



Determinazione Dirigenziale

n. 981/2026 del 15 Giugno 2026

OGGETTO: Approvazione Relazione annuale sulla performance anno 2025.



DETERMINAZIONE

OGGETTO: Approvazione Relazione annuale sulla performance anno 2025.

IL COORDINATORE DI AREA 5

Visto l'art.4 - comma 2 - del D. Lgs. 30/03/2001, n.165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i.;

Vista la L.R. n. 18 del 12.12.2025 "Disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Regionale e modifica all'articolo 29 della Legge Regionale 7 novembre 2013, n. 33 (disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti)" in particolare l'art. 17 ter e l'art. 24 bis;

Richiamata, altresì, la D.G.R. Liguria n. 629 del 24.12.2025, avente ad oggetto "Nomina coordinatori delle Aree Sociosanitarie Locali 1, 2, 3, 4 5 e Liguria Salute ai sensi della LR. n. 18/2025 "Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all'articolo 29 della Legge Regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti)", con la quale, tra l'altro, sono state conferite ai Coordinatori di Area le funzioni necessarie a garantire il regolare svolgimento delle attività istituzionali e il supporto alle strutture regionali e aziendali per il completamento del processo di transizione verso i nuovi assetti organizzativi, ivi disponendosi:

- al punto 1) del dispositivo, a "nominare ai sensi dell'art. 33, c. 3 della L.R. n. 18/2025 i coordinatori delle Aree dell'ATS, individuati fra i professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 24 bis e 24 ter della L.R. 41/2006, come segue: [.....] per ASL 5: Area Sociosanitaria Locale 5: Dott. Paolo Cavagnaro";
- al punto 2) del dispositivo "di stabilire che l'incarico dei coordinatori decorre dal 1° gennaio 2026 e ha durata fino al 30 giugno 2026 prorogabile per altri 6 mesi e, comunque, non oltre l'avvenuta nomina, da parte del Direttore generale dell'ATS Liguria, dei direttori delle Aree";
- al punto 3) del dispositivo "di stabilire che i soggetti nominati operano nei limiti definiti dal presente atto e rispondono al Direttore Generale dell'ATS Liguria";

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale di ATS Liguria n. 5 del 02/01/2026 ad oggetto "Assetto organizzativo e gestionale transitorio, a decorrere dall'1.1.2026, nella more della ridefinizione organizzativa aziendale, di cui alla L.R. n. 18 del 12.12.2025" con la quale si prende atto di garantire la continuità gestionale e l'erogazione dei servizi essenziali, nelle more della ridefinizione organizzativa aziendale di cui alla richiamata L.R. n. 18 del 12.12.2025, anche a conferma e ratifica di quanto posto in essere dalle disciolte Aziende Sociosanitarie Territoriali e da Liguria Salute;

Viste le note n. 11249 del 13.01.2026, n. 24183 del 21.01.2026, n. 37345 del 29.01.2026, n. 52083 del 9.02.2026 e n. 88450 del 4.03.2026 di ATS Liguria che individuano le deleghe assegnate ai Coordinatori di Area;

Richiamato l'art. 18 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 *"Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del Lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni"*, in cui si dispone che le Amministrazioni Pubbliche promuovano il miglioramento della performance organizzativa e individuale attraverso sistemi premianti selettivi anche alla luce dei principi del Decreto Legislativo n. 74 del 25/05/2017 che ha integrato e parzialmente modificato il sopra citato decreto legislativo;

Valutata la deliberazione di Giunta Regionale n. 274 del 05/06/2025 ad oggetto: *"Assegnazione degli obiettivi ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e di A.Li.Sa., nonché all'IRCCS Gaslini, per l'anno 2025"*;

Preso atto della deliberazione del Direttore Generale n. 470 del 7 giugno 2018 avente oggetto *"Approvazione "Regolamento processo di Budget"*, con la quale è stato approvato il regolamento processo di budget, nel quale sono state ridefinite le fasi del processo di budget, i ruoli dei diversi attori e i criteri di assegnazione dei punteggi nelle schede di budget e per gli obiettivi individuali e interazione tra i due processi;

Dato atto che gli accordi di contrattazione decentrata integrativa tra l'ex Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5) e le Organizzazioni Sindacali per la Dirigenza Medica, la Dirigenza delle Professioni Sanitarie, la Dirigenza PTA, la Dirigenza Sanitaria, per il Comparto stabiliscono i criteri di ripartizione della retribuzione di risultato per la dirigenza e del fondo di produttività per il comparto e la regolamentazione degli istituti connessi;

Considerato che l'applicazione dei sopra citati accordi di contrattazione consente di determinare sia le quote di ripartizione percentuale tra performance individuale e organizzativa e la retribuzione di risultato e il fondo di produttività, distribuendoli proporzionalmente al punteggio complessivo conseguito nella valutazione da ciascun dipendente;

Dato atto che l'attività di valutazione degli obiettivi individuali e dei comportamenti organizzativi e professionali dei Dirigenti e del personale del Comparto è gestita dalla S.C. Gestione Risorse Umane di Area 5 e che, per l'anno 2025, in continuità con il percorso sperimentale avviato nel 2024 e in attuazione delle indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di misurazione e valutazione della performance individuale, si è realizzata attraverso la partecipazione alla seconda fase del percorso di costruzione del nuovo SMVP (corso FAD);

Atteso che il processo di budget si è svolto avendo come riferimento la procedura relativa alla *"Pianificazione, programmazione e controllo"* approvata con la deliberazione ASL5 n. 110 del 04/02/2016 e la nuova regolamentazione del processo di budget, adottata con deliberazione ASL5 n. 470 del 07/06/2018;

Richiamati inoltre:

- la deliberazione del Direttore Generale n. 104 del 30/01/2025 ad oggetto: *"Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5, Triennio 2025 – 2027. Aggiornamento anno 2025"*;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 30/04/2025 ad oggetto: *"Approvazione Obiettivi di Budget 2025"*, con cui ASL5 ha approvato gli obiettivi della performance organizzativa e le metodologie del processo di budget risultanti dalle schede di budget negoziate e firmate dai Direttori e Responsabili delle strutture aziendali;
- gli Accordi integrativi Aziendali per la Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e amministrativa e per il Comparto, relativamente ai criteri di ripartizione della retribuzione di risultato e del fondo di produttività e, alla valutazione del personale dirigente e del comparto, che stabiliscono le quote premianti da destinare alla performance organizzativa e alla performance individuale attualmente in vigore;

Dato atto che il Piano delle Performance prevede la rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi prefissati, da effettuarsi mediante la *“Relazione sulla Performance”*, coerentemente con quanto esposto dalle Delibera CIVIT n.5 del 7/7/2012 *“Linee Guida ai sensi dell’art. 13, comma 6 lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009, relativa alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’ art. 10, comma 1, lettera b) dello stesso decreto”*;

Preso atto che l’art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 stabilisce che le amministrazioni pubbliche adottino, entro il 30 Giugno di ogni anno, un documento denominato *“Relazione sulla Performance”*, che evidenzii a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati;

Dato atto che l’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.), nominato con deliberazione ASL5 n. 515 del 26/05/2022, modificato con deliberazione ASL5 n. 891 del 13/10/2022 e successivamente prorogato con deliberazione del Direttore Generale n. 549 del 28/05/2025, ha:

- Verificato il corretto funzionamento del sistema di valutazione della performance organizzativa con riferimento ai risultati di budget del 2025 e ha provveduto alla valutazione di seconda istanza della performance organizzativa di alcune strutture aziendali (come risulta dai verbali delle sedute del 27/05/2026 e 10/06/2026, conservati agli atti degli uffici competenti);
- Espresso parere favorevole alla *“Relazione sulla Performance 2025”*;
- Rilasciato il *“Documento di Validazione della Relazione sulla Performance anno 2025”*, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento.

Considerato che, in applicazione all’art. 11, comma 3 del D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009, corre l’obbligo per la pubblica amministrazione di pubblicazione della Relazione della Performance e del documento di validazione rilasciato dal Nucleo di Valutazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale;

DETERMINA

1. di approvare la *“Relazione sulla Performance anno 2025”*, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1);
2. di prendere atto del *“Documento di Validazione della Relazione sulla Performance anno 2025”* rilasciato dall’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 2);
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri;
4. di trasmettere copia del presente provvedimento alla S.C. Gestione Risorse Umane di Area 5, per gli adempimenti di rispettiva competenza finalizzati all’erogazione delle quote spettanti al personale sulle base delle disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali e Integrativi Aziendali vigenti, considerando anche i risultati della performance individuale al fine di determinare il punteggio complessivo di ciascun dipendente;
5. di dare atto che l’originale della presente determinazione, firmato digitalmente, costituito da un documento generato con mezzi informatici, è redatto in conformità alle disposizioni del Codice dell’Amministrazione digitale ed è conservato negli archivi informatici di Area 5.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Il Dirigente
Centro Controllo Direzionale – Area 5
(Dott.ssa Veronica Scardigli)

Firmato digitalmente
IL COORDINATORE DI AREA 5
(Dott. Paolo CAVAGNARO)

Firmato digitalmente e visto per la regolarità contabile

IL DIRETTORE
S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE DI AREA 5
(Dott. Luca RICCIARDI)

Ai fini della pubblicazione il presente provvedimento ☐ è ☒ non è soggetto a data protection
Il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali attesta che la presente determinazione viene pubblicata all’Albo Pretorio dell’ASL 5, ai sensi della normativa vigente.

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

E3-06-77-D2-FF-FE-00-30-B5-27-7F-8F-F1-92-AC-F8-C8-67-6A-CC

PAdES 1 di 2 del 15/06/2026 08:54:41

Soggetto: LUCA RICCIARDI

S.N. Certificato: 3D528BD7

Validità certificato dal 02/10/2023 12:54:29 al 02/10/2026 12:54:29

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 2 di 2 del 12/06/2026 11:40:10

Soggetto: PAOLO CAVAGNARO

S.N. Certificato: 6BAFA31C

Validità certificato dal 07/12/2023 07:31:18 al 07/12/2026 07:31:18

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.



