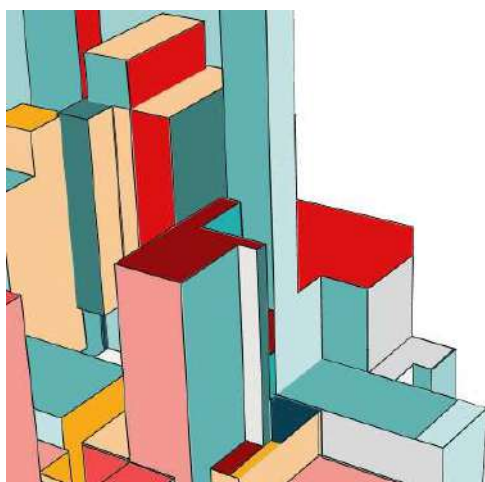




# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)



# ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

## Sommario

|  |            |
|--|------------|
| INTRODUZIONE .....   | 6          |
| Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....   | 9          |
| Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione .....                                       | 11         |
| Sottosezione di programmazione – Valore pubblico.....  | 11         |
| VALORE PUBBLICO – descrizione indicatori .....   | 19         |
| Valore pubblico Schede .....   | 28         |
| Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione .....                                       | 57         |
| Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza.....                                | 57         |
| Parte Prima – Sistema di monitoraggio e obiettivi strategici.....                                    | 57         |
| Parte Seconda - Soggetti, compiti e responsabilità.....  | 66         |
| <b>a) I Soggetti Interni.....</b>  | <b>66</b>  |
| <b>b) I Soggetti Esterni.....</b>  | <b>74</b>  |
| Parte Terza - La gestione del rischio .....  | 75         |
| <b>a)..... I principi alla base della mappatura – valutazione e trattamento del rischio</b><br>..... | <b>75</b>  |
| <b>b)..... Il contesto esterno – contesto interno/mappatura dei processi</b><br>.....                | <b>77</b>  |
| <b>a)..... La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione</b><br>.....          | <b>113</b> |
| <b>a) La ponderazione del rischio .....</b>  | <b>116</b> |
| b)..... Il trattamento del rischio<br>.....  | 116        |
| c)..... Piani di monitoraggio e audit<br>.....   | 119        |
| Parte Quarta - La trasparenza amministrativa .....   | 120        |
| Parte Quinta - Le misure “generali” .....  | 133        |
| Allegati Piano anticorruzione.....   | 142        |
| Allegato n. 2_1: Elenco processi, pag. 8.....  | 142        |
| Allegato n. 2_2: Piano monitoraggio misure specifiche, pagg. 2.....                                  | 142        |

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

|  |            |
|--|------------|
| Allegato n. 2_3: Piano monitoraggio misure generali, pagg. 3 .....   | 142        |
| Allegato n. 2_4: Schede mappatura processi e rischi, pagg. 137.....  | 142        |
| Allegato n. 2_5: Schede misure specifiche, pagg. 28 .....  | 142        |
| Allegato n. 2_6: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori, pagg. 8.....                     | 142        |
| Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione .....   | 331        |
| Sottosezione di programmazione – Performance .....   | 331        |
| Premessa .....   | 331        |
| <b>1. Il Piano della Performance .....</b>   | <b>331</b> |
| <b>1.1 La produzione – Raffronto tra il 2019 e il 2022 .....</b>   | <b>333</b> |
| <b>2. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.....</b>   | <b>333</b> |
| <b>3. L’albero della Performance .....</b>   | <b>335</b> |
| <b>3.1 Obiettivi strategici ed indicatori .....</b>  | <b>336</b> |
| <b>4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget.....</b>                            | <b>347</b> |
| <b>5. La misurazione e valutazione della performance organizzativa e la Relazione annuale .....</b>                  | <b>347</b> |
| <b>6. Il collegamento con il sistema di valutazione della performance individuale.....</b>                           | <b>348</b> |
| <b>7. Il coordinamento con il PTPC 2022 – 2024 e con il piano Privacy .....</b>                                      | <b>349</b> |
| <b>8. La trasparenza del ciclo della performance .....</b>   | <b>349</b> |
| <b>9. La nuova collocazione del Piano della Performance.....</b>   | <b>350</b> |
| <i>Struttura organizzativa e P.O.A. ....</i>   | <i>359</i> |
| <i>Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) .....</i>  | <i>379</i> |
| <i>Il Sistema Privacy A.S.L.3 .....</i>  | <i>380</i> |
| <i>Il D.P.S. del sistema Privacy .....</i>   | <i>380</i> |
| <i>Il costante aggiornamento della gestione del rischio .....</i>  | <i>382</i> |
| <i>La gestione del rischio: un nuovo approccio.....</i>  | <i>385</i> |
| <i>Formazione in tema di privacy.....</i>  | <i>387</i> |
| <i>Codici di Comportamento .....</i>   | <i>388</i> |
| <i>Performance e sistema privacy .....</i>   | <i>389</i> |
| <i>Il sistema di prevenzione e protezione aziendale e l’obbligo di sicurezza.....</i>                                | <i>389</i> |
| Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - <i>Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile</i> | 392        |

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

|  |     |
|--|-----|
| CAPO I: PREMESSE .....   | 392 |
| Art. 1 – Oggetto ed ambito di applicazione .....   | 392 |
| Art. 2 – Principi ed obiettivi perseguiti dall’Amministrazione .....   | 394 |
| Art. 3 – Normativa di riferimento .....  | 395 |
| Art. 4 – Lavoratori agili in Asl3 .....  | 397 |
| CAPO II: DISCIPLINA DI ESERCIZIO.....  | 398 |
| Art. 5 – Disciplina generale .....   | 398 |
| Art. 6 – Attività che possono essere svolte in modo agile.....   | 400 |
| Art. 7 – Criteri di assegnazione al lavoro agile.....  | 400 |
| Art. 8 – Modalità di accesso al lavoro agile. L’Accordo tra il lavoratore e il suo responsabile.....                             | 401 |
| Art. 9 - Miglioramento delle performance di sistema.....   | 402 |
| Art. 10 - Attori coinvolti nell’applicazione del lavoro agile.....   | 402 |
| Art. 11 – Durata delle attività in lavoro agile e recesso.....   | 404 |
| Art. 12 – Modalità di svolgimento della prestazione.....   | 404 |
| CAPO III: TUTELE.....  | 405 |
| Art. 13 – Tutela assicurativa .....  | 405 |
| Art. 14 – Caratteristiche della strumentazione informatica .....   | 405 |
| Art. 15 – Tutela della salute e sicurezza del lavoratore .....   | 406 |
| Art. 16 - Diligenza e riservatezza .....   | 407 |
| Art. 17 - Norme di rinvio .....  | 407 |
| Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - <i>Sottosezione di programmazione – Piano Triennale delle Azioni Positive</i> ..... | 424 |
| 2. PREMESSA.....   | 426 |
| 3. AMBITI DI AZIONE, COMPORTAMENTI ADOTTATI E OBIETTIVI SPECIFICI.....   | 426 |
| 3.1. Ambiti di azione .....  | 426 |
| a) Prevenzione e rimozione delle discriminazioni .....   | 426 |
| b) Piani triennali di azioni positive .....  | 426 |

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

|  |     |
|--|-----|
| c) Politiche di reclutamento e gestione del personale.....   | 427 |
| d) Organizzazione del lavoro .....   | 427 |
| e) Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità, conciliazione tempi di vita e lavoro e contrasto alle discriminazioni..... | 427 |
| f) Rafforzamento dei CUG.....  | 427 |
| 4. SOGGETTI COINVOLTI .....  | 428 |
| 4. LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO LA SALUTE: WORKPLACE HEALTHPROMOTION E BENESSERE ORGANIZZATIVO, LE AZIONI DI ASL 3 PER I DIPENDENTI.....                                    | 429 |
| Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - <i>Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale</i> .....   | 445 |
| Analisi di Contesto - Personale .....  | 445 |
| Piano triennale dei fabbisogni di personale .....  | 448 |
| Sottosezione di programmazione – Piano formativo .....   | 454 |
| ULTERIORE ATTIVITA' FORMATIVA .....  | 456 |
| Monitoraggio indicatori valore Pubblico .....  | 490 |

# ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

## INTRODUZIONE

Il presente documento è composto di quattro sezioni, ognuna dedicata ad approfondire, nello spirito normativo e nella composizione delle sotto-sezioni, gli obiettivi di Performance, quelli legati all'anticorruzione, le strategie aziendali in tema di risorse umane e sviluppo di carriera, gli obiettivi in tema di formazione del personale e di lavoro agile:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione
- Organizzazione e capitale umano
- Monitoraggio

### **Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione**

Nella sezione sono riportati in sintesi i dati identificativi dell'amministrazione.

### **Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione**

#### *Sottosezione di programmazione – Valore pubblico*

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

#### *Sottosezione di programmazione – Performance*

Tale ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di performance management

#### *Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza*

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e che vanno formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

### **Sezione 3. Organizzazione e capitale umano**

#### *Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa*

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente: organigramma; livelli di responsabilità organizzativa, n. di fasce per la suddivisione delle

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

posizioni dirigenziali e simili (es. posizioni organizzative); ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio; altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati

### *Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile*

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro).

### *Sottosezione di programmazione – Piano Triennale delle Azioni Positive*

In questa sottosezione sono indicate le azioni dell’Azienda per il benessere psicofisico dei dipendenti.

### *Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale*

Gli elementi della sottosezione sono:

- rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell’anno precedente
- programmazione strategica delle risorse umane
- obiettivi di trasformazione dell’allocazione delle risorse
- modifica della distribuzione del personale fra servizi/settori/aree;
- modifica del personale in termini di livello / inquadramento;
- strategia di copertura del fabbisogno
- formazione del personale

## **Sezione 4. Monitoraggio**

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

\*\*\*

L’obiettivo principale è la semplificazione delle procedure di programmazione nelle pubbliche amministrazioni, per garantire trasparenza, maggiore efficienza, efficacia e servizi migliori ai cittadini e alle imprese. Con il documento strategico approvato a ottobre 2019 l’Alta Direzione poneva l’attenzione sulle priorità di indirizzo. Priorità che, nella sostanza, erano figlie di un

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

lavoro di confronto con le Direzioni dipartimentali su quali fossero ritenute le urgenze più rilevanti



## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

### Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

**Denominazione Ente:** Azienda Sociosanitaria ligure 3 - ASL 3 – SISTEMA SANITARIO REGIONE LIGURIA

**Indirizzo:** Via Bertani 4, 16125 Genova

**(GE)PEC:** protocollo@pec.asl3.liguria.it

**Partita Iva:** 03399650104

**Codice Fiscale:** 03399650104

**Codice Istat:** 010025

**Sito web istituzionale:** <https://www.asl3.liguria.it/>

**Pagina Facebook:** <https://www.facebook.com/Asl3Genova>  
Strutture sanitarie sul territorio:



Nella Sezione 3. Organizzazione e Capitale umano. – Struttura Organizzativa e P.O.A. pag 324 e seguenti, si trovano le informazioni di dettaglio a corollario della Scheda Anagrafica.



## ***SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti-corruzione***

Sottosezione di programmazione VALORE PUBBLICO

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

### Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

#### Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

Per Valore Pubblico di un'azienda sociosanitaria si intende l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento.

La Mission di ASL 3 comprende la "risposta al bisogno di salute", interpretata come l'erogazione di un pacchetto di servizi integrati, attraverso il quale istituzionalmente avviene la presa in carico del paziente, che include il suo accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo concreto e proficuo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi paralleli, ancorché integrati, per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

L'Azienda sanitaria locale persegue, altresì e contestualmente, la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la Prevenzione collettiva e la Sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, e per l'erogazione efficiente dei quali è assicurata la copertura finanziaria annuale.

