeno 3 figli, lavoratori con tragitto casa-lavoro particolarmente lungo);
- promozione dell’accesso al lavoro agile per lavoratori immunologicamente fragili e/o in possesso di Legge 104 art.3 comma 3;
- promozione di una migliore organizzazione del lavoro, di corsi sul benessere organizzativo e sull’applicazione del “Codice etico e comportamentale”;
- promozione di azioni che favoriscano una corretta comunicazione tra le varie figure professionali e tra le stesse ed i loro vertici all’interno delle singole Unità Operative;
- promozione del lavoro in équipe e della valorizzazione del singolo, attraverso incontri formativi organizzati dal CUG, attraverso laboratori esperienziali a cadenza trimestrale, tenuti con piccoli gruppi di lavoro all’interno dei dipartimenti, al fine di consentire la più ampia partecipazione;
- promozione della diffusione della Mindfulness, attraverso un primo corso nel periodo invernale e sulla base della risposta degli operatori sanitari, vista l’adesione volontaria e al di fuori dell’orario di servizio, verrà proposta a cadenza semestrale la ripetizione del corso riservato a piccoli gruppi di operatori;
- promozione di azioni di partenariato con gli enti pubblici di mobilità e parcheggio locali, per favorire l’accesso agli ambienti di lavoro e ridurre le spese di trasporto;
- promozione di azioni di partenariato con servizi educativi, per favorire la gestione dei lavoratori con ruolo genitoriale e ridurre le problematiche ed i costi ad essi connessi;
- promozione di esercizi di rieducazione motoria individuando ambienti dedicati all’interno degli spazi ospedalieri per educare attraverso esercizi personalizzati, consigli nutrizionali al potenziamento del benessere psicofisico del singolo lavoratore per la gestione dello stress lavorativo.
- attivazione di convenzioni con servizi educativi e centri estivi, a sostegno dei dipendenti con ruolo genitoriale nei periodi di chiusura scolastica, con agevolazioni tariffarie e priorità a personale turnista

per migliorare la conciliazione vita-lavoro, ridurre assenze non programmabili e contenere i costi familiari, con monitoraggio di utilizzo e impatto organizzativo.

## 3.5 FORMAZIONE

La formazione continua costituisce un fattore chiave per sostenere l'innovazione e garantire l'aggiornamento costante delle competenze dei professionisti, elementi necessari per affrontare i cambiamenti generati dall'evoluzione dei bisogni di salute. Essa include l'acquisizione di conoscenze, abilità e atteggiamenti che supportano una pratica sempre più qualificata ed esperta, ed è influenzata sia dalle trasformazioni della domanda sanitaria sia dalla necessità di competenze scientifiche e tecnologiche più avanzate.

È importante considerare la formazione da due prospettive complementari. Da un lato emerge la dimensione organizzativa, che risponde alle esigenze dell'azienda e richiede agli operatori di allinearsi ai cambiamenti culturali, tecnici e organizzativi. Dall'altro lato vi è l'aspetto educativo, orientato ai bisogni di crescita professionale dei singoli, con l'obiettivo di accrescere le competenze indispensabili al raggiungimento dei risultati attesi.

In un contesto in rapido mutamento, caratterizzato da nuove sfide cliniche e organizzative, diventa indispensabile sviluppare competenze aggiornate, che spesso perdono rapidamente attualità e devono quindi essere costantemente rinnovate.

L'aggiornamento professionale rappresenta uno strumento essenziale per mantenere elevati livelli di conoscenza e competenza in ambito sanitario, contribuendo alla qualità e sicurezza delle prestazioni e favorendo l'integrazione delle evidenze scientifiche più avanzate (Evidence Based Medicine) nella pratica clinica. Esso deve inoltre tenere conto dell'introduzione di nuove tecnologie, delle crescenti aspettative dei pazienti e dell'attenzione alla qualità e agli esiti delle cure.

La capacità di un'azienda sanitaria di rispondere con adeguata sicurezza ai bisogni della popolazione dipende, infatti, in larga misura dal patrimonio di competenze e conoscenze dei professionisti che ne fanno parte.

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 2026 le principali tematiche formative che verranno trattate nella formazione strategica e specifica dipartimentale riguardano: la gestione precoce delle infezioni correlate all'assistenza, l'umanizzazione delle cure, la telemedicina e i PDTA, l'assistenza sanitaria delle vittime di violenza, le tecnologie di imaging, l'evoluzione della codifica delle SDO, il diritto di accesso agli atti delle procedure di gara.

In relazione al **monitoraggio sulle attività formative**, l'Accordo Stato Regioni del 2/2/2017 ha reso esplicativi i criteri di verifica della progettualità formativa per ogni singola azienda. Il Servizio Formazione e Aggiornamento, per quanto di competenza, predisponde 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 discenti programmati\ effettivi;
- 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.

Quanto esposto nella presente sezione, sarà approfondito e integrato dal 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.

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.

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, sarà pubblicata 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".

Il 03/07/2025 l'OIV ha rilasciato attestazione, tramite la piattaforma ANAC, dell'avvenuto assolvimento degli obblighi di pubblicazione/trasparenza.

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.

Le 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 esplicativi 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 come già sopra ricordato:

- 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.