ALLEGATO N. 1 ALLA DETERMINA N. _____ DEL _____

**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria n. 5
La Spezia**

RELAZIONE PERFORMANCE 2025

Art. 10 comma 1 Lett. B) D.Lgs. 150/2009

Elaborazione a cura di S.C. Controllo di Gestione
Con la collaborazione di
S.S.D. Epidemiologia (Paragrafo 2)
S.C. Gestione Risorse Umane (Paragrafo 5)
Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (Paragrafo 7)

INDICE

Sommario

1. Premessa 3

2. Il contesto esterno di riferimento..... 4

3. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance 8

4. Performance organizzativa 9

4.1. Risultati raggiunti 11

5. Performance Individuale..... 18

5.1. Risultati raggiunti 20

6. La trasparenza del ciclo delle performance 23

7. Collegamento Piano della Performance e Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Aziendale (P.T.P.C.T.)..... 23

1. Premessa

A premessa del presente Relazione della Performance è indispensabile individuare il contesto storico di riferimento. Il Sistema sanitario ligure è attualmente interessato ad una profonda fase di trasformazione. Si riporta stralcio della Relazione illustrativa alla Legge di riforma.

“Il presente disegno di legge delinea un organico e coerente disegno di innovazione, prevedendo un rafforzamento della governance che si esplica, da un lato, attraverso il consolidamento delle funzioni regionali di indirizzo, programmazione, valutazione e di controllo e, dall’altro, nella concentrazione dei soggetti operativi (riduzione del numero delle aziende sanitarie), con la finalità promuovere lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, rendendolo più efficace ed efficiente, superando le criticità dettate dall’attuale contesto. La riforma introduce un nuovo modello di governance unitaria, fondato sulla sinergia tra la Regione e due grandi poli pubblici di erogazione dei livelli assistenziali (azienda unica territoriale e azienda unica ospedaliera sull’area metropolitana genovese), con la finalità di superare frammentazione e disomogeneità dell’offerta assistenziale su un territorio di estensioni ridotte come quello ligure, che hanno storicamente indebolito la risposta sanitaria e sociosanitaria, allineando l’offerta agli standard nazionali definiti dal DM 70 del 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)”.

Il DDL si fonda su due pilastri fondamentali:

- *la riforma del sistema di assistenza territoriale e della prevenzione, attraverso la creazione di un’unica Azienda regionale sociosanitaria: le Aziende sociosanitarie liguri sono incorporate in Liguria Salute, che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria). La stessa gestirà servizi accentrati dotandosi di un operation manager;*
- *la riforma dell’organizzazione ospedaliera, attraverso la creazione di un’unica struttura ospedaliera metropolitana (Azienda ospedaliera Metropolitana - AOM). L’IRCCS Ospedale Policlinico San Martino integra l’Ospedale Villa Scassi e l’E.O. Ospedali Galliera tramite convenzione.*

La suddetta riforma è stata approvata con la legge regionale n. 18 del 12/12/2025 *“Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica dell’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013 n. 33 (disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità, e dei trasporti (priimt))”.*

Pertanto, a partire dal 01/01/2026, l’Azienda Sociosanitaria Ligure 5 ha perso l’autonomia di azienda sanitaria ed è diventata un’area dell’Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria).

Con il presente documento, l’ex Azienda Sociosanitaria Ligure 5 di seguito ASL 5, in adempimento a quanto previsto dall’art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009, come modificato e integrato dall’art. 8 del Decreto Legislativo n. 74 del 25/05/2017, presenta la Relazione sulla Performance relativa all’anno 2025.

ASL 5 ha adottato il Piano della Performance 2025-2027, come parte integrante del Piano Integrato di Attività Organizzativa (P.I.A.O.), con Delibera del Direttore Generale n. 104 del 30/01/2025 avente oggetto: *"Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell’Azienda Sociosanitaria Ligure 5, Triennio 2025 – 2027. Aggiornamento anno 2025"*.

La Relazione sulla Performance prevede una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi riconducibili alla performance organizzativa ed alla performance individuale, coerentemente con quanto esposto dalla delibera CIVIT n. 5/2012 *“Linee guida”* ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009, relativa alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance di cui all’art. 10, comma 1, lett. b) dello stesso decreto.

La Relazione sulla Performance rappresenta un momento di analisi e di riflessione sull'attività aziendale svolta e costituisce lo spunto per la valutazione dei risultati effettivi in un'ottica di rinnovamento ed innovazione. La presente relazione, redatta dalla S.C. Controllo di Gestione, in collaborazione con la S.C. Gestione delle risorse umane e con il Responsabile della prevenzione, della corruzione e della trasparenza, viene sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), per la sua validazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), in data 10/06/2026, ha approvato la presente relazione, per la quale si procede alla pubblicazione sul sito istituzionale della trasparenza, in applicazione all' art. 11, comma 8 D.Lgs. 150/2009

L'ASL 5 è stata accreditata dalla Regione Liguria con DGR n. 208 del 01/03/2013, in riferimento alle attività ospedaliere facenti capo ai dipartimenti del Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e con DGR n. 1413 del 15/11/2013 per quanto concerne le attività del territorio, facenti capo al Dipartimento Cure Primarie ed Attività Distrettuali ed al Dipartimento Salute Mentale e Sert.

Per un approfondimento dell'assetto organizzativo si rimanda al sito aziendale, nella sezione dedicata amministrazione trasparente: <https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente.aspx> .

L'ASL 5 provvede ad erogare, direttamente o tramite soggetti pubblici e privati accreditati:

- Prestazioni e servizi previsti dai L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera;
- Prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- Servizi di emergenza sanitaria sul territorio.

Il Presidio Ospedaliero del Levante Ligure è suddiviso nei seguenti stabilimenti:

- "Sant'Andrea" a La Spezia;
- "San Bartolomeo" a Sarzana;

La realtà del territorio è articolata nei seguenti tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)
- Distretto 18 (Del Golfo)
- Distretto 19 (Val di Magra)

2. Il contesto esterno di riferimento

L'ASL 5 opera nell'ambito di un territorio che comprende 29 comuni e in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4 Chiavari). Nella tabella che segue sono sintetizzati i principali indicatori territoriali e demografici.

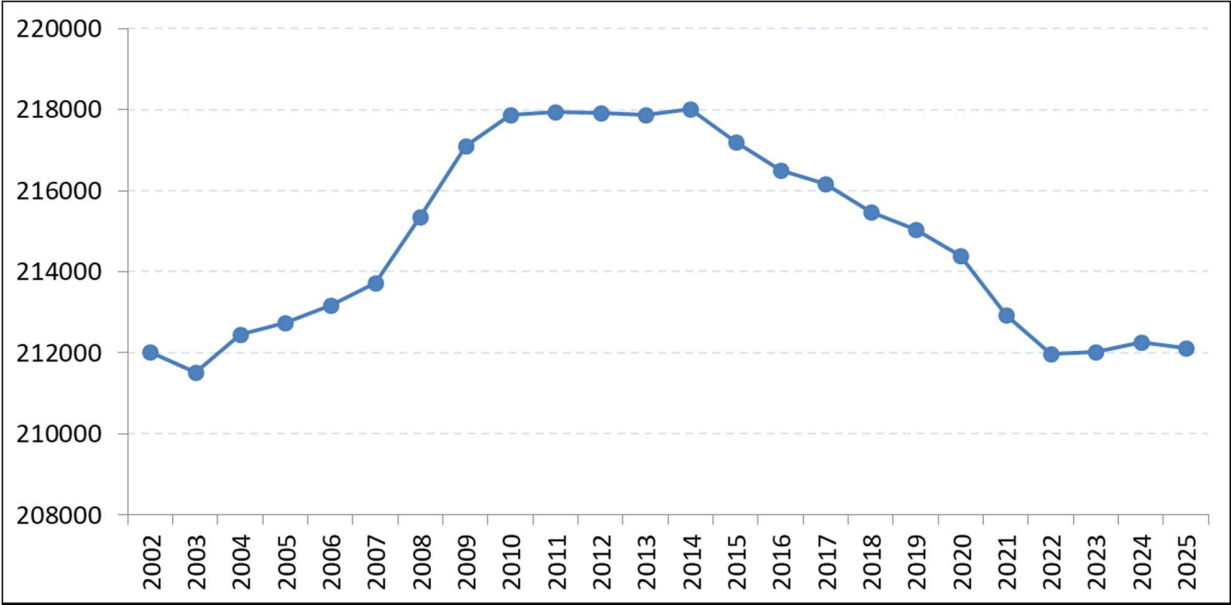


Territorio e Demografia di ASL 5 (1° gennaio 2025, fonte ISTAT)

Indicatore	N°
Superficie (Km²)	666,54
Comuni	29
Densità abitativa (abitanti/Km²)	318,25
Popolazione residente	212.125
• Percentuale residenti 0-14 anni	10,6%
• Percentuale residenti 15-64 anni	61,5%
• Percentuale residenti ≥65anni	27,9%
• Percentuale stranieri residenti	10,4%
Indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100)	262,7
Indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥65 anni) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)	62,6
Tasso di natalità (per 1000 abitanti) *	5,7‰
Tasso di mortalità (per 1000 abitanti) *	13,5‰
Saldo naturale (per 1000 abitanti) *	-7,8‰
Saldo migratorio (per 1000 abitanti) *	7,4‰
Tasso di crescita totale (per 1000 abitanti) *	-0,8‰
Numero medio di figli per donna *	1,2

* Indicatore riferito alla provincia della Spezia anno 2024

Andamento popolazione residente di ASL 5 2002-2025. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio - <http://www.demo.istat.it/>



Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione di ASL 5 è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani (si veda tabella successiva): al 1° gennaio 2025 erano presenti 59.129 persone con più di 65 anni, pari al 27,9% della popolazione, mentre l’indice d’invecchiamento, indicatore che rapporta l’ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni, era pari a circa 263; ciò significa che per ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 263 anziani.