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei

fondamentali principi e valori di:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a tutelare le condizioni di

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

maggior salute e benessere e, quando necessario, rispondere alla domanda di salute, interpretandone il reale bisogno, garantendo prestazioni efficaci ed accessibili a tutti coloro ai quali le stesse risultano indicate e nel momento in cui si rendono necessarie;

- porre il cittadino utente, con i suoi bisogni e con la sua esperienza, all'interno dei processi di progettazione e programmazione, orientando tutti gli operatori al servizio dell'utente al quale deve essere garantita la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività sociosanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

Tra i documenti di pianificazione delle attività merita particolare attenzione il *Bilancio di Previsione 2023*, approvato con deliberazione n. 581 del 30/11/2022. Il Bilancio di Previsione 2023 si colloca temporalmente in un momento di cambiamento organizzativo: infatti, con D.G.R. n.147 del 4.3.2022 ad oggetto "Assegnazione e definizione dei budget per l'esercizio 2022: formalizzazione del percorso e degli esiti del negoziato con Aziende, IRCCS ed Enti del S.S.R.", Regione Liguria ha avviato il procedimento finalizzato all'adozione di nuove linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale, rimodulando, in particolare, l'assetto dei Distretti Socio Sanitari, alla luce delle indicazioni del PNNR, Missione 6.

In assenza di certezze circa l'impatto finanziario dei nuovi assetti, si è proceduto a proiettare i valori economici dell'anno precedente. Uno dei punti fermi, tuttavia, è costituito dall'incremento di produzione, che ha visto già nel 2022 un significativo impegno dell'Azienda. Nonostante le difficoltà dovute al perdurare della pandemia, ASL 3 si è impegnata a garantire il consueto livello di assistenza, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. ASL 3 ha lavorato anche per il contenimento dei costi, determinati da risparmi e razionalizzazioni in tutti i settori possibili.

### ***Dinamiche socio – culturali - Le risultanze del BES***

Il valore pubblico può essere inteso come il "miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli "stakeholder", dei destinatari di una politica o di un servizio. Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma comprensivo anche di quelli socio-economici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo"<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PNA 2022, pag. 24

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

Per avere un'idea di queste ulteriori dimensioni, che prescindono da quelle esclusivamente finanziarie, sono state utilizzate le informazioni presenti dei rapporti "BES" (acronimo di Benessere Equo e Sostenibile) di cui l'ultimo si riferisce ai dati del 2021 (pubblicato il 22/05/22) realizzato dall'Istat. Il rapporto utilizza un ampio set di

indicatori per le seguenti dimensioni: Salute, Sicurezza, Istruzione e formazione, Benessere soggettivo, Lavoro e conciliazione dei tempi di vita, Paesaggio e patrimonio culturale, Benessere economico, Ambiente, Relazioni sociali, Innovazione, Ricerca e creatività, Politica e istituzioni, Qualità dei servizi.

Sono disponibili anche i dati su base regionale (in formati Excel o .pdf). In questa sede sono riportati alcuni indicatori riferiti all'ambito della salute e della qualità dei servizi con un confronto con la media nazionale e del Nord e con alcune regioni italiane<sup>2</sup>:

| SALUTE   | LIGURIA |        |        | ITALIA | NORD   |
|--|---------|--------|--------|--------|--------|
|  | Femmine | Maschi | Totale | Totale | Totale |
| Anno 2021  |         |        |        |        |        |
| Adeguata alimentazione (tassi standardizzati x 100 persone)  | 20,8    | 15,1   | 18,0   | 17,6   | 20     |
| Alcol (tassi standardizzati x 100 persone)   | 11,4    | 19,1   | 15,1   | 14,7   | 16,9   |
| Eccesso di peso (tassi standardizzati x 100 persone)   | 30,1    | 47,4   | 38,4   | 44,4   | 41,1   |
| Fumo (tassi standardizzati x 100 persone)  | 16,2    | 20,5   | 18,3   | 19,5   | 18,5   |
| Indice di salute mentale (SF36) punteggi medi stand.   | 67,8    | 71,3   | 69,4   | 68,4   | 68,5   |
| Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) valori %  |         |        | 42,7   | 47,8   | 44,1   |
| Sedentarietà (tassi standardizzati x 100 persone)  | 23,5    | 21,8   | 22,7   | 32,5   | 23,2   |
| Speranza di vita alla nascita: n. medio di anni  | 85,0    | 80,4   | 82,6   | 82,4   | 82,9   |
| Speranza di vita in buona salute alla nascita n. medio di anni                                     | 62,9    | 62,5   | 62,7   | 60,5   | 61,2   |
| Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni n. medio di anni                       | 10,9    | 11,1   | 10,9   | 9,7    | 10,4   |
| Mortalità tumore (20 - 64 anni): dati riferiti al 2019 e tassi standardizzati per 10.000 residenti |         |        | 8      | 8,1    | 7,8    |

<sup>2</sup> [Rapporto Bes 2021: il benessere equo e sostenibile in Italia \(istat.it\)](#): i dati sono stati personalizzati utilizzando la "dashboard per la visualizzazione e l'analisi degli indicatori"

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

| Qualità dei servizi   | Regione        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|----------------|------|------|------|------|
| Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (valori %) | Calabria       | 1,1  | 0,4  | 1,0  |      |
|   | Emilia-Romagna | 3,5  | 3,5  | 3,6  |      |
|   | Liguria        | 3,4  | 3,2  | 2,8  |      |
|   | Lombardia      | 2,5  | 2,6  | 2,8  |      |
| Difficoltà di accesso ad alcuni servizi (valori %)              | Calabria       | 11,9 | 11,2 | 8,7  |      |
|   | Emilia-Romagna | 5,7  | 4,7  | 4,3  |      |
|   | Liguria        | 5,7  | 4,8  | 5,1  |      |
|   | Lombardia      | 3,7  | 3,6  | 3,3  |      |
| Emigrazione ospedaliera in altra regione (valori %)             | Calabria       | 20,4 | 19,8 | 18,7 |      |
|   | Emilia-Romagna | 5,9  | 5,7  | 4,8  |      |
|   | Liguria        | 14,0 | 13,5 | 11,9 |      |
|   | Lombardia      | 4,2  | 4,5  | 4,5  |      |
| Infermieri e ostetriche per 1.000 ab.                           | Calabria       | 5,0  | 5,7  | 5,7  |      |
|   | Emilia-Romagna | 6,7  | 6,6  | 6,8  |      |
|   | Liguria        | 7,2  | 8,3  | 8,2  |      |
|   | Lombardia      | 5,6  | 5,7  | 5,8  |      |
| Posti letto per specialità ad elevata assistenza per 10.000 ab. | Calabria       | 2,4  | 2,4  |      |      |
|   | Emilia-Romagna | 3,2  | 3,2  |      |      |
|   | Liguria        | 3,5  | 3,5  |      |      |
|   | Lombardia      | 3,1  | 3,1  |      |      |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie (valori %)                     | Calabria       | 9,3  | 10,3 | 7,4  | 11,2 |
|   | Emilia-Romagna | 4,2  | 4,2  | 10,2 | 11,2 |
|   | Liguria        | 6,9  | 4,7  | 11,1 | 11,0 |
|   | Lombardia      | 5,4  | 5,4  | 10,0 | 12,2 |
| Soddisfazione per i servizi di mobilità (valori %)              | Calabria       | 13,3 | 22,6 | 14,6 | 30,0 |
|   | Emilia-Romagna | 21,4 | 25,0 | 27,4 | 27,9 |
|   | Liguria        | 12,1 | 14,9 | 19,1 | 18,1 |
|   | Lombardia      | 23,5 | 24,4 | 22,4 | 22,9 |

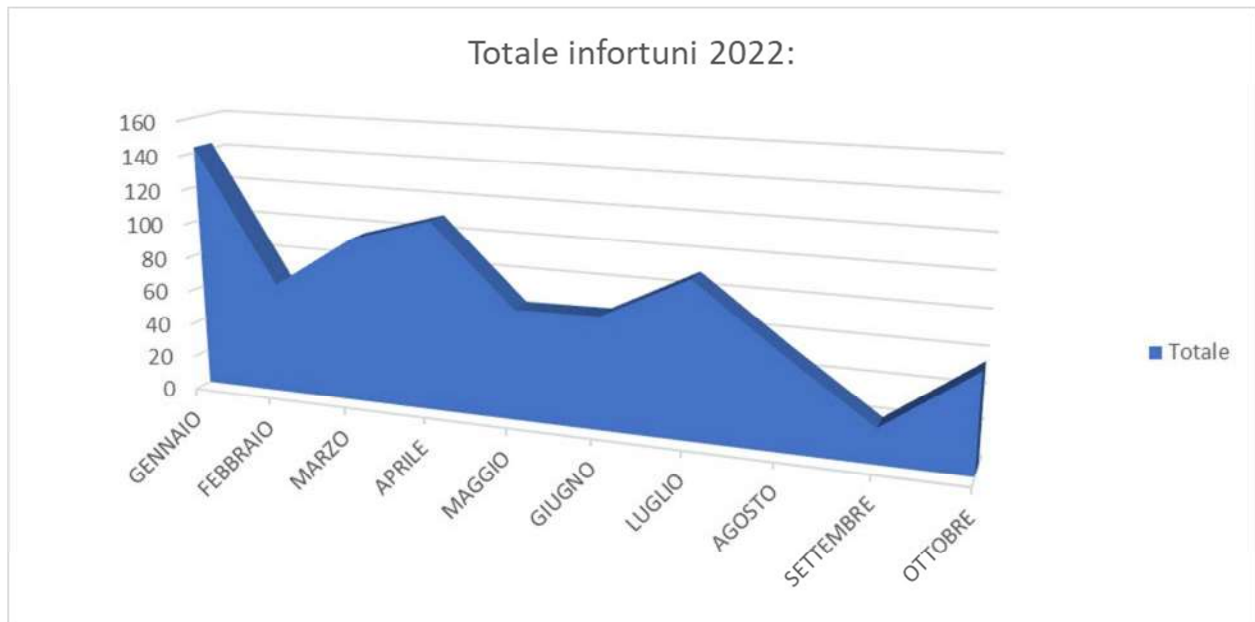
Dai dati degli indicatori considerati emerge che la Liguria sia in linea con la media nazionale ad eccezione dei servizi per la mobilità (anche gli indicatori che si riferiscono alla popolazione anziana rispecchiano la situazione del paese).

Tra gli altri indicatori considerati dal BES, all'interno della dimensione del "lavoro", significativa risulta tasso di infortuni mortali (o inabilità permanente) sul luogo di lavoro. La Liguria nel 2018 aveva un tasso del 15 (per ogni 10.000 abitanti occupati) e si colloca nella parte alta di questa classifica (dati del 2018, nel 2019 il risultato è solo leggermente migliorato). E' comunque un problema generale che coinvolge tutte le regioni senza distinzioni.

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

### **Infortuni ASL 3**

Il tasso infortuni dei dipendenti Asl3 (collaboratori cococo, colipro) ha registrato una progressiva diminuzione nel corso dell'anno.



L'Azienda ha riorganizzato l'iter di gestione degli infortuni Covid che, a partire da novembre 2022, viene gestita seguendo l'iter ordinario. Pertanto il processo relativo alla gestione infortuni Covid è stato espunto dal registro dei rischi ai fini della prevenzione della Corruzione.

### ***Determinanti della salute (attività fisica come prevenzione sanitaria)***

Le cause che possono determinare il maggiore rischio di salute se non adeguatamente presidiate, ci conferma che l'accessibilità ai servizi e alle strutture sanitarie esprime solo per il 10-15% l'efficacia media sul recupero o sul mantenimento del livello di salute. Incidono, invece, per oltre il 40-50% gli stili di vita adottati, che dipendono dalla posizione socio-economica, dal livello di scolarità, dallo stress a cui si è esposti in modo prolungato, dall'alimentazione e dall'esercizio fisico, e per oltre il 20-25% dalle condizioni dell'ambiente, inquinamento, ecc.