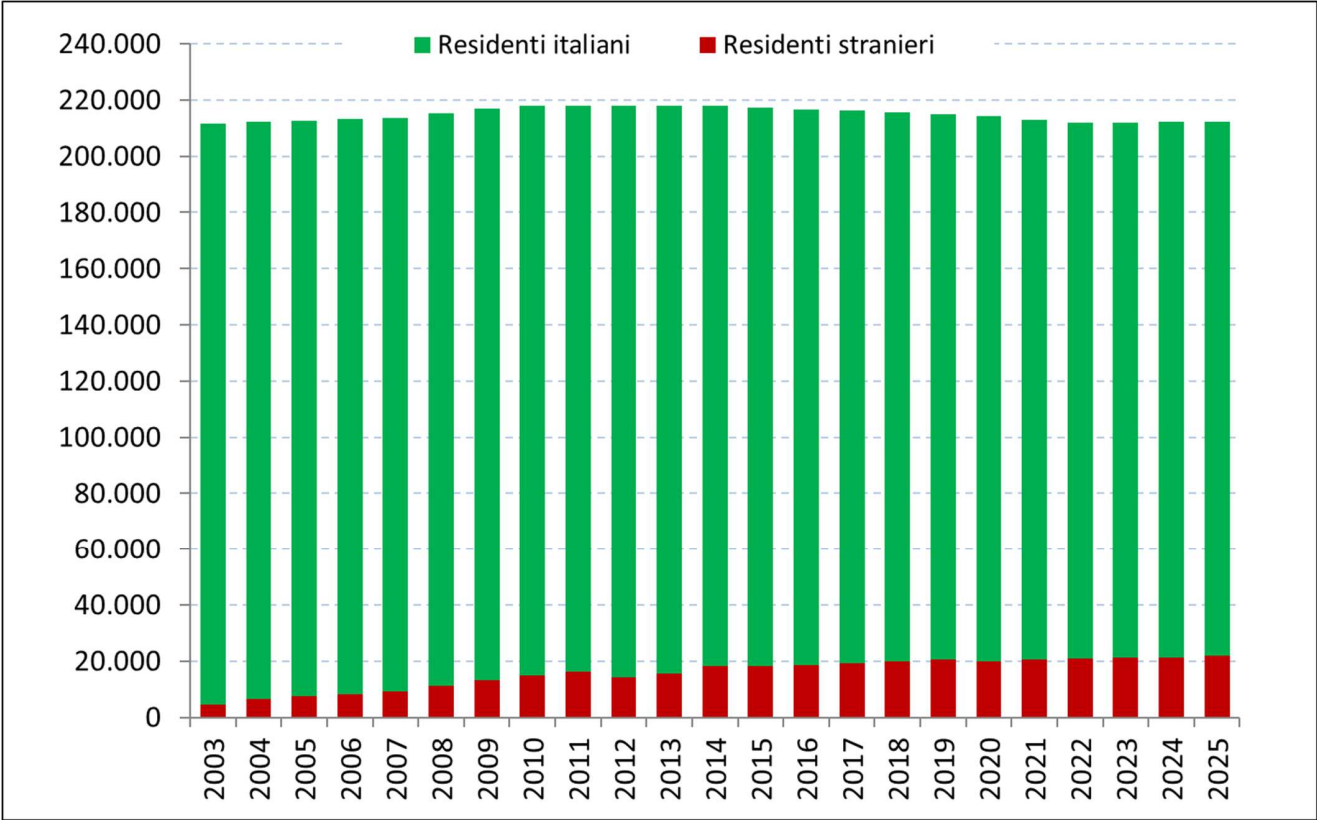
Distribuzione per età della popolazione residente in ASL 5. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2025 - <http://www.demo.istat.it/>

	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	22.509	10,6%
Residenti 15- 64 anni	130.487	61,5%
Residenti ≥ 65 anni	59.129	27,9%
Totale Residenti	212.125	100%

Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza, nel profilo demografico spezzino, è la presenza straniera: al 1° gennaio 2025 risultavano 21.999 stranieri residenti, pari al 10,4% della popolazione totale, un ammontare ed una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (si veda grafico: Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5). Per quanto riguarda i paesi di provenienza, 7 Paesi danno conto di oltre il 70% delle presenze: la Romania si colloca al primo posto (oltre il 18% circa degli stranieri), seguita da Repubblica Dominicana, Marocco, Albania, Bangladesh, Cina e Ecuador. Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina, erano pari a 16.594 persone al 1° gennaio 2025.

Di queste persone, 7.481 erano titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 9.113 titolari di permesso di lungo periodo. Per quanto riguarda la provenienza il Marocco è il paese più rappresentato (oltre il 15% dei permessi rilasciati) seguito da Repubblica Domenicana e Bangladesh (15%), Albania (12%), Ucraina (6%) e Cina (5%). (Fonte: ISTAT - Cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia <https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it>).

Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2025
<http://www.demo.istat.it/>



L’Azienda Sociosanitaria Figure 5 si articola in tre distretti socio sanitari.

Il **Distretto Sociosanitario n. 17 Val di Vara e Riviera**, che comprende 19 comuni¹, è il distretto meno popoloso e mediamente più anziano, con quasi il 30% di over 64enni (si veda tabella successiva).

Distribuzione per età della popolazione residente nel Distretto Sociosanitario 17. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2025 - <http://www.demo.istat.it/>

	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	3.631	9,8%
Residenti 15- 64 anni	22.377	60,2%
Residenti ≥ 65 anni	11.154	30,0%
Totale Residenti	37.162	

Il **Distretto Sociosanitario n. 18 La Spezia e Golfo** comprende i comuni di Lerici, La Spezia e Portovenere. È il distretto più densamente popolato e comprende circa la metà della popolazione dell’intera ASL 5 (si veda tabella successiva).

¹ Beverino, Bolano, Bonassola, Borghetto, Brugnato, Calice, Carrodano, Deiva, Follo, Framura, Levanto, Monterosso, Pignone, Ricco, Riomaggiore, Rocchetta, Sesta Godano, Vernazza e Zignago

Distribuzione per età della popolazione residente nel Distretto Sociosanitario 18. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2025 - <http://www.demo.istat.it/>

	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	11.587	11,0%
Residenti 15- 64 anni	64.610	61,4%
Residenti ≥ 65 anni	28.955	27,5%
Totale Residenti	105.152	

Il **Distretto Sociosanitario n. 19 Val di Magra** comprende 7 comuni², la distribuzione per età della popolazione di questo distretto è simile a quella del Distretto 18; ha una % di over 64enni di poco inferiore (si veda tabella successiva).

Distribuzione per età della popolazione residente nel Distretto Sociosanitario 19. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2025 - <http://www.demo.istat.it/>

	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	7.291	10,4%
Residenti 15- 64 anni	43.500	62,3%
Residenti ≥ 65 anni	19.020	27,2%
Totale Residenti	69.811	

3. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

Il Piano della Performance, adottato ai sensi dell’articolo 15, comma 2, lettera b), del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, è un documento programmatico triennale, attraverso la cui elaborazione si avvia il ciclo di gestione della performance ed è parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.).

Le politiche e gli indirizzi strategici, definiti dalla Direzione Aziendale nel Piano, in coerenza con la pianificazione strategica a livello istituzionale (statale e regionale), con la programmazione sanitaria regionale e con i vincoli di bilancio, vengono declinati negli obiettivi operativi di breve termine delle Strutture Operative Aziendali, utilizzando il processo della programmazione annuale (budget aziendale).

Le schede di budget e le relative indicazioni costituiscono l’aggiornamento operativo del Piano della Performance.

Il ciclo della performance dell’Azienda nel 2025 fa riferimento ad un modello integrato, nel quale performance organizzativa e performance individuale rappresentano le due dimensioni.

Vengono considerati e valutati, nella performance organizzativa, gli obiettivi derivanti dal budget e, nella performance individuale, gli obiettivi individuali e la scheda di valutazione delle competenze professionali ed organizzative.

La retribuzione accessoria, la retribuzione di risultato e il fondo di produttività, sono riconosciuti in proporzione ai risultati raggiunti dai dirigenti e dal personale del comparto nella performance organizzativa (budget) e nella performance individuale (obiettivi e scheda di valutazione) come stabilito dagli accordi integrativi aziendali.

Il sistema di valutazione del personale dipendente, della dirigenza e del comparto, è così articolato:

²Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure

- 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 pesa per il restante 30% del fondo sulla distribuzione della retribuzione di risultato.

4. Performance organizzativa

Per quanto riguarda la performance organizzativa, il processo di budget è stato avviato con la presentazione delle “Linee guida Budget 2025 e Piano annuale della Performance” nell’ambito del Collegio di direzione allargato secondo il seguente calendario: il 18/11/2024 e il 17/12/2024

In assenza di indicazioni regionali per l’anno 2025, si è proceduto sulla base degli obiettivi regionali dell’anno precedente.

Gli obiettivi, concordati e condivisi, sono stati formalizzati per singola struttura nelle schede di budget. La fase di discussione è terminata nel mese di febbraio 2025 con la sottoscrizione e firma delle ultime schede. Le schede di budget 2025 sono state approvate con Delibera del Direttore Generale n. 453 del 30/04/2025 avente oggetto “Approvazione Obiettivi di Budget 2025” e pubblicate nel Repository aziendale e sul sito istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Nel corso dell’anno il C.C.D. ha monitorato trimestralmente l’andamento degli obiettivi di budget, con l’elaborazione di proiezioni degli indicatori rispetto ai risultati attesi.

Il monitoraggio del Budget è un’attività parallela rispetto al sistema di reporting aziendale, che a partire dal 2025 è stato sviluppato nel Data Warehouse aziendale.

Il 23/04/2026 sono state pubblicate le anteprime delle chiusure delle schede di budget, dando la possibilità ai Direttori/Responsabili/Coordinatori di struttura di elaborare le controdeduzioni da sottoporre alla valutazione dell’O.I.V..

L’O.I.V. si è riunito il giorno 27/05/2026 ed ha analizzato le controdeduzioni fornite dalle strutture, rivalutando i punti assegnati nelle anteprime delle chiusure delle schede di budget, come da verbale conservato agli atti del C.C.D.

Si riportano di seguito i punteggi finali della performance organizzativa per singolo Centro di Responsabilità.

Punteggi chiusura in seguito alle valutazione dell'O.I.V

DIP	CDR	Descrizione CDR	Dirigenza	Comparto
CHIR	SA7	S.S.D. CHIRURGIA SENOLOGICA	96	98
CHIR	SAJ	S.C. OTORINOLARINGOIATRIA	95	92
CHIR	SAK	S.C. CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	97	93
CHIR	SAZ	S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	95	97
CHIR	SZB	S.S.D. CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA SARZANA	99	98
CHIR	SZP	S.C. UROLOGIA	93	95
CHIR	SZS	S.S.D. CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	91	90
CHIR	SAI	S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	68	96
CHIR	SZQ	S.C. OFTALMOLOGIA	93	93
CHIR	SAL	S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	87	89
DEA	SAN_RIA	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE: RIANIMAZIONE	100	100
DEA	SAN_SO	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE: SALE OPERATORIE e PRERICOVERO	99	99
DEA	SAA	S.C. CARDIOLOGIA	100	100
DEA	SAF	S.C. NEUROLOGIA	100	100
DEA	SAW	S.C. EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERA 112	100	100
DEA	SAO	S.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	100	100
DEA	SZH	S.S.D. PRONTO SOCCORSO SARZANA	100	100
MED	SAD	S.C. MEDICINA INTERNA 1	100	100

MED	SZA	S.C. MEDICINA INTERNA 2	100	100
MED	LVA	S.S.D. CURE INTERMEDIE	100	100
MED	FEA	S.C. GERIATRIA	100	100
MED	FEB	S.C. MALATTIE INFETTIVE	84	85
MED	SZG	S.C. PNEUMOLOGIA	95	92
MED	SZN	S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	98	98
MED	SAC	S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	99	100
MED	SZT	S.S.D. ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA	91	89
MED	SZV	S.S.D. DERMATOLOGIA	97	97
MED	SAR	S.C. GASTROENTEROLOGIA	99	99
ONCO	FEC	S.C. ONCOLOGIA	100	100
ONCO	FEG	S.C. RADIOTERAPIA	99	99
ONCO	SAS	S.C. ANATOMIA PATOLOGICA	100	99
ONCO	SP6	S.C. FISICA SANITARIA	100	100
PREV	TP1	S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100	100
PREV	TP2	S.C. IGIENE ALIMENTI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	100	100
PREV	TP3	S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	100	100
PREV	TP4	S.C. SANITA' ANIMALE	100	100
PREV	TP5	S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	100	100
PREV	TP6	S.S.D. IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	100	100
PREV	TP7	S.S.D. MEDICINA LEGALE	100	100
PREV	TP8	S.S.D. EPIDEMIOLOGIA	100	100
PREV	TPA	S.S.D. AUTORIZZ. ACCREDIT. QUALITÀ DELLE STRUT.SANITARIE E SOCIOSAN.	100	100
SERV	SA3	S.S.D. NEURORADIOLOGIA	80	95
SERV	SAP	S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI	100	100
SERV	SAT	S.C. PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI	100	100
SERV	SAU	S.C. RADIOLOGIA	96	100
SERV	SAV	S.C. MEDICINA NUCLEARE	99	98
SERV	SZJ	S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA	100	100
SMS	FEE	S.C. SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	99	99
SMS	TE5	S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE 17 19	100	100
SMS	TE6	S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE 18	100	100
SMS	TEB	S.S.D. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	100	100
SMS	TEC	S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100	100
SMS	TEL	S.S.D. SERD	100	100
SMS	TED	S.S.D. REMS	100	100
STRAT	AK1	S.C. GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT	100	100
STRAT	SP2	S.C. DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO	100	85
STRAT	AK7	S.C. PROFESSIONI SANITARIE	100	100
STRAT	AKD	STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	100	100
CT	SP3	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA AZIENDALE	100	100
CT	SA2	S.S.D. TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	100	100
CT	SA9	S.S.D. CONSULTORI	94	94
CT	SAY	S.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	91	88
CT	AKF	C.O.T. HUB	100	100
CT	T17	S.C. DISTRETTO 17	100	100
CT	T18	S.C. DISTRETTO 18	99	99
CT	T19	S.C. DISTRETTO 19	99	99
CT	T30	S.S.D. CURE PALLIATIVE E HOSPICE	97	97
CT	T40	S.S.D. GESTIONE ATTIVITA' AMBUL. E ASSISTENZA TERR.LE PRIMARIA	100	100
CT	TEN	S.S.D. DISABILITÀ	100	100
CT	TEM11	S.C. FRAGILITA' E CRONICITÀ (S.S. Cure Domiciliari)	100	100
CT	TEM21	S.C. FRAGILITA' E CRONICITÀ (S.S. Residenzialità)	100	100
AMM	AK2	S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	100	100
AMM	AK4	S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	100	100
AMM	AK3	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	100	100
AMM	AK5	S.C. PROGRAMMAZIONE GESTIONE ACQUISTI E MAGAZZINO ECONOMALE	100	100
AMM	AK6	S.C. GESTIONE TECNICA	100	100
AMM	AK9	S.C. PROCESSI AMMINISTRATIVI OSPEDALE - TERRITORIO	100	100
AMM	AKB	S.C. INGEGNERIA CLINICA	100	100
AMM	AS1	S.C. SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	100	100

La valutazione finale della performance organizzativa ha determinato, su un totale di 79 Centri di Responsabilità oggetto di Scheda di Budget, i seguenti risultati espressi in valore percentuale.

	Dirigenza	Comparto
Strutture con punteggio da 95 a 100	85%	84%
Strutture con punteggio da 90 a 94	10%	9%
Strutture con punteggio da 80 a 89	3%	8%
Strutture con punteggio inferiore a 80	3%	0%

Le schede di budget con risultati definitivi conseguiti nel 2025 dalle diverse strutture aziendali sono pubblicati, oltre che nel Repository aziendale, anche nel sito istituzionale: ASL5 > Amministrazione trasparente > Performance > Relazione sulla Performance > 2025.

È bene precisare che, nel corso del processo di budget 2025, in accordo con la Direzione Generale, sono state escluse dalla sottoscrizione della scheda alcune strutture afferenti alla Direzione Strategica sprovviste di referenti nonché le Strutture costituite nel corso dell’anno. In accordo con l’O.I.V., a tali Strutture è stato assegnato un punteggio corrispettivo alla media aziendale.

DIP	CDR	Descrizione CDR	Dirigenza	Comparto
Strutture con nuova attivazione nel corso dell'anno				
CT	AKG	SERVIZIO DISABILITY	98	98
CT	TEQ	S.S.D. PROFESSIONI SANITARIE AREA TERRITORIALE	98	98
SERV	SA1	S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	98	98
Strutture afferenti alla Direzione Strategica sprovviste di referente				
STRAT	AKE	MEDICINA PREVENTIVA	98	98
STRAT	AK0	SEGRETERIA DELLA DIREZIONE	98	98

4.1. Risultati raggiunti

I **Costi diretti** (farmaci, farmaci H, diagnostici, dispositive etc.) dell’anno 2025 sono aumentati del 4,5% in valore assoluto di circa 3.000.000 di cui 1.000.000 è da imputare alle maggiori scorte conseguenti alla riorganizzazione aziendale oltre che per l’avvio della chirurgia robotica presso lo stabilimento di La Spezia.

Andamento costi diretti + farmaci H 2025 vs 2024

Delta farmaci % 5,2%	Delta farmaci H importo % 5,0%	Delta diagnostici reagenti % -3,2%
Delta farmaci 1.519.693	Delta farmaci H 799.012	Delta diagnostici reagenti -252.519

Delta dispositivi medici % 5,9%	Delta altro % 43,5%	Delta economali % 0,9%
Delta dispositivi medici 1.073.042	Delta altro materiale sanitario 160.816	Delta economali 5.768

Fonte: DWH aziendale

La **produzione ospedaliera** dell’anno 2025 è caratterizzato da una stabilizzazione della produzione: confrontando i dati del 2025 con l’anno precedente risultano -0,9% di casi dimessi a fronte di -0,1% della valorizzazione economica.

Confronto attività di ricovero 2025 vs 2024

Totale casi 2024 21.609	Totale casi 2025 21.424	Delta casi -185	Delta casi % -0,9%
Totale valore 2024 75.540.584	Totale valore 2025 75.484.809	Delta valore -55.775	Delta valore % -0,1%

Fonte: DWH aziendale

Il 2025 è stato caratterizzato da un aumento + 2,5% della casistica chirurgica. Molto importante in questo ambito è stato l’introduzione della chirurgia robotica a partire dalla metà dell’anno per l’urologia, la chirurgia generale e la ginecologia.

Confronto attività di ricovero chirurgica 2025 vs 2024

Totale casi 2024 6.703	Totale casi 2025 6.745	Delta casi 42	Delta casi % 0,6%
Totale valore 2024 29.933.734	Totale valore 2025 30.678.338	Delta valore 744.604	Delta valore % 2,5%

La degenza media risulta significativamente inferiore alle altre realtà regionali (8,1), con un tasso di re ricoveri inferiori al 5%. Si veda tabella successiva con alcuni indicatori estratti dal DWH aziendale.

Confronto indicatori attività di ricovero 2025 vs 2024

Degenza media > 1 2025	Oltre soglia 2025	% Ricoveri ripetuti 2025	Età media 2025
8,1	1,8%	4,8%	69,21
Degenza media > 1 2024	Oltre soglia 2024	% Ricoveri ripetuti 2024	Età media 2024
8,1	1,8%	4,9%	68,84

Fonte: DWH aziendale

Di seguito si riporta la distribuzione dei primi 15 Drg ordinari per avere una quadro della casistica trattata.

Elenco dei Primi 15 DRG dimessi in regime ordinario per numero di casi

	Casi ordinari 2025	Valore ordinari 2025	Degenza media > 1 2025	Età 2025
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria (Tipo: M - Peso medio: 1,22)	2.082	7.331.657	9,0	80
127 - Insufficienza cardiaca e shock (Tipo: M - Peso medio: 1,03)	747	2.192.355	7,9	83
576 - Setticiemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni (Tipo: M - Peso medio: 1,64)	702	3.549.364	12,0	79
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,14)	485	1.688.397	9,0	78
316 - Insufficienza renale (Tipo: M - Peso medio: 1,15)	459	1.662.822	8,3	80
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti (Tipo: M - Peso medio: 0,44)	434	558.828	3,1	31
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo: M - Peso medio: 1,26)	357	1.324.057	9,5	78
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore (Tipo: C - Peso medio: 2,24)	304	2.482.525	6,8	71
430 - Psicosi (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	289	557.153	10,8	46
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (Tipo: C - Peso medio: 2,03)	284	2.524.468	11,2	77
320 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,85)	260	675.041	7,1	79
311 - Interventi per via transuretrale senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,72)	254	394.964	3,1	69
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,89)	221	453.993	3,0	57
182 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	214	530.298	6,2	71
144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,18)	206	579.965	9,8	72
219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC (Tipo: C - Peso medio: 1,34)	188	790.579	7,0	62

Fonte: DWH aziendale

L’attività ospedaliera del Presidio del Levante Ligure è integrata dalle strutture private accreditate. Nello specifico circa 841 ricoveri sono erogati dal Centro riabilitazione Don Gnocchi e 1.533 ricoveri sono erogati dalla Casa di Cura Alma Mater.