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO



<sup>3</sup> Da intervento durante la giornata Anmil sui morti del lavoro del 09/10/2022

<sup>4</sup> Da Rapporto Inail 2022 sugli infortuni sul lavoro

L'analisi degli altri determinanti sulla salute, che come abbiamo visto influenzano in modo assai più importante il rischio di salute della popolazione, come l'ambiente e gli stili di vita, ci indirizzano e ci invitano ad approfondire il tema della "Community Building", ossia rivalutare la progettazione dei servizi a partire dal coinvolgimento diretto della stessa Comunità di riferimento, assicurando spazi di partecipazione e coprogettazione a partire dai bisogni esplicitati e condivisi, e, quindi, dall'esperienza. Tutti gli studi analizzati confermano che le politiche per la salute, sia quelle basate sul bisogno della popolazione, sia, e soprattutto, quelle costruite con la comunità di riferimento, portano assoluti vantaggi in termini di maggiore aderenza ai bisogni e migliore capacità di intercettare con anticipo la domanda di assistenza. Insomma, rappresentano i contesti ideali per lo sviluppo della medicina di iniziativa attraverso anche la condivisione delle risorse strumentali (share economy) finalizzate alla massimizzazione delle sinergie. In questo contesto si inquadrano i finanziamenti del PNRR di cui si è fatto cenno in precedenza.

Anche i dati dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) evidenziano come le patologie legate allo stile di vita rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità, soprattutto una vita sedentaria associata a una dieta squilibrata. Sono molteplici gli studi epidemiologici che sostengono il ruolo fondamentale dell'esercizio fisico nella prevenzione e nel trattamento di molte patologie cronico-degenerative. I dati dei Sistemi di Sorveglianza 2016-19 Passi<sup>5</sup> e Passi



## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

d'Argento (PDA) evidenziano la necessità di aumentare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, come testimonia l'indicatore "consiglio di fare attività fisica" che presenta un valore inferiore (24,1%) rispetto a quello nazionale (29,9%).

|         | Attivo | Parzialmente | Sedentario | Consigli fare attività fisica |
|---------|--------|--------------|------------|-------------------------------|
| Liguria | 38.0   | 36.2         | 25.9       | 24.1                          |
| Italia  | 31.1   | 33.8         | 35.0       | 29.9                          |

<sup>5</sup> Il PASSI è un sistema di sorveglianza che indaga in modo continuato aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di sintomi di depressione), alle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol). Come il sistema di sorveglianza PASSI, anche PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie informazioni, dalla popolazione generale residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) e alla sicurezza stradale e domestica. (ISS)

Anche per la fascia di popolazione fragile indagata in Pasi d'argento per soggetti anziani a partire da >65 anni l'indicatore "consiglio di fare attività fisica" risulta un valore regionale inferiore (23,9%) rispetto a quello nazionale (27,7%).

|         |      | Parzialmente | Sedentario | Consigli fare attività fisica |
|---------|------|--------------|------------|-------------------------------|
| Liguria | 32.3 | 67.7         | 102.6      | 23.9                          |
| Italia  | 39.4 | 60.6         | 94.2       | 27.7                          |

Per quanto riguarda il quadro epidemiologico nella fascia giovanile, dagli ultimi dati raccolti dalle Sorveglianze Okkio alla salute<sup>6</sup> (6-10 anni) e HBSC<sup>7</sup> (11-15-17 anni) emergono dati migliori.

Infatti i dati, riferiti ai ragazzi, mostrano che la maggior parte di loro pratica almeno 60 minuti di attività fisica dai 2 ai 4 giorni la settimana.

Rispetto alle precedenti rilevazioni gli indicatori riferiti all'attività fisica e al movimento sono in questa fascia pressoché stabili, questo ci testimonia quanta importanza abbia e quanto ci sia ancora da fare nelle attività di promozione di

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

sani stili di vita. Rispetto alle precedenti rilevazioni gli indicatori riferiti all'attività fisica e al movimento sono in questa fascia pressoché stabili, questo ci testimonia quanta importanza abbia e quanto ci sia ancora da fare nelle attività di promozione di sani stili di vita.

Nell'anno 2022 ASL3 ha messo in atto continue azioni di prevenzione con il progetto PEDIBUS rivolto sia agli alunni della scuola primaria e dell'infanzia a testimonianza che il movimento è fondamentale per favorire nei bambini l'apprendimento di comportamenti che si stabilizzino nel tempo e possano positivamente influenzare la salute in epoche successive.

La scuola quindi risulta essere, per il ruolo educativo che possiede, il luogo più idoneo per avviare la riflessione e la sperimentazione di buone pratiche per la mobilità sostenibile e per un incremento dell'attività fisica.

<sup>6</sup> Sistema di sorveglianza promosso dai Ministeri della Salute

<sup>7</sup> Lo studio multicentrico Hbsc (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), a cui partecipa anche l'Italia, prevede una raccolta dati ogni quattro anni, a partire dal 2002 collezionando ad oggi 5 rilevazioni e favorendo quindi una continuità nel monitoraggio dei fenomeni investigati nel tempo (indagine 2002, indagine 2006, indagine 2010, indagine 2014, indagine 2018).

## Contesto interno -impatti

Benessere dei dipendenti: si rinvia alla sezione del PIAO relativa al Piano Triennale delle Azioni positive.

### VALORE PUBBLICO – descrizione indicatori

Attraverso l'Ufficio Comunicazione, ASL 3 realizza l'attività di Informazione attraverso un piano programmato, a valenza triennale, che prevede una pianificazione specifica delle iniziative declinate e declinabili su due principali filoni: la Comunicazione per la Salute (es. prevenzione e benessere) e la Comunicazione sanitaria (es. illustrazione dei servizi e fruizione degli stessi). Le diverse attività vengono gestite attraverso un sistema centralizzato, multimediale e multicanale (vedi di seguito) caratterizzato da elementi quali la flessibilità e tempestività che consentono, se necessario, anche il governo di eventi estemporanei (es. comunicazione in emergenza o di crisi). Il sistema è dotato di specifici snodi la cui operatività è finalizzata a intercettare efficacemente i diversi target di riferimento. Di seguito la sintesi del Sistema di Comunicazione di ASL 3:



Sulla base delle analisi effettuate, sono state individuate alcune azioni in grado di determinare valore pubblico per l'Azienda, alcune già iniziate nel 2022, che si ritiene di proseguire e migliorare nel 2023-2025, altre che, non presenti negli anni passati, si ritiene di implementare. In particolare:

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

Nel corso dell'anno 2022 sono stati organizzati circa 130 tra eventi di prevenzione, attivazione nuovi servizi, campagne di comunicazione, ecc... supportati da oltre 140 elaborazioni grafiche e multimediali. Tali elaborazioni hanno consentito la personalizzazione dei messaggi e la relativa efficacia. Nel 2022, oltre a iniziative di tipo trasversale (multi target), sono state realizzate, a titolo di esempio, progettualità su:

### 1) MEDICINA DI GENERE

**Iniziativa Salute Donna** attraverso un filo diretto telefonico con gli specialisti su endometriosi, patologie ginecologiche, ostetricia, allattamento, ansia e depressione, Breast Unit; attivazione per l'Ottobre Rosa nuovo ambulatorio di senologia presso l'Ospedale Gallino di Pontedecimo da dove è partito il Tour nelle Valli dedicato alla prevenzione con visite gratuite e incontri informativi con gli esperti della Breast Unit Asl3. Nota: il Tour prosegue nel 2023 con una serie di date (prima 23 gennaio a Ronco Scrivia)

Alcune iniziative hanno riguardato anche patologie maschili

The image displays six promotional posters for various women's health initiatives by Asl3. The posters include:

- Open week:** SALUTE DONNA. FILO DIRETTO TELEFONICO CON GLI SPECIALISTI ASL3 DAL 20 AL 22 APRILE 2022. Mercoledì 20 aprile 2022 (11-13), Giovedì 21 aprile 2022 (10-12), Venerdì 22 aprile 2022 (10-12).
- Diretta Facebook:** Con la Dott.ssa Bruna Pistelli, Ostetrica del Dipartimento Materno infantile Asl3. per parlare di Sostegno all'allattamento e servizi Asl3 per le neomamme. Giovedì 6 Ottobre Ore 16:00.
- GIORNATA MONDIALE DELL'ENDOMETRIOSI:** FILO DIRETTO CON LO SPECIALISTA GINECOLOGO. Lunedì 28 marzo 2022, dalle 10 alle 12. 010 849 2241, insalute@asl3.liguria.it.
- IN OCCASIONE GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'OSTETRICA:** FILO DIRETTO CON LO SPECIALISTA. giovedì 5 maggio 2022, dalle 8 alle 20. 010 8492521, insalute@asl3.liguria.it.
- OTTOBRE ROSA IN ASL3:** Le iniziative dedicate alle donne. Su [www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it).
- CONSULENZE SENOLOGICHE GRATUITE SU PRENOTAZIONE:** BRA DAY 2022. Mercoledì 19 ottobre 2022, dalle 14.30 alle 19.

*Esempi di iniziative per le donne (fili diretti telefonici e dirette Facebook)*

*Attivazione nuovo ambulatorio di senologia Ospedale Gallino e avvio tour dedicato alla prevenzione*

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

### 2) GIOVANI

**Iniziative Young** con la realizzazione per Festival della Scienza di una mostra che ha visto la collaborazione della Salute Mentale Asl3 e la facoltà di Architettura “Not alone - Raccontare le emozioni; partecipazione a Orientamenti con stand e incontri con i ragazzi; organizzazione di Open day vaccinali anti - HPV; vaccinazioni pediatriche Covid; iniziative su Disturbi alimentari; incontri con le scuole (tutte le età) su educazioni a corretti stili di vita, professioni sanitarie (progetto Progettiamoci il futuro), dipendenze (Progetto GAP Scuola viva e attiva), Pedibus



*incontri con le scuole (tutte le età) su educazioni a corretti stili di vita*



*Vaccinazioni*

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO



*Salone Orientamenti*



*Professioniste Asl3 per il Progetto Pedibus Salone*

### 3) MEDICINA DI CONDIVISIONE

**Iniziativa Senior** attraverso la realizzazione di 17 Sportelli Socio Sanitari in collaborazione con Sindacati Pensionati SPI CGIL, FNP Cisl e UILP. Presso il nuovo servizio, primo in Italia, il cittadino può ottenere un supporto informativo su tematiche sanitarie di tipo amministrativo. Obiettivo della collaborazione è occuparsi di tutti quei bisogni - non strettamente legati alla previdenza e alle materie trattate abitualmente dai patronati - ma che possono nascere da particolari condizioni di fragilità e che, una volta intercettati, trovano un primo riscontro in un contesto di assistenza e tutela.



## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

Presentazione attivazione sportelli sociosanitari nelle sedi SPI CGIL, FNP CISL e UILP

### 4) MULTILINGUE

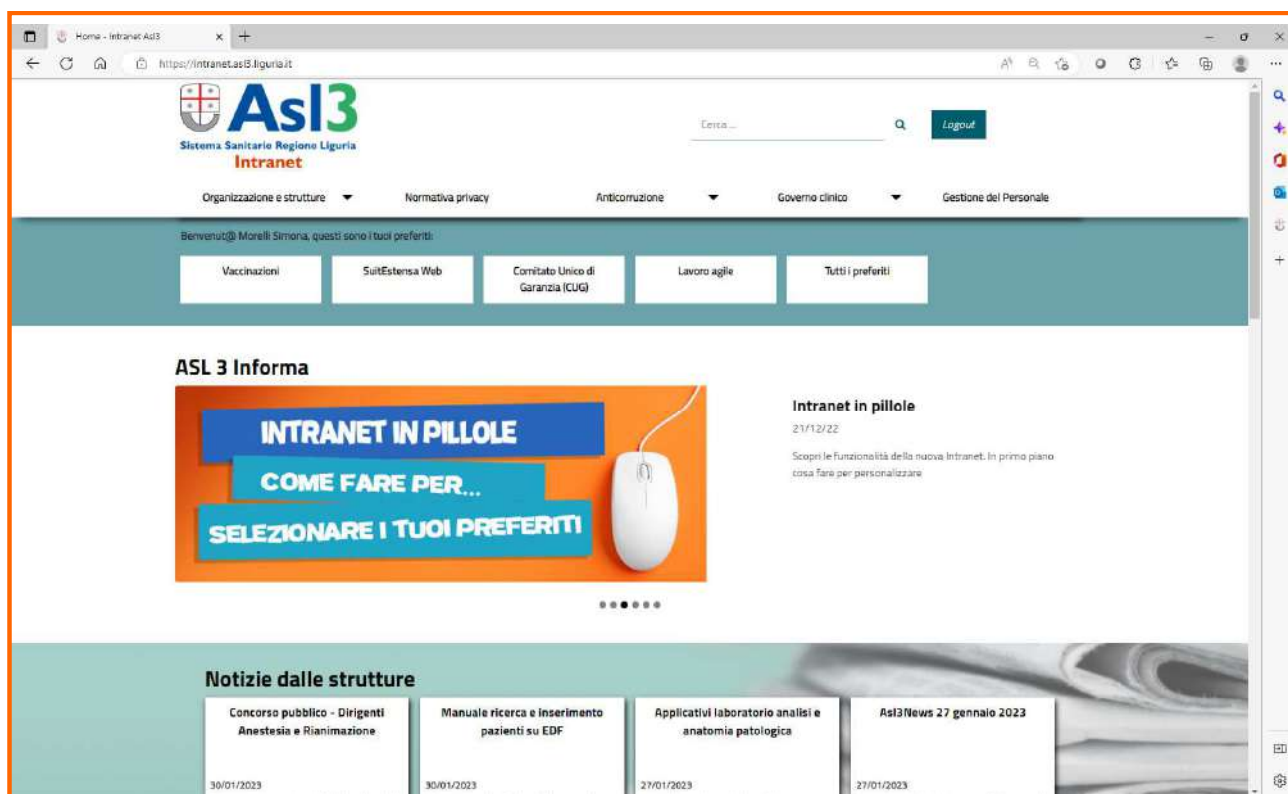
Il **Servizio Sportello Multilingue** è presente presso l'Ambulatorio di Vico Croce Bianca in collaborazione con l'Associazione AFet. Inoltre le strutture Asl3 (sia ospedaliere che territoriali) hanno la possibilità di contattare il servizio "on demand" per l'intervento in situ di un mediatore culturale. Attraverso lo sportello, gestito dall'Ufficio Comunicazione, è possibile anche richiedere traduzioni di informative destinate all'Utenza.

### 5) COMUNICAZIONE INTERNA

**Nuova Intranet aziendale.** Nel corso del 2022 è stata anche rilasciata una nuova intranet, che ha visto oltre alla completa riprogettazione dello strumento anche un restyling grafico e una riorganizzazione/implementazione dei contenuti ai fini di una ottimizzazione e miglior fruibilità da parte dei dipendenti sia ospedalieri sia territoriali. Le principali caratteristiche del nuovo strumento sono userfriendly, intuitiva, personalizzabile.

Nell'ambito delle iniziative in programma per il 2023, è prevista la prosecuzione di attività di comunicazione su temi già avviati nel 2022 sopra descritti, sia per quanto concerne la comunicazione interna sia per la comunicazione verso l'esterno.

Di seguito un estratto delle attività di comunicazione



Home page nuova Intranet



## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

### 6) ABBATTIMENTO BARRIERE DISABILITA'

Attraverso uno sportello dedicato, in sinergia con Regione Liguria, ASL 3 ha offerto una risposta strutturata alle persone con disabilità. Anche per il 2023 si intende proseguire con le attività.

### 7) AMBULATORI TERRITORIALI

Il valore pubblico rappresentato dall'ambulatorio delle urgenze odontoiatriche è costituito dall'apertura del servizio anche nelle giornate di sabato e domenica e giorni festivi al mattino. Questo ambulatorio risolve il problema delle urgenze odontoiatriche (sintomatologie dolorose acute) e non necessita di prenotazione.

### 8) ATTIVAZIONE CORSI AFA (ATTIVITÀ FISICA ADATTATA) E NORTH WALKING

8.1 L'attivazione dei corsi AFA rientra nell'ambito delle iniziative tese a prevenire i danni causati dalla scarsa attività motoria. L'attività viene svolta in sinergia con il Medico di Medicina Generale, il fisioterapista del Distretto di afferenza del paziente e le palestre convenzionate che mettono a disposizione gli spazi e gli istruttori. Questo tipo di attività si adatta anche a pazienti anziani.

8.2 L'attività di North Walking viene preceduta da un percorso riabilitativo riservato ai pazienti con patologie cardiache. Dopo un periodo di riabilitazione in palestra, il paziente viene avviato ad un programma di North Walking che prevede tre accessi settimanali con una graduale transizione da attività riabilitative supervisionate dal personale sanitario dell'equipe riabilitativa a programmi autogestiti con accessi mensili di rivalutazione e controllo

### 9) ACCESSIBILITA' DIGITALE

In questa sessione si descrivono gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale realizzati e programmati attraverso implementazioni sui sistemi informatici per l'erogazione dei servizi anche tramite strumenti digitali atti a fornire informazioni fruibili a tutti gli utenti, in modo inclusivo, anche per coloro che necessitano di configurazioni particolari.

Per quanto attiene il tema dell'accessibilità digitale L'Azienda ha effettuato e ha programmato numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità delle informazioni e dei servizi erogato anche attraverso strumenti digitali.

Per quel che riguarda l'accesso alle informazioni verso gli utenti interni, è stato rilasciato nel 2022 il nuovo sito intranet Aziendale, realizzato in ottemperanza alle linee guida Agid sull'accessibilità dei siti, che consente una più facile fruibilità delle informazioni disponibili e l'effettuazione di procedure istituzionali on line, direttamente dal sito tramite autenticazione del dipendente/responsabile. A questo riguardo citiamo il processo di valutazione del personale dirigente e comparto direttamente accedendo all'apposita sezione del sito.

Per quel che riguarda invece l'accesso alle informazioni per il cittadino (sito Internet), è stato programmato il rifacimento del sito internet con particolare attenzione

## ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

all'accessibilità per tutti i cittadini. E' inoltre stato informatizzato, il registro degli accessi civici generalizzati e in pubblicazione sul sito internet, secondo quanto previsto dalla normativa in materia di trasparenza ed anticorruzione.

Relativamente all'accesso digitale ai servizi resi da ASL 3, sono sempre in incremento le modalità di consegna referto on line per i referti di Laboratorio e di diagnostica per immagini attraverso portali Regionali.

L'aumento dei referti pubblicati sul FSE, nonché la crescita dei consensi sull'utilizzo del Fascicolo, incentivati dalle aperture massive, fanno del fascicolo uno strumento essenziale per l'acquisizione delle informazioni sanitarie nei percorsi di cura del paziente. Questo strumento è in continua evoluzione e normalizzazione a seguito dei nuovi standard tecnologici e degli obblighi implementativi a livello Nazionale previsti per il 2023 e 2024 sul conferimento della documentazione clinica digitale del cittadino.

### 10) MIGLIORAMENTO/IMPLEMENTAZIONE GESTIONALI AZIENDALI

Nel corso del 2022 è stata effettuata un'attività finalizzata al passaggio dal programma OLIAMM ad AREAS, più moderno e performante. Sono stati predisposti e organizzati i corsi di formazione e tutto quanto necessario per il passaggio alla nuova procedura. Nelle prime settimane del 2023 è avvenuta la migrazione dei dati sulla nuova piattaforma.

Nel corso del 2023 si andrà completamente a regime.

### 11) PRESA IN CARICO PAZIENTI OVER 65

Questo obiettivo, che consiste nel raggiungere il traguardo della presa in carico nel 2026 del 10% degli over 65, è stato assegnato dal PNRR – Missione 6 ed è strettamente legato al nuovo ruolo dei distretti che saranno implementati con le Centrali Operative Territoriali (COT), con le Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

### 12) ATTUAZIONE PNRR - STRUTTURA

L'attività si strinse nella progettazione e realizzazione del nuovo assetto dell'assistenza territoriale, costituito dalla creazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità vedi pag 33 e seguenti

### 13) ATTUAZIONE PNRR - ACQUISTO ATTREZZATURE SANITARIE

E' stato predisposto, sulla base di un piano indicato dal Ministero e Regione un piano di acquisto delle attrezzature finanziate dal PNRR.

Il piano 2023 prevede l'acquisto di 8 apparecchiature (una già acquistata<sup>9</sup>. Nel 2024 è previsto l'acquisto di ulteriori 3 apparecchiature e i devices per le Centrali Operative Territoriali (COT)

### 14) EFFICIENTAMENTO ENERGETICO – OSPEDALE LA COLLETTA

L'intervento di efficientamento energetico dell'Ospedale La Colletta di Arenzano riguarda l'intero complesso.


## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

Vengono individuati due interventi principali:


1. Riqualificazione involucro edilizio attraverso la sostituzione degli infissi e delle sottostanti tamponature in laminato plastico
2. Efficientamento impianti attraverso la realizzazione di nuovo impianto fotovoltaico

Di seguito le schede relative agli indicatori di valore pubblico

Sottosezione valore pubblico  
VALORE PUBBLICO ATTESO

| ATTIVITA' RIVOLTE AL BENESSERE DELLA POPOLAZIONE           |   |   |   |  |  |   |
|--|---|---|---|--|--|---|
| OBIETTIVO  | descrizione   | indicatore di risultato   | Unità di Misura   | Fonte                                      | Baseline ASL 3 anno 2022                   | Target 2023/2025  |
| 1) ATTIVITA' RIVOLTE ALLA POPOLAZIONE FEMMINILE E MASCHILE | 1) FILO DIRETTO CON MEDICO SPECIALISTA SU PATOLOGIE FEMMINILI<br>2) PREVENZIONE TUMORE AL SENO<br>3) PREVENZIONE PATOLOGIE PROSTATA                 | 1) INCREMENTO DELLE INFORMAZIONI FORNITE Ai PAZIENTI<br>2) AUMENTO DELLO SCREENING  | N. EVENTI   | Ufficio stampa comunicazione URP           | 15 eventi per le donne<br>3 per gli uomini | =   |
|  |   |   | N. SCREENING EFFETTUATI<br>N: VISITE EFFETTUATE   | SSD Valutazione e organizzazione Screening | 24.000 mammografie<br>18.000 pap test      | =  |
| 2) ATTIVITA' RIVOLTE AI GIOVANI                            | 1) ATTIVITA' SALUTE MENTALE<br>2) ATTIVITA' ORIENTAMENTO<br>3) SENSIBILIZZAZIONE ALLA VACCINAZIONE<br>4) SENSIBILIZZAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA | 1) INFORMAZIONE NELLE SCUOLE SU CORRETTI STILI DI VITA E DIPENDENZE DA SOSTANZE E ALCOL GIOCO ECC<br>2) PARTECIPAZIONE AGLI EVENTI RIVOLTI AI GIOVANI | N EVENTI (gli eventi possono essere singoli o comportare un elevato numero di incontri all'interno dello stesso evento – festival della Scienza e Orientamenti -) | Ufficio stampa comunicazione URP           | 31   | =   |

**ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

|   |   |                          |  |  |  |  |
|---|---|--------------------------|--|--|--|--|
| 3) MEDICINA DI CONDIVISIONE                   | ATTIVAZIONE IN SINERGIA CON SINDACATI<br>PENSIONATI DI SPORTELLI DI SUPPORTO AL DISBRIGO DI PRATICHE DI TIPO SANITARIO LEGATE ALLA NON AUTOSUFFICIENZA E/O ALLA DISABILITA' | MANTENIMENTO O ATTIVITA' | n. sportelli attivi                              | Ufficio Stampa<br>Comunicazione e URP  | 17 SPORTELLI ATTIVI  | =  |
| 4) ABBATTIMENTO BARRIERE LINGUISTICHE IN ASL3 | ATTIVITA' DI MEDIAZIONE CULTURALE E INTERPRETARIATO PRESSO OSPEDALE E TERRITORIO ASL 3  | MANTENIMENTO O ATTIVITA' | n. sedi in cui è presente il mediatore culturale | Ufficio Stampa<br>Comunicazione e URP  | 1  | MANTENIMENTO ATTIVITA' il servizio ha una sede territoriale ed è diffuso su tutto il territorio in quanto i servizi aziendali possono attivarlo on demand ed usufruirne presso la propria sede |
| 5) MIGLIORAMENTO O COMUNICAZIONE INTERNA      | REALIZZAZIONE NUOVA INTRANET AZIENDALE (OUTPUT HOMEPAGE DICEMBRE 2022) FINALIZZATA ALL'OTTIMIZZAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICATIVI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA        | NUOVA ATTIVITA'          | n. visualizzazioni pagine                        | Ufficio Stampa,<br>Comunicazione e URP | Trattandosi di nuovo item non sono presenti dati. Nel 2023 sarà possibile definire la base line. |   |
| 6) ABBATTIMENTO BARRIERE DISABILITA'          | ATTIVAZIONE SPORTELLO CLIBAS DSS 13 IN COLLABORAZIONE CON REGIONE   | MANTENIMENTO O ATTIVITA' | n. accessi/n. contatti/n.schede pz complessi     | Regione Liguria                        | n. accessi 182<br>n. contatti telefonici/mail 2314<br>n. schede pz complessi 211                 | =  |

**ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**



|  |   |                                  |                  |                                |                             |   |
|--|---|----------------------------------|------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|
| 7.1)IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIO URGENZE ODONTOIATRICHE | IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIO URGENZE ODONTOIATRICHE                    | AUMENTO SEDI EROGAZIONE          | n sedi           | DSS                            | 1                           | =   |
|  |   | AUMENTO PRESTAZIONI              | n. prestazioni   | Cup Liguria                    | 646                         |  |
| 7.2)ATTIVAZIONE CORSI AFA  | EFFETTUAZIONE CORSI DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA PER LA POPOLAZIONE             | IMPLEMENTAZIONE N. CORSI         | n corsi attivati | DSS                            | 44 in presenza<br>4 on line | =   |
| 8)ATTIVITA' DI NORTH WALKING                                     | FORMAZIONE GRUPPI CAMMINO PER NORTH WALKING PER RIABILITAZIONE CARDIO VASCOLARE | MANTENIMENTO N. PAZIENTI SEGUITI | n. pazienti      | SC Riabilitazione Cardiologica | 30                          | =   |

Sottosezione valore pubblico  
VALORE PUBBLICO ATTESO

**ACCESSIBILITA' DIGITALE/Implementazione programmi**

| OBIETTIVO   | descrizione                        | indicatore di risultato                 | Unità di Misura                      | Fonte       | Baseline ASL 3 anno 2022   | Target 2023/2025  |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------|--|---|
| 9)Miglioramento dell'accessibilità digitale               | Analisi del sito intranet          | Implementazioni e dei contenuti         | n. contenuti inseriti                | SIA         | Rifacimento Intranet Aziendale tenuto conto degli standard tecnologici allo stato dell'arte e delle linee guide sull'accessibilità dei siti pubblici : miglioramento dell'accesso ai percorsi/informazioni interne digitalizzati; consegna referti laboratorio e radiologia on line; | messa in produzione accesso civico generalizzato Accesso civico ; Pubblicazione dichiarazione accessibilità; analisi dei percorsi e introduzione di tools per il miglioramento dell'accessibilità anche nei casi di disabilità specifica; Pubblicazione e conseguente accessibilità di tutti i referti di specialistica ambulatoriale secondo gli standard previsti a livello nazionale in modo da predisporre l'interoperabilità interregionale; |
| 10)miglioramento/implementazione dei gestionali aziendali | Introduzione sistema AREAS di COGE | Attivazione delle funzionalità di AREAS | Correttezza e attendibilità dei dati | SC Bilancio | Presisposizione dati per migrazione  | Completa migrazione dei dati<br>Messa a regime del programma<br>Risoluzione dei problemi di funzionamento del sistema   |

**ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

| Sottosezione valore pubblico<br>VALORE PUBBLICO ATTESO                                 |  |   |   |                          |                          |   |
|--|--|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <b>Presa in carico &gt; 65 anni mediante l'implementazione dei servizi domiciliari</b> |  |   |   |                          |                          |   |
| OBIETTIVO  | descrizione                                      | indicatore di risultato                     | Unità di Misura                         | Fonte                    | Baseline ASL 3 anno 2022 | Target 2023/2025  |
| 11)POTENZIAMENTO DELLE PRESA IN CARICO >65 ANCHE ATTRAVERSO LE CASE DI COMUNITA'       | Implementazione del numero delle prese in carico | aumento prese in carico                     | tasso di Presa in carico (6,7% over 65) | Direzione Sociosanitaria | 6,20%                    |  |
|  |  | ricorso a cure ospedaliere >65 in riduzione | numero ricoveri >65                     | Ufficio Flussi           | 21.535                   |  |



**ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

| Sottosezione valore pubblico<br>VALORE PUBBLICO ATTESO  |  |   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|--|---|---|--|--|
| Interventi PNNR /Attività di efficientamento energetico |  |   |  |   |   |  |  |
| OBIETTIVO   | descrizione  | indicatore di risultato   | Unità di Misura  | Fonte                                       | Baseline ASL 3 anno 2022                  | Target 2023/2025   |  |
| 12)ATTUAZIONE PNNR - STRUTTURE                          | PROGETTAZIONE COT CASEE DI COMUNITA' OSPEDALI DI COMUNITA' | Realizzazione delle strutture secondo le tempistiche dettate da Ministero e Regione | n. progetti attivati<br>n. gare attivate<br>n. strutture realizzate                              | Direzione Area Tecnica                      | Fase progettazione COT e Case di Comunità | Fase esecutiva attività progettate (bandi di gara. Aggiudicazione e avvio lavori a partire dalle COT e Case di Comunità) |  |
| 13)ATTUAZIONE PNNR – ACQUISTO ATTREZZATURE SANITARIE    | ACQUISTO ATTREZZATURE SANITARIE FINANZIATE DAL PNNN        | Effettuazione degli acquisti secondo le tempistiche dettate da Ministero e Regione  | n. gare attivate<br>n. acquisti di attrezzature realizzati<br>Sostituzione infissi e sottostanti | S.C. Elettromedicali Impianti e Automazioni | 4   | 2023 8 apparecchiature di cui un 1 già acquistata<br>2024 2 + i devices per le Centrali Operative                        |  |
| 14)EFFICIENTAMENTO ENERGETICO                           | EFFICIENTAMENTO ENERGETICO OSPEDALE LA COLLETTA            | Realizzazione lavori di efficientamento energetico                                  | tamponature in laminato plastico<br>Installazione impianto fotovoltaico                          | Direzione Area Tecnica                      |   | Progettazione lavori   |  |

## **ALLEGATO A Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO**

Indicatori di valore pubblico:

- 1) **Cruscotto indicatori di rischio per la salute**  
(Dalla verifica dei fattori di rischio alla sintesi degli indicatori di rischio per ambito territoriale)
- 2) **Osservatorio socio-sanitario integrato per l'avvio di campagne educazionali mirate**  
(Costruzione di cruscotti utili alla programmazione socio-sanitaria e alla promozione dell'utilizzo appropriato del SSR)
- 3) **Piano di monitoraggio delle cronicità e ridefinizione della presa in carico**  
Verifica delle cronicità prevalenti e valutazione dei percorsi di cura: dalla struttura di eccellenza al percorso di eccellenza)

Dislocamento Case della Comunità in territorio Asl 3



| Tag Intervento | Struttura Individuale  | Area di Competenze                                 |
|----------------|--|--|
| 1              | Casa della Salute di viale D. Testa-Capone                                 | Distretto 8 - GENOVA PONENTE                       |
| 2              | Palazzo della Salute Marconi - via Margutta 3                              |  |
| 3              | Residenza Centro Campoligorio - via Restivo 21                             |  |
| 4              | Palazzo della Salute Poma - via Fregoso 41                                 | Distretto 9 - GENOVA MEDIO PONENTE                 |
| 5              | Palazzo della Salute ex Università Libera - via Vianello 7                 |  |
| 6              | Casa di Salute della Valpolcevera - F.lli Emilio - Turco - via Restivo 132 | Distretto 10 - GENOVA VALPOLCEVERA e VALLE SCRIVIA |
| 7              | EX Caserma Bardi Poma - Corso Teio Tivoli II - 130 - Bagn. Fornari (SE)    |  |
| 8              | P.O. Cerna - Pal. Vate e Cerna - P.T. - Via P.L. Carboni 42                | Distretto 11 - GENOVA CENTRO                       |
| 9              | Casa di Salute - Via Assoluto 15   |  |
| 10             | Palazzo della Salute Centrale - via Brusaporto 159                         | Distretto 12 - VALBISAGNO e VALTEBERRA             |
| 11             | Palazzo Labini - Via Arnesene 36   |  |
| 12             | Casa della Salute P.O. S. Giacomo - via G. Saffiotti 6                     | Distretto 13 - GENOVA LEVANTE                      |
| 13             | Casa della Salute di Pieve - via R. Banchi n. 1, Pieve                     |  |

| Tag intervento | Area di Competenza            | Struttura individuata                           | Descrizione intervento   |
|----------------|-------------------------------|---|--|
| 1              | Distretto 08 – GENOVA PONENTE | Casa della Salute di Voltri Ex Tecsaldo-Coproma | Il Progetto prevede al piano Terra la riconversione degli attuali ambulatori in Sportello unico distrettuale ed URP; Punto unico di Accesso (PUA); Ambulatori per medici di Medicina Generale (MMG); Ambulatorio cronicità; Ambulatori di Salute Mentale; Ambulatorio CDCD – Centro per disturbi cognitivi e demenza; Studio per Assistente Sociale; Servizio infermieristico; C.U.P.; Centro Prelievi; Studio del medico di distretto, e al primo piano di tenere invariate le funzioni attualmente ospitate di Servizio 112, Punto Donazione Sangue, Medicina Legale, nonché locali spogliatoio per il personale. Viene tuttavia prevista un'Area multidisciplinare disabilità e fragilità con annesso ambulatorio dedicato. |