Confronto attività di ricovero strutture private accreditate 2025 vs 2024

	Casi 2025	Importo 2025	Casi 2024	Importo 2024
070070 - CASA DI CURA ALMA MATER	1.533	5.475.214	1.433	5.148.243
070114 - CENTRO RIABILITAZIONE DON CARLO GNOCCHI	841	8.619.680	883	8.639.064

Fonte: DWH aziendale

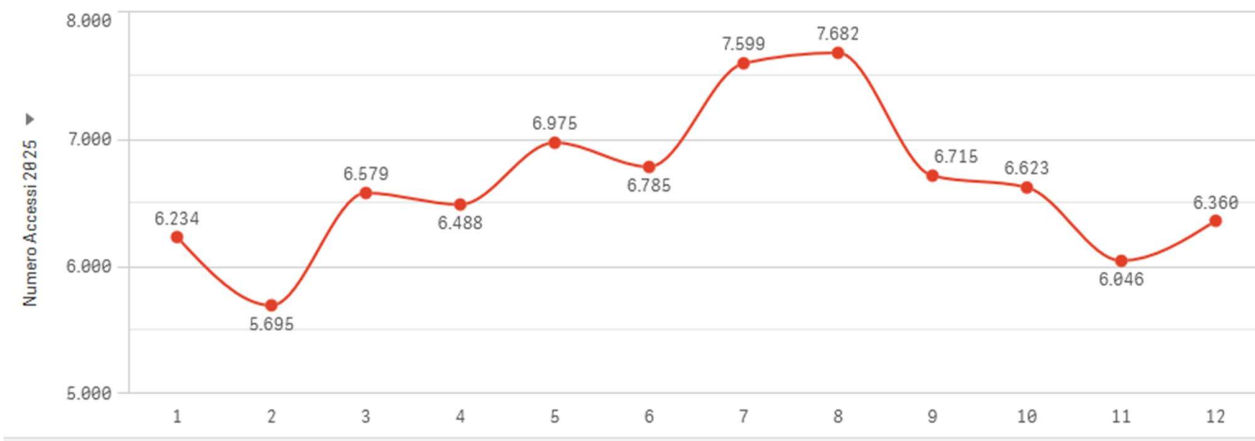
Il Sistema dell’emergenza (Pronto Soccorso) dell’Asl 5 ha processato 79.781, leggermente meno rispetto al 2024 (81. 710).

Accessi di Pronto Soccorso 2025

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Numero Accessi 2025
Totale	6.234	5.695	6.579	6.488	6.975	6.785	7.599	7.682	6.715	6.623	6.046	6.360	79.781
PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO - LA SPEZIA	520	497	507	477	496	427	395	369	375	445	441	494	5.443
PRONTO SOCCORSO - SARZANA	2.162	2.019	2.391	2.245	2.440	2.428	2.812	2.830	2.467	2.436	2.198	2.258	28.686
PRONTO SOCCORSO - LEVANTO	168	148	170	239	250	290	392	464	259	215	156	154	2.905
PRONTO SOCCORSO - LA SPEZIA	3.384	3.030	3.511	3.527	3.789	3.640	4.000	4.019	3.614	3.525	3.250	3.453	42.742
FAST TRACK OSTETRICO - LA SPEZIA	0	1	170	0	0	0	0	0	0	2	1	1	5

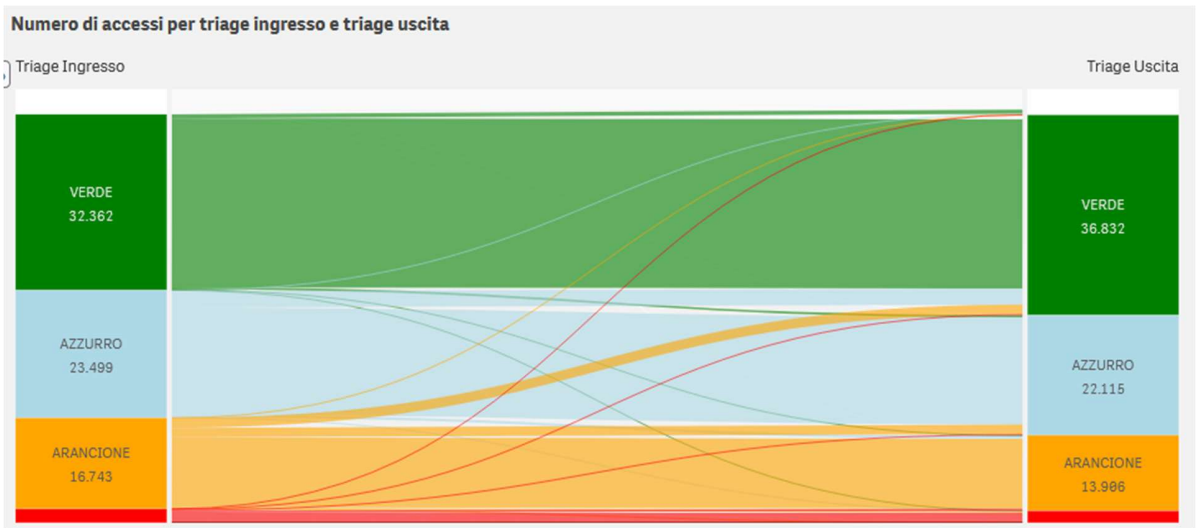
Mediamente si registrano circa 6.000 accessi mensili al Pronto Soccorso con dei picchi nei mesi estivi, caratterizzati dai flussi turistici. Si veda grafico successivo.

Numero di accessi / Numero di prestazioni per mese



Fonte: DWH aziendale

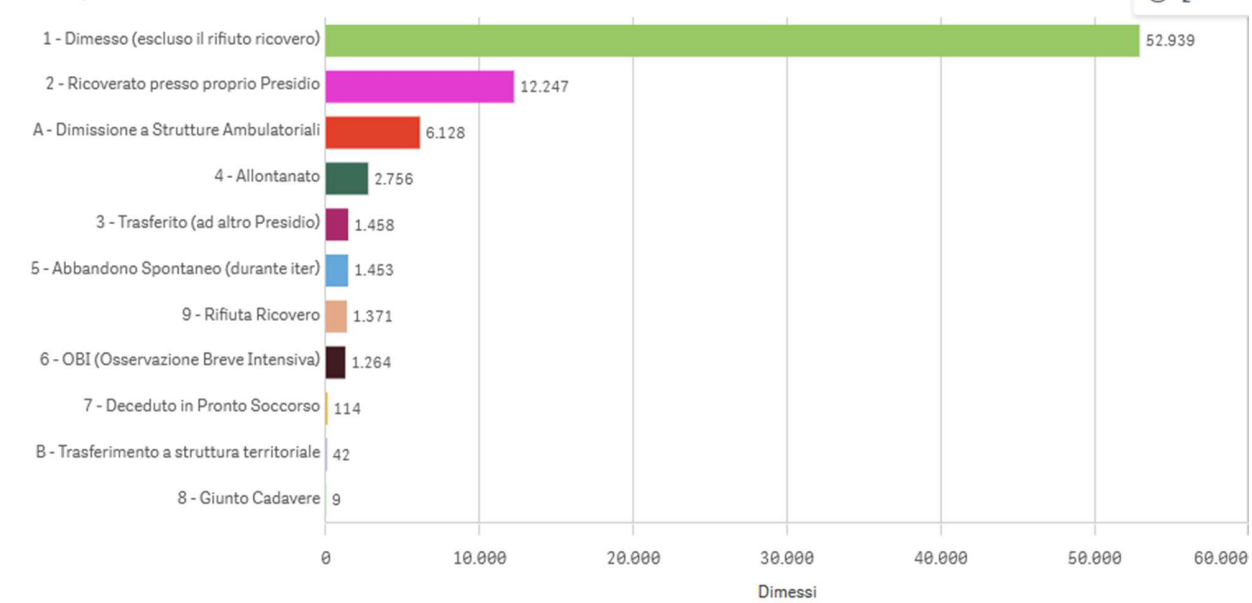
Il 41% sono accessi con codice colore al momento del triage verde, il 29% azzurro, il 21% arancione, il 6% bianco e il 3% rosso.



Fonte: DWH aziendale

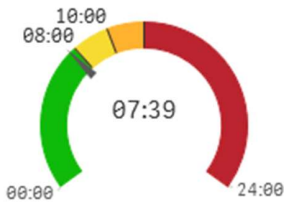
Il 67% degli accessi in PS si conclude con una dimissione, mentre i ricoverati presso il proprio presidio sono il 15%. L'1,6% degli accessi viene gestito in Osservazione breve intensiva (OBI). La tabella successiva riporta il confronto della produzione con lo stesso periodo degli anni precedenti.

Dimessi per esito

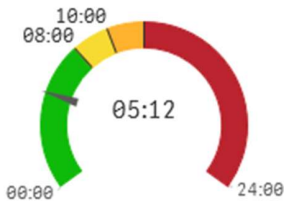


Con delibera n°274 del 05/06/2025, Regione Liguria ha introdotto un obiettivo assegnato ai Direttori Generali delle ASL liguri relativo al tempo di boarding dei Pronto Soccorso, nello specifico nella riduzione del tempo intercorso tra la presa in carico del medico e la dimissione con esito “ricoverato”. L’Asl 5 ha da sempre avuto un tempo di boarding performante rispetto alle altre realtà liguri. Con una permanenza media prima di essere ricoverato di circa 8:00 ore. Di seguito si riporta il dato relative all’anno 2025.

Boarding regionale visita - dimissione (fonte: obiettivi DG)



Boarding locale esito - dimissione



L’attività di specialistica ambulatoriale in senso stretto (quanto passa da CUP) nel 2025 è stata sovrapponibile in termini di quantità di prestazioni erogate alla produzione dell’anno precedente. In termini economici si rileva un aumento (9% in valore % e circa 2.500.000 in valore assoluto) in conseguenza dell’approvazione del nuovo nomenclatore ambulatoriale.

Quantità anno 2025	Importo anno 2025	Delta Quantità
2.590.229	30.631.729	-0,4%
Quantità anno 2024	Importo anno 2024	Delta Importo
2.601.846	28.099.718	9,0%

Fonte: DWH aziendale

Entrando nel merito delle tipologie di prestazioni, si rileva che una buona parte dell’aumento della valorizzazione economica è imputabile alla radioterapia e alla tariffazione di prestazioni precedentemente non tariffate. Da segnalare l’importante aumento delle prime e delle seconde visite in termini di quantità (+12.000 visite circa). L’aumento delle visite risponde anche all’obiettivo aziendale di migliorare l’indice di performance delle prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA). Si veda grafico successivo.

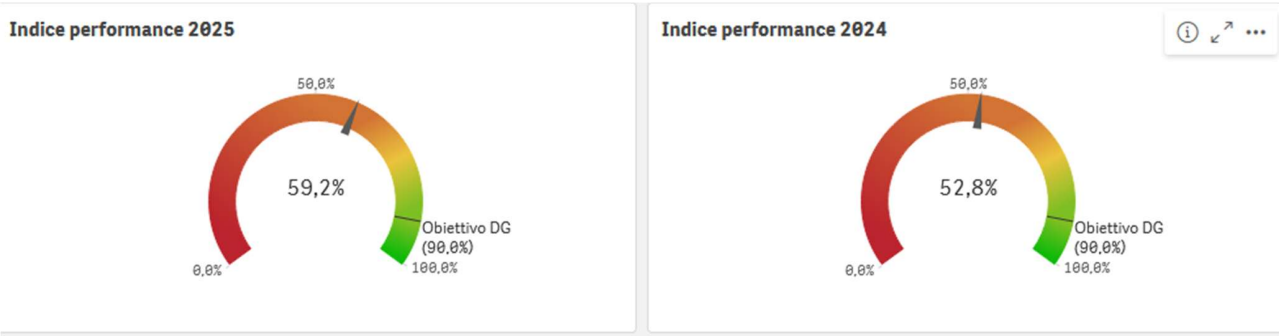
Produzione ambulatoriale (CUP in senso stretto) 2025 vs 2024 (escluso laboratorio analisi)

Categoria	Quantità anno 2025	Importo anno 2025	Quantità anno 2024	Importo anno 2024	Delta Quantità	Delta Importo
0101A-PRIMA VISITA	92.467	2.350.111	85.166	1.878.284	7.301	471.828
0101B-SECONDA VISITA	85.614	1.411.777	81.199	1.019.825	4.415	391.952
0206-BIOPSIE	10.626	606.958	10.729	586.519	-103	20.439
0207-PATOLOGIA MOLECOLARE	617	137.492	0	0	617	137.492
0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	18.987	547.572	20.557	563.855	-1.570	-16.284
0302-TAC	12.208	1.646.753	13.446	1.481.614	-1.238	165.139
0303-RISONANZE MAGNETICHE	4.444	837.210	6.271	1.060.420	-1.827	-223.210
0304-ECOGRAFIE	24.406	1.073.207	24.286	985.679	120	87.528
0305-RADIOLOGIA (MAMMOGRAFIE)	436	16.507	0	0	436	16.507
0501-ESAMI CARDIOLOGICI	15.517	503.419	14.286	448.737	1.231	54.682
0502-ESAMI NEUROLOGICI	8.745	266.734	9.710	176.597	-965	90.136
0503-ESAMI PNEUMOLOGICI	9.239	264.131	8.717	249.456	522	14.676
0504-ESAMI OTORINOLARINGOIATRICI	6.871	130.920	8.025	108.662	-1.154	22.258
0505-ESAMI OCULISTICI	4.316	118.405	4.836	115.846	-520	2.559
0506-ESAMI UROLOGICI	2.132	95.735	1.927	99.040	205	-3.306
0508-TEST DERMATOLOGICI	2.586	50.256	928	23.620	1.658	26.637
0509-ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	7.546	668.090	5.772	406.247	1.774	261.843
0601-RADIOTERAPIA	16.386	3.772.749	27.133	2.252.675	-10.747	1.520.074
0602-MEDICINA NUCLEARE	3.951	2.612.524	4.037	2.556.711	-86	55.813
0603-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	13.628	539.878	8.735	523.742	4.893	16.136
0604-TRATTAMENTI TRASFUSIONALI	1.289	41.599	1.647	66.919	-358	-25.319
0605-TRATTAMENTI ANALGESICI	1.761	34.357	3.265	47.548	-1.504	-13.192
0606-ESAMI E PROCEDURE OSTETRICO-GINECOLOGICHE	951	32.686	1.093	25.655	-142	7.031
0700-INTERVENTI CHIRURGICI COMPLESSI	4.914	3.248.836	4.806	3.305.756	108	-56.920
0701-INTERVENTI CHIRURGICI	17.041	205.820	14.318	216.515	2.723	-10.696
0702-INTERVENTI OCULISTICI	836	57.907	732	49.338	104	8.570
0703-INTERVENTI OTORINOLARINGOIATRICI	259	2.615	261	3.111	-2	-496
0704-INTERVENTI UROLOGICI	2.209	33.524	2.347	32.407	-138	1.117
0705-INTERVENTI ORTOPEDICI	5.004	50.132	3.925	45.211	1.079	4.921
0707-ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	1.344	168.624	1.271	147.583	73	21.041
0801-INTERVENTI ODONTOIATRIA: INTERVENTI	3.351	76.711	3.643	83.998	-292	-7.287
0801-INTERVENTI ODONTOIATRIA	0	0	1	21	-1	-21
0802-INTERVENTI ODONTOIATRIA: PROTESICA	4	43	4	26	0	17
0803-INTERVENTI CHIRURGICI MAXILLO FACCIALE	95	2.650	20	416	75	2.234

0901-RIABILITAZIONE FISICA	24.415	468.955	61.629	592.856	-37.214	-123.901
0902-TRATTAMENTI RIAB. CON STRUMENTI	1.002	3.937	23.699	49.074	-22.697	-45.136
0903-RIABILITAZIONE PSICOLOGICA	3.052	61.326	3.067	59.128	-15	2.198
0904-ALTRI TRATTAMENTI RIABILITATIVI	25.127	213.159	6.655	32.105	18.472	181.054
1001-DIALISI	2.044	171.345	2.227	155.061	-183	16.285
1002-PROCEDURE LEGATE ALLA DIALISI	732	38.678	520	41.254	212	-2.576
N.C.	206	31.909	0	0	206	31.909

Fonte: DWH aziendale

Indice performance PNGLA 2025 vs 1 2024 (classe priorità B e D)



Fonte: DWH aziendale

L’attività di presa in carico territoriale espresso come % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni) “presi in carico” per tutte le classi di CIA” nell’anno 2025 ha raggiunto l’10,36% con al presa in carico di 6.050 over 65 di cui 283 in cure palliative.

Altri risultati aziendali il cui conseguimento è correlato al sistema di programmazione e controllo (budget):

• Funzionamento delle sale operatorie

L’anno 2025, per quanto riguarda gli indicatori di sala operatoria, è caratterizzato da un miglioramento delle performance del blocco di Sarzana con mantenimento del blocco di La Spezia. Gli indicatori utilizzati, come schematizzato di seguito, sono quelli che la letteratura individua come determinanti nel processo chirurgico.

BLOCCO OPERATORIO SARZANA			
Indicatore	2024	2025	Delta
ANESTESIA entro le 08:15	57,7%	79,2%	21,5%
INIZIO INTERVENTO entro le 08:30	73,3%	87,9%	14,6%
TURN OVER	00:25:53	00:24:03	Ridotto di: 00:01:50

BLOCCO OPERATORIO SPEZIA			
Indicatore	2024	2025	Delta
ANESTESIA entro le 08:15	75,1%	81,4%	6%
INIZIO INTERVENTO entro le 08:30	78,4%	77,9%	-1%
TURN OVER	00:27:59	00:27:06	Ridotto di: 00:00:53

In questo ambito resta da migliorare l’attribuzione del codice di priorità al momento dell’inserimento in lista di attesa ed il conseguente rispetto dei tempi di attesa.

• Utilizzo albumina (Obiettivo DG)

L’inserimento di tale obiettivo tra gli obiettivi di budget ha determinato una maggiore appropriatezza nell’utilizzo dell’albumina e una conseguente riduzione del 32% a livello aziendale (2024: 3.188 flaconi,

2025: 2.171).

- **Riduzione dei ticket non pagati per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

In continuità con l'anno precedente è stato richiesto un ulteriore sforzo per la riduzione del ticket non riscosso al momento dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nell'anno 2024 si è rilevato un significativo miglioramento, poiché il ticket non riscosso è stato quasi dimezzato, passando da 408.031€ del 2023 a 248.948€ del 2024. Nell'anno 2025, nonostante l'obiettivo di budget il fenomeno non è diminuito in modo significativo.

- **Smaltimento delle ferie pregresse (ante 2023)**

L'inserimento di tale obiettivo, tra gli obiettivi di budget ha determinato una riduzione delle ferie pregresse da circa 15.000 giorni a circa 9.000, pari al 35%

- **Implementazione e messa a regime di progetti aziendali:**

- Avvio della cartella clinica informatizzata in tutti i reparti ospedalieri, con relativa formazione e messa in uso.
- Messa in uso del DWH aziendale con strutturazione della reportistica, formazione degli operatori e relative abilitazioni per l'accesso.
- Costituzione del gruppo per lo sviluppo del modello organizzativo "Bed management"
- Miglioramento del coordinamento clinico sulla casistica oncologica attraverso un miglioramento dei DMT.
- Formalizzazione fase 3 Piano Emergenza interno per massiccio afflusso feriti (PEIMAF)
- Mantenimento certificazioni Iso9001 per alcuni servizi
- Sviluppo del progetto di presa in carico territoriale attraverso gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)

5. Performance Individuale

Per l'anno 2025, in continuità con il percorso sperimentale avviato nel 2024 e in attuazione delle indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di misurazione e valutazione della performance individuale, ASL5 ha proseguito il percorso di sviluppo del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), avviando la seconda fase del processo di implementazione.

Tale percorso si inserisce nel più ampio quadro di innovazione organizzativa promosso dall'Azienda, finalizzato al rafforzamento della partecipazione attiva del personale dipendente, alla valorizzazione del contributo individuale e al consolidamento dell'integrazione tra performance organizzativa e performance individuale. La seconda fase del processo sperimentale è stata orientata al coinvolgimento diretto del personale nella progettazione condivisa degli strumenti operativi del nuovo SMVP, con particolare riferimento alla definizione delle nuove schede di valutazione individuale e alla formulazione di proposte di revisione del Regolamento aziendale.