Relazione Fotografica



| Tag Intervento | Area di Competenza                   | Struttura individuata                                | Descrizione intervento  |
|----------------|--------------------------------------|--|---|
| <b>2</b>       | <b>Distretto 08 - GENOVA PONENTE</b> | <b>Palazzo della Salute Martinez, via Pegli n.41</b> | Il progetto prevede al Piano terra di lasciare invariate le attuali destinazioni d'uso, ossia Centro Prelevi ;Sala infermieri; Ambulatorio infermieristico; Specialità ambulatoriali; C.U.P. accesso diretto e sala d'attesa; Studio del medico di distretto.Al primo piano si mantengono le stesse destinazioni con ampliamento delle superfici dedicate a spogliatoio femminile. al Piano secondo si prevede la riconversione di alcuni locali in spazi dedicati ai P.L.S., ambulatorio vaccinazioni e P.U.A. |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza                       | Struttura individuata  | Descrizione intervento  |
|----------------|--|--|---|
| <b>3</b>       | <b>Distretto 08 –<br/>GENOVA PONENTE</b> | <b>Poliambulatorio<br/>via Rossi n. 33<br/>Campo Ligure (Ge)</b> | Il progetto prevede la riqualificazione e la rifunzionalizzazione del Poliambulatorio con l'inserimento di ambulatori dei medici di famiglia, ambulatori specialistici e servizi di diagnostica strumentale; ambulatori di servizi infermieristici con le attività di assistenza domiciliare; di uffici per i servizi sociali; di spazi per attività di promozione e prevenzione; di appositi luoghi di accoglienza e relazione, di partecipazione sociale, ambiti di sostegno alle fragilità, sedi del volontariato; |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza                           | Struttura individuata                                 | Descrizione intervento   |
|----------------|--|---|--|
| <b>4</b>       | <b>"Distretto 09 - GENOVA MEDIO PONENTE"</b> | <b>Palazzo della Salute Fiumara, via Operai n. 80</b> | <p>La distribuzione dei servizi al piano terra risponde già adesso in modo appropriato alle esigenze del cittadino per tutte le problematiche sociosanitarie. Al primo piano le variazioni saranno minimali e si prevedono solo interventi di riqualificazione degli ambienti già destinati all'uso sanitario e che rimarranno tali. Si prevede solo di utilizzare un locale esistente come ambulatorio di reumatologia, attualmente ubicato al piano terra. Al piano secondo si renderà necessario trasferire in altre sedi alcuni servizi: Igiene Pubblica e degli Alimenti, Screening Oncologico e SSD Popolazione a rischio; in tal modo si potranno inserire, negli spazi liberati, i servizi mancanti previsti dagli standard delle linee guida per la realizzazione delle CdC. Si tratta di Servizi che non possono prescindere all'Assistenza Sanitaria prestata, prioritariamente dai Medici Medicina Generale (medici di famiglia – MMG) e dagli Specialisti Ambulatoriali e finalmente integrata, con le attività di coordinamento dal personale infermieristico, Ambulatori MMG/PLS, Ambulatori Medici specialistici, Infermieri di famiglia e/o di Comunità, Assistenti Socio Sanitari e Assistenti Sociali e/o Sanitarie, che a fronte delle segnalazioni dei MMG (o altre esterne etc.) orientano e costruiscono il percorso socio- sanitario del cittadino e infine la Centrale Operativa Territoriale (COT) .</p> |

**Relazione Fotografica**



RECEZIONE - PIANO TERRA

AMBULATORI PIANO PRIMO



UFFICI PIANO SECONDO



RECEZIONE - PIANO TERRA

| Tag Intervento | Area di Competenza                    | Struttura individuata   | Descrizione intervento   |
|----------------|---------------------------------------|---|--|
| 5              | "Distretto 09 - GENOVA MEDIO PONENTE" | "Palazzo della Salute ex Manifattura Tabacchi, Via Soliman n.7" | L'attuale distribuzione funzionale del piano terra non subisce grosse modifiche all'interno dell'ipotesi progettuale, poiché le dotazioni previste per le Case di Comunità spoke risulta in larga parte già presente. Tuttavia viene previsto di ridestinare gli uffici e studi medici attualmente presenti a nuovi spazi ambulatoriali per medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS); integrando contemporaneamente gli impianti e le dotazioni tecnologiche per soddisfare i requisiti minimi previsti dalla norma. Si prevede inoltre di integrare locali per il Punto unico di accesso (PUA) e un ambulatorio infermieristico. |

Relazione Fotografica



Foto 1.



Foto 3.



Foto 3.



Foto 2.

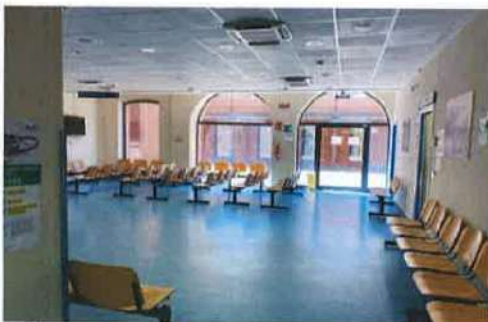


Foto 4.



Foto 6.



| Tag Intervento | Area di Competenza  | Struttura individuata  | Descrizione intervento  |
|----------------|---|--|---|
| <b>6</b>       | <b>Distretto 10<br/>GENOVA VALPOLCEVERA<br/>e VALLE SCRIVIA</b> | <b>"Casa della Salute della<br/>Valpolcevera<br/>Ex scuola L. Trucco<br/>via Pastorino n.32"</b> | Il progetto prevede il riutilizzo dell'intero edificio predisponendo al piano terra archivi, depositi, uffici e ambulatori di CURE DOMICILIARI. Al piano primo il CUP, gli uffici e gli ambulatori di Medicina Legale, le sale prelievi. Al piano Secondo troveranno spazio le specialità ambulatoriali, gli ambulatori PLS e MMG e l'ambulatorio di ODONTOIATRIA. Al terzo Piano gli AMBULATORIO DISABILI e gli Uffici ATS. Infine il Quarto Piano sarà riservato agli uffici della Dirigenza e Sala riunioni del personale. |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza                                     | Struttura individuata  | Descrizione intervento   |
|----------------|--|--|--|
| 7              | Distretto 10<br>GENOVA VALPOLCEVERA<br>e VALLE SCRIVIA | EX Ospedale Borgo Fornari<br>Corso Trento Trieste n. 130<br>- Borgo Fornari (GE) | Il progetto di riqualificazione e rifunzionalizzazione dell'Ex Ospedale di Borgo Fornari in Casa di Comunità della Valle Scrivia (Distretto 10) interessa il Piano Terra dove verranno allocati gli studi medici di MMG / MEDICO DI DISTRETTO, il CUP, il P.U.A., il PUNTO PRELIEVI e gli archivi. Al Primo piano invece verranno inseriti i SERVIZI ASSISTENTI SOCIALI, gli SPOGLIATOI PERSONALE, i DEPOSITI, gli ambulatori PLS, gli AMBULATORI SPECIALISTICI, gli ambulatori per PROGRAMMI DI SCREENING, gli uffici di DISTRIBUZIONE DISPOSITIVI, l'AMBULATORIO INFERMIERISTICO, l'UFFICIO CAPOSALA la TISANERIA e un Ufficio Amministrativo. |

Relazione Fotografica



| Tag Intervento | Area di Competenza  | Struttura individuata   | Descrizione intervento   |
|----------------|---|---|--|
| <b>8</b>       | <b>Distretto 10<br/>GENOVA VALPOLCEVERA<br/>e VALLE SCRIVIA</b> | <b>P.O. Celesia -<br/>Pad. Valle e Centrale, P.T.<br/>Via P.N. Cambiaso n. 62</b> | <p>La nuova distribuzione degli spazi al Piano terra Pad Valle prevede la riconversione degli ambulatori attualmente in Punto vaccini; Ambulatorio per Medicina dello Sport; Ambulatori per medici di Medicina Generale (MMG); Servizio infermieristico con infermiere di comunità; Sportello Sociale; Ufficio amministrativo.</p> <p>La nuova distribuzione degli spazi al Piano terra Corpo centrale prevederà una ridefinizione delle destinazioni dei locali, vede sostanzialmente invariata la funzione attuale di piastra ambulatoriale e CUP. Alla fine dell'intervento le funzioni ivi previste saranno Specialità ambulatoriali; Ambulatorio infermieristico; Sala prelievi; CUP; PUA; ufficio caposala e locale di servizio.</p> |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza              | Struttura individuata                | Descrizione intervento   |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| 9              | Distretto 11 -<br>GENOVA CENTRO | Genova Centro<br>Via Assarotti n. 35 | La nuova distribuzione degli spazi prevede la riconversione degli ambulatori attualmente in Punto vaccini; Ambulatorio per Medicina dello Sport; Ambulatori per medici di Medicina Generale (MMG); Servizio infermieristico con infermiere di comunità; Sportello Sociale; Ufficio amministrativo e la ridefinizione delle destinazioni dei locali, vede sostanzialmente invariata la funzione attuale di piastra ambulatoriale e CUP. Alla fine dell'intervento le funzioni ivi previste saranno Specialità ambulatoriali; Ambulatorio infermieristico; Sala prelievi; CUP; PUA; ufficio caposala e locale di servizio. |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza                                | Struttura individuata  | Descrizione intervento  |
|----------------|---|--|---|
| <b>10</b>      | <b>Distretto 12 -<br/>VALBISAGNO e VALTREBBIA</b> | <b>Istituto Doria Corpo<br/>Centrale,<br/>via Struppa n. 150</b> | La nuova distribuzione degli spazi al piano terra-rialzato prevede il mantenimento all'ingresso la postazione del portierato ampliando il servizio con funzioni di orientamento di base per il cittadino, l'inserimento al piano rialzato nei locali occupati attualmente da CUP e Anagrafe, della COT (non di pertinenza di questa progettazione), del Medico Funzionario, dell'Infermiere di Comunità, il trasferimento del Servizio CUP-ANAGRAFE nei locali oggi occupati dal Centro prelievi. Al Piano primo si prevede il trasferimento della piastra ambulatoriale attualmente collocata al piano rialzato, l'adeguamento i nuovi locali ad ambulatori e la divisione di una stanza ampia per ricavare due locali di cui uno riservato al Consultorio. Al piano secondo non si prevede nessun intervento, eccetto interventi di ripristino e decoro puntuali. |

Relazione Fotografica



INGRESSO POLLAMBULATORIO



PIANO PRIMO - LOCALI INGRESSO



PIANO PRIMO - INGRESSO CUP



PIANO PRIMO - SALA ATTESA PRELIEVI



PIANO PRIMO - INFERMERIA



PIANO SECONDO - CSM



PIANO TERRA - INGRESSO - ACCOGLIENZA



PIANO PRIMO - LOBBY



PIANO PRIMO - SALA ATTESA CUP



PIANO PRIMO - AMBULATORIO PRELIEVI



PIANO PRIMO - SALA CONFERENZE



PIANO PRIMO - STAGNO MEDICI



PIANO PRIMO



PIANO SECONDO - CORRIDOIO



PIANO TERRA - SCALE METALICHE



PIANO PRIMO - SCALE METALICHE



PIANO SECONDO - UFFICI

| Tag Intervento | Area di Competenza                                | Struttura individuata                          | Descrizione intervento  |
|----------------|---|--|---|
| <b>11</b>      | <b>Distretto 12 -<br/>VALBISAGNO e VALTREBBIA</b> | <b>Poliambulatorio<br/>Via Archimede n. 30</b> | Al Piano terra verranno collocati la Reception con funzione di filtro base e orientamento utenza, il Servizio CUP - Anagrafe Accesso Diretto - Centro Prelievi - Accoglienza -URP - Ufficio Protesi - Uffici Infermiera di Comunità - Assistente Sociale Rappresentante Servizi Sociali, Rappresentanza Associazioni di Volontariato, i Medici Funzionari, le Stanze Servizio di C.A. ( Guardia Medica ) e Locali tecnici —Servizi Igienici. Al Piano primo le variazioni saranno minimali, interesseranno soprattutto una rivisitazione degli spazi Consultoriali, per cui si terrà attiva l'Area Farmacia, il Consultorio, il reparto Neuropsichiatria Infantile, l'Area Igiene Vaccinazioni, i Depositi Farmaci, i locali tecnici e i Servizi Igienici. Al Piano secondo si renderà necessario trasferire in altre sede di alcuni servizi in quanto non destinati direttamente alla persona per fare posto ai servizi di base, ossia Ambulatori MMG, Ambulatori Medici specialistici, Infermieri di famiglia e/o di Comunità, Assistenti Socio Sanitari e Assistenti Sociali e/o Sanitarie. Il numero di stanze e l'estensione degli ambienti, nonché le condizioni generali degli stessi, consentono una collocazione razionale ed efficiente delle attività sopra dette. |