La Direzione Aziendale ha perseguito tali finalità attraverso un percorso formativo in modalità FAD della durata complessiva di cinque ore, finalizzato a promuovere un nuovo approccio culturale alla valutazione della performance, fondato sulla responsabilizzazione del dipendente, sulla partecipazione attiva e sulla condivisione degli obiettivi aziendali.

Attraverso il percorso formativo, il personale è stato coinvolto nella costruzione partecipata degli strumenti del nuovo SMVP, in coerenza con le più recenti direttive ministeriali e con gli indirizzi strategici aziendali.

In particolare, il nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si propone di:

- Promuovere la motivazione al lavoro quale leva di crescita personale e miglioramento organizzativo;

- Rafforzare la correlazione tra gli obiettivi di budget della struttura di appartenenza e gli obiettivi individuali;
- Consolidare la coerenza tra motivazione, condivisione e responsabilità individuale, riconoscendo il contributo personale quale valore aggiunto per il raggiungimento dei risultati aziendali;
- Favorire la partecipazione diretta del personale alla revisione e alla futura adozione del nuovo Regolamento SMVP.

Per l'anno 2025, la partecipazione alla seconda fase del percorso di costruzione del nuovo SMVP, attraverso la frequenza del corso FAD, è stata individuata quale obiettivo specifico di performance individuale comune a tutto il personale dipendente, sia del comparto sia della dirigenza.

Ecco una versione più fluida e formale del testo:

Nell'ambito del percorso formativo, ai partecipanti è stato richiesto di svolgere le seguenti attività:

- Partecipare al corso in modalità FAD, finalizzato all'approfondimento di tre tematiche fondamentali:
 - la motivazione del personale;
 - il passaggio dalla performance organizzativa alla performance individuale;
 - il Regolamento aziendale della performance.

Peso complessivo: 40%.

- Definire il proprio obiettivo individuale partendo dalla scheda di budget della struttura di appartenenza, al fine di accrescere la consapevolezza del valore del contributo individuale e di gruppo nel perseguimento delle finalità istituzionali e degli obiettivi aziendali.

Peso: 20%.

- Predisporre la propria scheda di valutazione, individuando gli item e le relative descrizioni delle attività e dei comportamenti funzionali al raggiungimento dell'obiettivo individuale.

Peso: 20%.

- Compilare il questionario relativo al contributo personale alla revisione del nuovo Regolamento aziendale del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), previsto per l'implementazione e l'applicazione nel corso del 2026.

Peso: 10%.

Il completamento dell'intero percorso formativo comporta inoltre il riconoscimento di un premio aggiuntivo.

Peso: 10%.

Tale attività rappresenta un elemento centrale del nuovo approccio alla valutazione della performance, basato sulla partecipazione attiva del dipendente e sull'integrazione tra motivazione individuale, contributo professionale e raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

Nel corso del 2025 sono stati inoltre sottoscritti gli accordi integrativi aziendali relativi sia al personale del comparto sia alla dirigenza, finalizzati al recepimento delle nuove modalità di misurazione e valutazione della performance e alla progressiva implementazione del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale.

Il sistema di valutazione continua a fondarsi sull'integrazione tra performance organizzativa e performance individuale, nel rispetto dei principi previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 e successive modificazioni, valorizzando il contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali, le competenze professionali e organizzative e il livello di partecipazione ai processi di miglioramento organizzativo.

Personale della Dirigenza

Il sistema di valutazione del personale dirigente è articolato come segue:

- la valutazione annuale della performance organizzativa della struttura complessa e/o semplice dipartimentale di appartenenza incide per il 70% sulla distribuzione della retribuzione di risultato;
- la valutazione annuale della performance individuale incide per il restante 30% e, per l'anno 2025, coincide con la partecipazione al percorso formativo FAD.

Le suddette valutazioni assumono rilevanza anche ai fini delle procedure di conferma o revoca degli incarichi di Direttore di Dipartimento e di Struttura Complessa, nonché per la valutazione degli incarichi di S.S.D., S.S. e C.X. e per i riconoscimenti giuridici ed economici previsti al 5° e al 15° anno di servizio.

La mancata partecipazione al percorso formativo comporta l'impossibilità di concorrere ai riconoscimenti giuridici ed economici e all'attribuzione degli incarichi previsti dal sistema vigente.

Il punteggio relativo agli obiettivi individuali viene attribuito in misura proporzionale al grado di raggiungimento degli stessi.

Personale del Comparto

Per il personale del comparto, il sistema di valutazione prevede:

- un peso del 70% attribuito alla performance organizzativa;
- un peso del 30% attribuito alla performance individuale, individuata per il 2025 nella partecipazione al corso FAD.

Le quote di produttività derivanti dalla performance organizzativa e individuale sono determinate in relazione:

- al grado di raggiungimento degli obiettivi;
- al peso assegnato all'inquadramento individuale;
- all'eventuale riduzione derivante da assenze superiori alla franchigia di 30 giorni;
- alla percentuale di impegno orario in caso di part-time.

Ai fini del calcolo della quota effettiva da liquidare non vengono computate le assenze derivanti da ferie, permessi sindacali, diritto allo studio, infortunio, permessi giornalieri ai sensi della Legge n. 104/1992 usufruiti dal lavoratore disabile con connotazione di gravità e congedo di maternità obbligatorio.

I pesi attribuiti alle categorie professionali sono così definiti:

- Categoria A: 1
- Categoria B: 1,4
- Categoria BS: 1,5
- Categoria C: 1,9
- Categoria D: 2,3
- Categoria DS: 2,5
- Titolari di incarico di funzione: 3

I risultati annuali della performance individuale vengono inseriti nel fascicolo personale di ciascun dipendente. La valutazione individuale assume rilevanza non solo ai fini economici, con riferimento alla distribuzione del fondo per la produttività e alle eventuali progressioni economiche, ma anche ai fini professionali e curriculari, incidendo nei processi di conferma degli incarichi assegnati e nell'attribuzione di nuovi incarichi.

5.1. Risultati raggiunti

Come previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'anno 2025, la performance individuale del personale del comparto e della dirigenza è stata misurata attraverso la partecipazione al percorso formativo in modalità FAD dedicato alla seconda fase di costruzione partecipata del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Ai fini dell'analisi dei risultati, al fine di rappresentare in modo più significativo il livello effettivo di adesione al percorso formativo, sono stati esclusi dal calcolo i dipendenti che non hanno partecipato al corso per motivazioni oggettivamente giustificate, quali assenza per malattia o maternità, cessazione dal servizio prima dell'avvio del corso (ottobre 2025) o assunzione nel mese di dicembre 2025. Tale metodologia consente di

valutare il reale grado di partecipazione del personale che ha avuto la concreta possibilità di prendere parte al percorso formativo.

La valutazione della performance individuale è stata determinata sulla base del livello di completamento delle attività previste dal percorso formativo FAD e del grado di partecipazione alle diverse sezioni che lo componevano.

In particolare, il punteggio massimo pari a 100 è stato attribuito ai dipendenti che hanno completato integralmente tutte le attività previste dal corso, mentre i punteggi pari a 90, 80, 40 e 20 corrispondono a livelli progressivamente inferiori di completamento delle diverse componenti del percorso formativo, valutate in relazione ai pesi assegnati alle singole attività. Il punteggio pari a 0 è stato attribuito esclusivamente al personale che non ha partecipato al corso FAD in assenza di motivazioni giustificate.

Per il personale che non ha partecipato al corso per motivazioni giustificate, la valutazione della performance individuale è stata determinata mediante attribuzione del punteggio medio risultante dalle ultime due valutazioni disponibili. Nei casi in cui non fossero presenti valutazioni pregresse, in particolare per il personale assunto recentemente, non è stato possibile procedere all'attribuzione del punteggio.

Dall'analisi dei dati relativi al personale valutabile in servizio nell'anno 2025 risulta:

Totale Personale Valutabile 2025	N° Dipendenti
Comparto	2.388
Dirigenza	482
Totale Personale	2.870

Dall'analisi dei dati elaborati è emerso un punteggio medio assegnato pari a 89,3 punti per il Comparto e un punteggio medio pari a 85,9 punti per la Dirigenza.

Media Valutazione Comparto 2025	Media Valutazione Dirigenza 2025
89,3	85,9

Personale del comparto

Il personale del comparto in servizio nel corso del 2025 ammontava complessivamente a 2.388 dipendenti. Di questi, 373 non hanno partecipato al corso FAD; in particolare 200 risultano assenti non giustificati, mentre 173 non hanno partecipato per cause giustificate (malattia, maternità, cessazione dal servizio prima dell'avvio del corso o assunzione nel mese di dicembre 2025).

Tra i 173 dipendenti con assenza giustificata, per 58 unità non è stato possibile attribuire un punteggio in assenza di precedenti valutazioni utili.

Pertanto l'analisi dei risultati è stata effettuata su un totale di 2.215 dipendenti.

Valutazione Performance Individuale Comparto 2025	N° Dipendenti	%
Totale dipendenti Comparto 2025	2.388	
Dipendenti che hanno partecipato al corso	2.015	84,38%
Dipendenti che non hanno partecipato al corso	373	15,62%
Di cui, dipendenti giustificati	173	46,38%
Di cui, dipendenti non giustificati	200	53,62%

Valutazione Performance Individuale Comparto 2025	%
Totale Dipendenti Valutabili 2215	
Valutazione 100	85,15%
Valutazione 90	0,23%
Valutazione 80	4,56%
Valutazione 40	0,32%

Valutazione 20	0,77%
Valutazione 0	8,94%

L'analisi evidenzia un livello di partecipazione particolarmente elevato al percorso formativo, con 1.887 dipendenti (85,15%) che hanno conseguito il punteggio massimo pari a 100. Una quota residuale di personale si colloca nelle fasce intermedie di valutazione: 101 dipendenti (4,56%) hanno ottenuto un punteggio pari a 80, 5 dipendenti (0,23%) un punteggio pari a 90, 17 dipendenti (0,77%) un punteggio pari a 20 e 7 dipendenti (0,32%) un punteggio pari a 40. I dipendenti che hanno riportato punteggio pari a 0 sono stati 198, corrispondenti all'8,94% del totale considerato. Tale punteggio è stato attribuito esclusivamente al personale che non ha partecipato al corso FAD in assenza di motivazioni giustificate; il personale assente per cause giustificate è stato escluso dall'analisi e valutato secondo le modalità previste dal sistema. I risultati ottenuti confermano l'ampia adesione del personale del comparto al percorso di innovazione organizzativa promosso dall'Azienda e testimoniano il significativo coinvolgimento dei dipendenti nella costruzione partecipata del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Personale della dirigenza

Il personale dirigente soggetto a valutazione, in servizio nel corso del 2025 ammontava complessivamente a 482 unità. Di queste, 105 non hanno partecipato al corso FAD; in particolare, 56 risultano assenti non giustificati, mentre 49 non hanno partecipato per cause giustificate (malattia, maternità, cessazione dal servizio prima dell'avvio del corso o assunzione nel mese di dicembre 2025). Escludendo dal calcolo i dirigenti assenti per motivazioni giustificate, l'analisi dei risultati è stata effettuata su un totale di 433 dirigenti.