**Relazione Fotografica**



INGRESSO POLIAMBULATORIO



POSTEGGIO RISERVATO ASL 3



PIANO TERRA RECEPCION



PIANO TERRA AREA SEDE



PIANO SECONDO SCALI INTERNA



PIANO PRIMO SALL RETELA



ARMADIO E FARMACIA (SECONDO QUANTO)



PIANO SECONDO SCALI INTERNA



PIANO TERRA POLICLINICI LUP



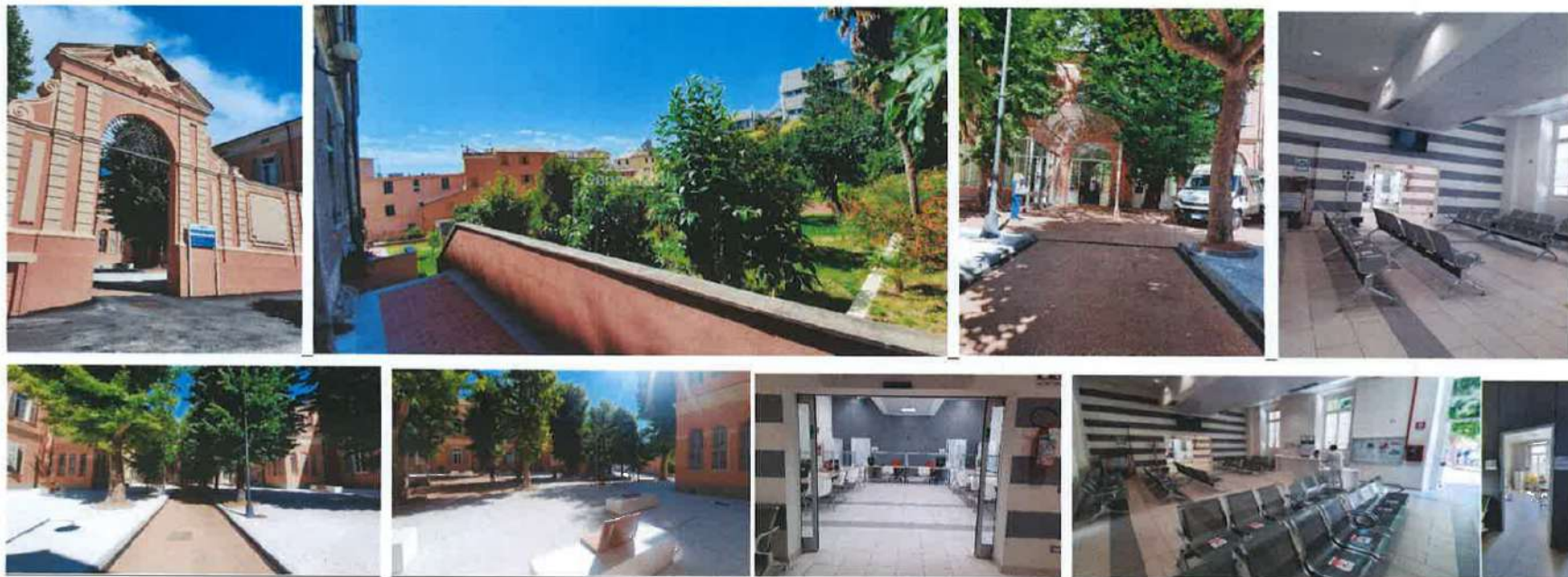
LABORIO UNIV. GABRI



PIANO SECONDO UFFICI - SALLA RABBIONI

| Tag Intervento | Area di Competenza                       | Struttura individuata  | Descrizione intervento   |
|----------------|--|--|--|
| <b>12</b>      | <b>Distretto 13 -<br/>GENOVA LEVANTE</b> | <b>Casa della Salute P.S.S.<br/>Quarto,<br/>via G. Maggio n. 6</b> | Il progetto interessa i padiglioni 14 e 23 del PSS Quarto ( attuali Casa della Salute) in cui si prevedono solo degli spostamenti nello stesso piano di attività già presenti e in linea con le attività e i requisiti minimi della Casa della Comunità. |

**Relazione Fotografica**



| Tag Intervento | Area di Competenza                       | Struttura individuata  | Descrizione intervento  |
|----------------|--|--|---|
| <b>13</b>      | <b>Distretto 13 -<br/>GENOVA LEVANTE</b> | <b>Casa della Salute di Recco,<br/>via A. Banchi n. 1, Recco</b> | La nuova distribuzione degli spazi al Piano terra dell'ex ospedale di Recco prevede la Portineria, il Servizio CUP - Anagrafe Sanitaria, il reparto di Radiologia, il Centro Prelievi, la Medicina Legale, l'Ambulatorio odontoiatrico, l'Ambulatorio di ortopedia, l'Ambulatorio di diabetologia, l'Ambulatorio di geriatria, il centro Vaccinazioni, i depositi, le Sale attese e i servizi Igienici. Il primo piano ospiterà l'Ambulatorio di oculistica, di chirurgia, di cardiologia, di neurologia, di Reumatologia, di ORL, di Medicina dello sport, di urologia, di dermatologia, la Sala attesa, i Servizi igienici e i Depositi. La palazzina di via Pisa 55 avrà al PIANO FONDI il Deposito attrezzature, al PIANO TERRA, l'Accoglienza, la Sala attesa accoglienza, l'Ambulatorio vaccinazioni, l'Attività di screening, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e Infermiere di comunità + cure domiciliari. Al PIANO PRIMO il Servizio di continuità, l'Autista servizio di continuità, il Centro operativo, Medico e autista 118. |

**Relazione Fotografica**



POLIAMBULATORIO VIA BIANCHI 1



PIALAZZINA DI VIA PISA 55





Dislocazione Ospedali della Comunità in territorio Asl 3



| Tag Intervento | Struttura individuata   | Area di Competenza                                 |
|----------------|---|--|
| 1              | P.O. Celestio - <u>Pad. Monte</u> - Via P.N. Cambioso n. 62 - Cerova (Ge) | Distretto 10 - GENOVA VALPOLCEVERA e VALLE SCRIVIA |
| 2              | EX P.O. Frugone - Via Roma 90 - Busalla (Ge)                              |  |
| 3              | Poliambulatorio di Campo Ligure - via A.S. Rossi n.33 - Campoligure (Ge)  | Distretto 08 - GENOVA PONENTE                      |
| 4              | P.S.S. Quarto - via G. Maggio n. 6 - Genova (Ge)                          | Distretto 13 - GENOVA LEVANTE                      |

| Tag Intervento | Area di Competenza                                     | Struttura Individuata                                    | Descrizione intervento  |
|----------------|--|--|---|
| 1              | Distretto 10<br>GENOVA VALPOLCEVERA<br>e VALLE SCRIVIA | P.O. Celesia -<br>Pad. Monte.<br>Via P.N. Cambiaso n. 62 | Per realizzare L'Ospedale è previsto di spostare i due SERT presenti al piano primo e secondo in altro luogo e ripristinare la fruibilità dei due vani scala e due montalettighe che attualmente servono l'edificio. I locali del piano saranno rifunzionalizzati al fine di creare Degenze da 1-2 posti letto per un totale di 20 P.L. dotati di servizio igienico accessibile a portatori di handicap, Spazi di attesa e distribuzione, Area soggiorno e consumo pasti, Locale per visite e medicazioni, Locali di lavoro del personale, spogliatoi per il personale, Depositi sporco, pulito ed attrezzature, Blocchi servizi, divisi per visitatori e personale, Locali vuotatoio e bagno assistito, Cucinetta/Tisaneria. |

Relazione Fotografica



FOTO 3.



| Tag Intervento | Area di Competenza                                     | Struttura Individuata                             | Descrizione intervento   |
|----------------|--|---|--|
| 2              | Distretto 10<br>GENOVA VALPOLCEVERA<br>e VALLE SCRIVIA | Ex P.O. Frugone<br>Via Roma n. 90<br>Busalla (Ge) | L'intervento interessa buona parte del declivio antistante l'Ex Ospedale Frugone che attualmente non accoglie nessuna attività o destinazione.<br>Il progetto per la costruzione del nuovo volume prevede lo Sbancoamento di parte dell'attuale declivio, la Risistemazione del parcheggio antistante il preesistente immobile per adeguarlo alla nuova funzione di collegamento tra le due strutture, la Risistemazione del percorso stradale secondario che potrà essere usato per accedere al nuovo volume, infine la Salvaguardia, Tutela e Mantenimento delle alberature e vegetazione di pregio ambientale presente nel declivio. Il nuovo volume dovrà rispettare tutte le normative vigenti in ambito di disciplina delle costruzioni e delle attività edilizie. La nuova costruzione prevista è articolata su due livelli di circa 500 mq ciascuno e un piano di copertura che si collegherà funzionalmente all'edificio preesistente tramite passaggio in copertura. Il piano primo avrà quale destinazione prevalente la parte degenziale ricomprendente camere di degenza ad uno o due posti letto per un totale di 20 posti letto, al piano terra si prevede invece di allocare tutti i servizi di supporto non condivisi ed allocati nella vicina struttura sanitaria già esistente. |

Relazione Fotografica



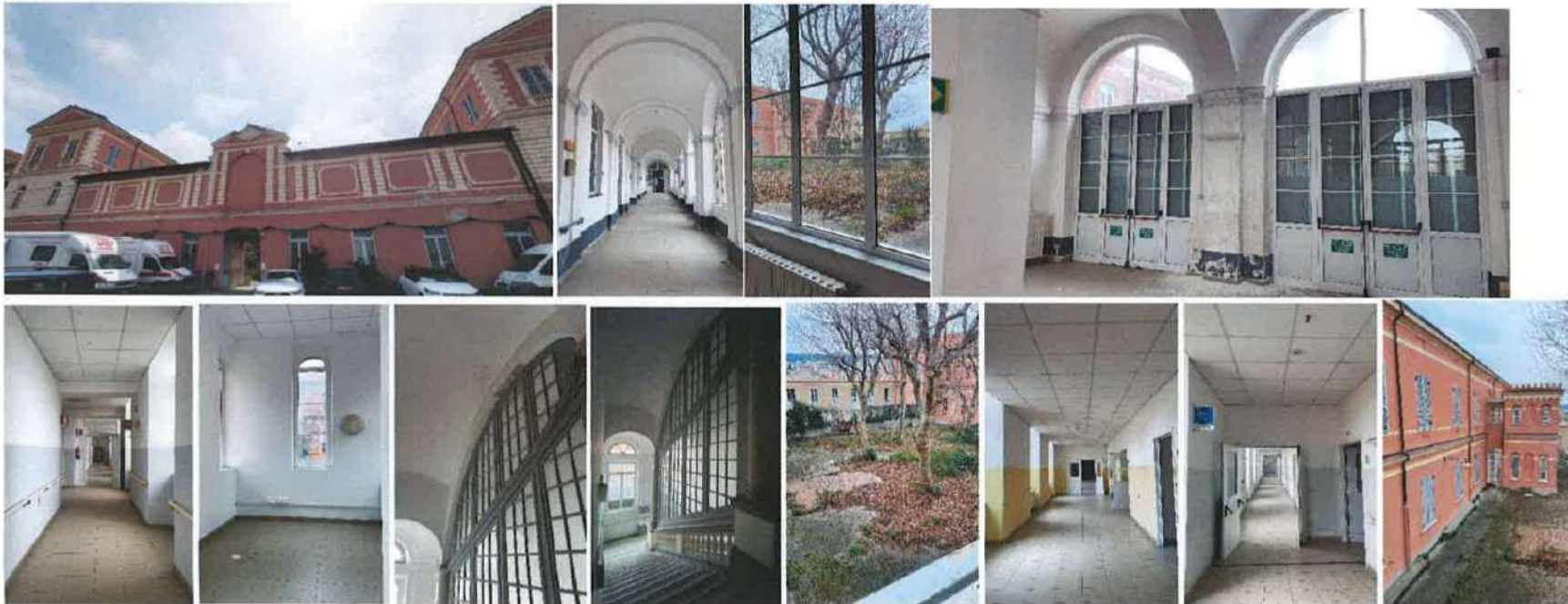
| Tag intervento | Area di Competenza               | Struttura individuata                                   | Descrizione intervento   |
|----------------|----------------------------------|---|--|
| 3              | Distretto 08 –<br>GENOVA PONENTE | Poliambulatorio<br>via Rossi n. 33<br>Campo Ligure (Ge) | <p>Il progetto per la costruzione del nuovo volume prevede di sopprimere il gruppo elettrogeno oramai obsoleto e non più obbligatorio per legge, spostare e ampliare la centrale termica nell'area attualmente occupata dal gruppo elettrogeno e demolire i magazzini attualmente in parziale disuso, per permettere la costruzione del nuovo volume nell'area compresa tra i magazzini e la centrale termica.</p> <p>La nuova costruzione prevista si articolerà su due livelli di circa 500 mq ciascuno. Il piano primo avrà quale destinazione prevalente la parte degenziale ricomprendente camere di degenza ad uno o due posti letto per un totale di 16 posti letto, al piano terra si prevede invece di allocare tutti i servizi di supporto non condivisi ed allocati nella vicina struttura sanitaria già esistente.</p> |