Valutazione Performance Individuale Dirigenza 2025	N° Dipendenti	%
Totale dipendenti Dirigenza 2025	482	
Dipendenti che hanno partecipato al corso	377	78,22%
Dipendenti che non hanno partecipato al corso	105	21,78%
Di cui, dipendenti giustificati	49	46,67%
Di cui, dipendenti non giustificati	56	53,33%

Valutazione Performance Individuale Dirigenza 2025	%
Totale Dipendenti Valutabili 433	
Valutazione 100	84,53%
Valutazione 90	0,23%
Valutazione 80	1,15%
Valutazione 40	0,00%
Valutazione 20	1,15%
Valutazione 0	12,93%

Anche per la dirigenza emerge un livello di partecipazione molto elevato al percorso formativo: 366 dirigenti (84,53%) hanno conseguito il punteggio massimo pari a 100. Le restanti valutazioni risultano distribuite nelle fasce inferiori con 1 dirigente (0,23%) che ha ottenuto un punteggio pari a 90, 5 dirigenti (1,15%) un punteggio pari a 80 e 5 dirigenti (1,15%) un punteggio pari a 20. I dirigenti con punteggio pari a 0 sono stati 56, corrispondenti al 12,93% del totale considerato. Anche in questo caso, il punteggio pari a 0 è stato attribuito esclusivamente ai dirigenti che non hanno partecipato al corso FAD senza una motivazione giustificata; i dirigenti assenti per cause giustificate sono stati esclusi dal calcolo o valutati secondo i criteri previsti dal sistema. I risultati conseguiti evidenziano un'ampia partecipazione della dirigenza al percorso sperimentale e confermano il coinvolgimento dei responsabili aziendali nel processo di evoluzione del sistema di valutazione della performance, elemento fondamentale per la piena implementazione del nuovo SMVP prevista a decorrere dall'anno 2026.

Nel complesso, i dati registrati per entrambe le categorie professionali evidenziano un elevato livello di adesione al percorso formativo e una diffusa partecipazione alle attività di costruzione condivisa del nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Tali risultati confermano la validità dell'approccio partecipativo adottato dall'Azienda e costituiscono una base solida per il completamento del processo di implementazione del nuovo sistema previsto nel corso del 2026.

6. La trasparenza del ciclo delle performance

Sul sito internet aziendale, <https://www.asl5.liguria.it/>, al link "Amministrazione Trasparente" sezione "Performance", in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs. 150/2009 e dal D.L. n. 74 del 25/05/2017, sono pubblicati:

- Sistema di misurazione e valutazione delle performance
- Piano della Performance
- Relazione sulla Performance
- Ammontare complessivo dei premi
- Dati relativi ai premi

Inoltre, per garantire la trasparenza del sistema, l'Azienda diffonde le informazioni all'interno con il rafforzamento dell'utilizzo dell'apposita sezione informativa intranet, già a disposizione da tempo di tutti i dipendenti.

L'OIV ha attestato l'assolvimento degli obblighi di Trasparenza.

7. Collegamento Piano della Performance e Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Aziendale (P.T.P.C.T.)

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), triennio 2026-2028, che è un documento correlato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) approvato con Delibera del Direttore Generale Generale di ASL5 n. 1269 del 24/12/2025 e con Determinazione Dirigenziale del Coordinatore di AREA5 di ATS Liguria avente oggetto: " Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5, Triennio 2026 – 2028. Aggiornamento anno 2026", all'art. 5 ha ribadito l'importanza del coordinamento tra le misure di anticorruzione, la trasparenza, e, il ciclo della performance.

A fine di coordinare i cicli di prevenzione della corruzione e della trasparenza e di gestione delle performance, le azioni strategiche integrative individuate per il 2025 sono state in parte declinate in obiettivi di budget per alcune Strutture, costituendo ulteriori misure specifiche di prevenzione della corruzione e trasparenza.

In tal modo si sono allineati i profili dell'efficienza e dell'integrità al fine di ottenere un'azione mirata finalizzata ad una crescita del valore pubblico generato dall'Azienda.

Nel 2025 sono stati attribuiti quali obiettivi di budget anche target di anticorruzione e trasparenza, in collaborazione con il RPCT:

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore	Note
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igiene degli alimenti e nutrizione; 4) Igiene e Sanità Pubblica; 5) Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL.	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI: 1) SS Disabilità; 2) Terapia Fisica e Riabilitazione; 3) Fragilità e cronicità -> SS Residenzialità anziani; Assistenza Farmaceutica aziendale -> SS Farmacia Ospedaliera - SS Protetica	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE: 1) Strutture Residenziali e Semiresidenziali; 2) SERD; 3) Assistenza Psichiatrica Distrettuale 15; 4) Assistenza Psichiatrica 117 e 19; 5) Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile antiriciclaggio; 4) Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Mezzogiorno 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, SUM AI)	Anticorruzione e trasparenza	Mappatura dei processi secondo il nuovo POA con riferimento alla valutazione dei rischi, in collaborazione con il RPCT.	Rivedere il registro dei rischi secondo la nuova organizzazione aziendale. Mappare il 90% dei processi assegnati dal RPCT, con valutazione dei rischi.	N. dei processi effettivamente mappati con valutazione dei rischi / N. dei processi da mappare programmati dal RPCT.	Tale obiettivo può essere agito quando sono definite le funzioni (funzionigramma) delle strutture interessate secondo il nuovo POA. Da realizzare entro il 31/12/2025

In specifico, l’obiettivo attribuito alle strutture afferenti alla Direzione Sanitaria, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento Servizi, al Dipartimento Cure Territoriali, al Dipartimento Salute Mentale e al Dipartimento Tecnico Amministrativo è stata la stesura del nuovo Registro dei Rischi con mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione.

Il nuovo registro dei rischi è stato elaborato dall’ufficio RPCT in collaborazione con le strutture aziendali interessate al fine di mappare i processi a maggiori rischio di corruzione ed elaborare le relative misure specifiche di prevenzione del rischio.

La mappatura dei processi e la valutazione del rischio è avvenuta secondo un metodo qualitativo secondo quanto suggerito dall’ANAC.

Quest’ultima indica il superamento di un approccio meramente quantitativo basato sull’attribuzione di punteggi (scoring) prevedendo di dare invece ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

I criteri di valutazione per la esposizione al rischio di eventi corruttivi devono essere determinati da ogni Amministrazione che deve tradurli in indicatori di rischio (key performance indicators) quali: 1) livello di interesse esterno: la presenza anche di interessi economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo; 2) grado di discrezionalità del decisore interno: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; 3) manifestazione di evento corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi; 4) opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio; 5) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare una opacità sul reale grado di rischiosità; 6) grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Le valutazioni sui rischi devono essere sempre motivate esplicitando bene il giudizio e devono avvenire sulla base di evidenze, con il supporto di dati oggettivi quali: 1) dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’Azienda (reati contro la P.A., falso e truffa, procedimenti per responsabilità amministrativo-contabile, ricorsi amministrativi in tema di affidamento dei contratti pubblici);

2) le segnalazioni pervenute (esempio whistleblowing) e gli esiti delle indagini di customer satisfaction che possono evidenziare possibili malfunzionamenti o malagestioni di taluni processi organizzativi.

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

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

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

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

Il nuovo registro dei rischi è documento correlato al PIAO 2026-2028 ed è stato pubblicato sul sito istituzionale aziendale

<https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente/PianoIntegratoDiAttivit%C3%A0eOrganizzazionePIAO%E2%80%932026-2028/RegistroDeiRischi.aspx>.

Le strutture interessate hanno collaborato e reso possibile il completamento del nuovo registro dei rischi che sarà utilizzato dal 2026. Hanno pertanto raggiunto tutte le punteggi massimi di performance organizzativa (obiettivi di budget).

Altre azioni sono state adottate in materia di Trasparenza e Anticorruzione ed hanno riguardato: a) la istruttoria delle segnalazioni ricevute dai dipendenti dell'Azienda; b) elaborazione in qualità di referente del sottogruppo n. 1 PNRR- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del Gruppo Regionale RPCT di uno strumento di monitoraggio degli interventi finanziario dal PNRR; c) realizzazione degli obiettivi regionali in materia di anticorruzione e trasparenza: promozione della cultura dell'integrità e formazione con corsi FAD anche per i neoassunti; misure di antiriciclaggio in collaborazione con il responsabile aziendale; definizione indicatori per la prevenzione della corruzione.

ALLEGATO N. 2 ALLA DETERMINA N. _____ DEL _____

Validazione Relazione sulla Performance 2025

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) di ASL5, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 26/05/2022, modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 891 del 13/10/2022 e successivamente prorogato con deliberazione del Direttore Generale n. 549 del 28/05/2025, in analogia all'art. 14, comma 4, lett. C) dsl DLGS n. 150 dal 2009 ha preso in esame la Relazione sulla Performance Aziendale anno 2025, presentata durante l'incontro del 10/06/2026.

L'O.I.V. ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno ed ha riscontrato che la relazione riporta: lo stato di realizzazione degli obiettivi in base agli indicatori previsti, la congruenza tra risultati conseguiti e gli obiettivi attesi, identificando gli eventuali spostamenti l'analisi delle relative cause a gli interventi correttivi adottati, ai sensi di quanto risultante dal processo di budget 2025 e dal coincidente Piano Integrato di Attività e Organizzazione triennio 2025-2027.

Inoltre si rileva che la documentazione prodotta è conforme alle disposizioni di Legge, alle linee e che il format adottato per la stesura è chiaro, facilmente comprensibile e, nel contempo, attendibile e completo quanto a dati e informazioni ivi contenute.

Per le premesse di cui sopra, l'O.I.V. valida la Relazione sulla Performance Aziendale anno 2025.

Alain Fzini