Relazione Fotografica



| Tag Intervento | Area di Competenza            | Struttura individuata             | Descrizione intervento  |
|----------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|
| 4              | Distretto 13 - GENOVA LEVANTE | P.S.S. Quarto, via G. Maggio n. 6 | <p>L'intervento che ha per oggetto il piano terra (P0) dei padiglioni 8,9 e 10 del PSS Quarto interesserà una superficie di circa 1000 mq.</p> <p>Il piano terra è quello destinato all'Ospedale di Comunità ricomprendente camere di degenza ad uno o due posti letto per un totale di 20 posti letto, e tutti i servizi di supporto.</p> <p>L'intervento di riqualificazione e rifunzionalizzazione dei Padiglioni 8, 9 e 10 del PSS Quarto è stato elaborato tenendo in considerazione il progetto precedentemente stilato ed approvato da A.R.T.E. e ASL 3 Genovese in data 21-12-2016.</p> |

Relazione Fotografica



Dislocamento Interventi Sicurezza e Adeguamento Antisismico in territorio Asl 3



| Tag Intervento | Struttura individuata  | Area di Competenza                                 |
|----------------|--|--|
| <b>1</b>       | P.O. Colesia - <u>Pad. Monto</u> - Via P.N. Cambiaso n. 62 - Genova (Ge) | Distretto 10 - GENOVA VALPOLCEVERA e VALLE SCRIVIA |
| <b>2</b>       | Pad. 9 - Villa Scasaf  | Distretto 09 - GENOVA MEDIO PONENTE                |
| <b>3</b>       | P.O. La Colletta - Via del Giappone n. 5 - Arenzano (Ge)                 | Distretto 08 - GENOVA PONENTE                      |
| <b>4</b>       | P.S.S. Quarto - Pad 8-9-10 - Via G. Maggio n. 6 - Genova (Ge)            | Distretto 13 - GENOVA LEVANTE                      |

Dislocamento COT in territorio Asl 3



| Tag Intervento | Area di Competenza                                 | Struttura individuata   |
|----------------|--|---|
| 1              | Distretto 08 - GENOVA PONENTE                      | Palazzo Distretto 8 Ponente, Genova Voltri                                  |
| 2              | Distretto 09 - GENOVA MEDIO PONENTE                | Palazzo della Salute Fiumara, via Operai n. 80                              |
| 3              | Distretto 10 - GENOVA VALPOLCEVERA e VALLE SCRIVIA | Casa della Salute della Valpolcevera Ex scuola L. Trucco via Pasolini n. 32 |
| 4              | Distretto 11 - GENOVA CENTRO                       | Genova Centro Via Assarotti n. 35   |
| 5              | Distretto 12 - VALBISAGNO e VALTREBBIA             | Istituto Dona Celesia Centrale, via Struppa n. 150                          |
| 6              | Distretto 13 - GENOVA LEVANTE                      | Casa della Salute P.S.S. Quarto via G. Maggio n. 6                          |



## ***SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti-corruzione***

### ***Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza***



## Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

### Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

#### Parte Prima – Sistema di monitoraggio e obiettivi strategici

##### a) *L'aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO*

L'attività di anticorruzione e trasparenza per quanto ora inserita all'interno del Piano Integrato di organizzazione e Attività (da ora in poi richiamato con l'acronimo: PIAO) si colloca in una linea di tendenziale continuità con i precedenti documenti. Infatti il coordinamento dei documenti di programmazione inseriti nel PIAO persegue lo stesso scopo della prevenzione della corruzione ovvero quello di semplificare le procedure, ridurre gli adempimenti burocratici, evitare gli sprechi e le ridondanze tra i processi e le attività istituzionali, per migliorare complessivamente la qualità dell'agire delle amministrazioni. La sfida dei prossimi anni sarà quella di conciliare l'esigenza di mantenere un solido sistema di prevenzione con la necessità di snellire le procedure burocratiche al fine di velocizzare i processi e le procedure aziendali; una sfida tanto più complessa alla luce del contesto di riferimento, con l'afflusso di un ingente flusso di denaro a disposizione a seguito del PNRR e con le deroghe alla legislazione vigente del Codice dei Contratti introdotte per esigenze di celerità della realizzazione dei molti interventi finanziati a livello europeo.

Il PIAO potrebbe rappresentare un'opportunità per favorire questo corretto e delicato bilanciamento attraverso una integrazione effettiva dei documenti strategici dell'Azienda che presuppone una concreta collaborazione tra gli uffici aziendali per la creazione di valore pubblico e quindi per aumentare la qualità dei servizi di un'amministrazione di cui il sistema di prevenzione rappresenta una dimensione fondamentale: "Il contrasto e la prevenzione della corruzione [malamministrazione] sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza".<sup>8</sup>

Ne consegue che le misure di prevenzione della corruzione (e di antiriciclaggio) inserite nel presente documento sono finalizzate alla "protezione di valore pubblico" e allo stesso tempo produttive di valore pubblico e per questo sono misure che incidono sull'organizzazione dell'Azienda contribuendo a realizzare la missione dell'Ente.

Ogni misura individuata rappresenta, quindi, un obiettivo per migliorare l'organizzazione del lavoro e in grado di innalzare il livello di trasparenza e imparzialità tra i dipendenti al fine di accrescere lo "spirito di corpo" e un maggiore senso di appartenenza all'Azienda.

Proseguendo nel solco degli anni precedenti è stata rafforzata l'attività di monitoraggio al fine di identificare le variabili organizzative e i processi che richiedono maggiore sorveglianza e per programmare con razionalità le attività da svolgere nel futuro. Il monitoraggio rappresenta lo strumento per misurare, controllare e migliorare le attività svolte e per aggiornare il P.T.P.C.T.

Il presente Piano è stato elaborato sulla base del Piano Nazionale Anticorruzione approvato dal Consiglio dell'Anac il 16 novembre 2022 e successivamente approvato, dopo i pareri dell'apposito Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali con deliberazione del 17 gennaio

L'Autorità ha predisposto il nuovo Pna alla luce delle recenti riforme e urgenze introdotte con il Pnrr e della disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (Piao), considerando le ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza (che, in relazione alla tipologia di amministrazioni e enti sono tenuti ad adottare il Piao, il PTPCT, o integrazioni del MOG 231).

### ***Attività di monitoraggio: obblighi contenuti nel PTPCT 2022 – 2024 e verifica sull'attuazione della gestione del rischio***

L'aggiornamento della presente sezione è stata avviata a seguito di un monitoraggio sulla corretta e puntuale attuazione degli obblighi ivi contenuti con particolare attenzione al monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione. Esso si è strutturato su due livelli:

**a)** Il I livello è consistito in una verifica in autovalutazione, richiedendo cioè ai Responsabili di Struttura, sotto la supervisione dei Referenti aziendali, di compilare delle schede di monitoraggio costituite da due sezioni: la **Sezione I**, composta da 17 item (indicatori di monitoraggio) sulla prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla gestione del rischio, e del Codice di Comportamento. La Sezione II, composta dagli obblighi di trasparenza, di cui attestare il livello di completezza e aggiornamento. Riguardo alla sezione I sono state predisposte le colonne "numero" (da inserire il numero delle attività eseguite) e "descrizione" (da riportare in modo sintetico le attività svolte e le criticità riscontrate). Riguardo alla sezione II sono state create due colonne



**b)** a destra della tabella sugli obblighi di trasparenza<sup>9</sup>: la prima per verificare se nel corso del 2021 siano stati prodotti atti e/o dati soggetti a pubblicità obbligatoria e la seconda per conoscere il livello di completezza (in termini percentuali) dei dati pubblicati. Le schede sono state compilate e inserite nelle cartelle di rete condivise a tutti gli uffici dell'Azienda. Successivamente le schede sono state analizzate dal RPCT per confrontare i dati immessi dalle Strutture con quelli a propria disposizione e per individuare le anomalie e criticità più significative. Per verificare la correttezza di quanto dichiarato sono stati richiesti i documenti necessari per il completamento della verifica. Successivamente con alcuni Referenti sono stati condivisi gli aspetti problematici riscontrati nel corso del 2022 e per concordare con loro una ulteriore scadenza per il completamento delle attività di competenza eventualmente non ancora concluse.

**c)** Il **II livello**, più approfondito rispetto al precedente, ha riguardato unicamente il monitoraggio sull'attuazione della gestione del rischio ed è stato svolto attraverso l'attivazione di audit interni su alcune misure collegate ai processi a rischio.

Gli indicatori di monitoraggio di I livello utilizzati per favorire l'autovalutazione da parte delle Strutture sono stati i seguenti:

**Item Indicatori di monitoraggio: 2022**

- 1 Attuazione obiettivi di performance
- 2 Processi aggiornati
- 3 Nuovi processi analizzati
- 4 Nuove misure progettate
- 5 Attuazione misure progettate (se non inserite come obiettivi di performance)
- 6 Componenti gruppo di lavoro gestione del rischio individuati per ogni settore dell'ufficio
- 7 Partecipanti corso di formazione anticorruzione (base)
- 8 Partecipanti corso di formazione sulla gestione del rischio
- 9 Procedimenti aggiornati ex art. 35 D.Lgs. n 33/2013
- 10 Nuovi procedimenti aggiornati ex art. 35 D.Lgs. n 33/2013
- 11 Procedimenti monitorati ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012
- 12 Nuovi procedimenti monitorati ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012

---

<sup>9</sup> Per un approfondimento si rinvia alla Parte Quarta lett. a)

- 13 Frequenza corso (in sostituzione informativa ai nuovi dipendenti sul Codice di Comportamento)
- 14 Comunicazioni di avere ricevuto regali di valore superiore ai 150 €. -art. 4 del Codice
- 15 Adesioni ad organizzazioni/associazioni - art 5 DPR n. 62/2013
- 16 Comunicazioni interessi finanziari art. 6 del DPR n. 62/2013
- 17 Obbligo di astensione art. 7 del DPR n. 62/2013

L'attività di monitoraggio riguardante l'attuazione delle misure è stata svolta predisponendo un rendiconto del monitoraggio svolto nel 2022 che è stata la base per predisporre la relazione recante i risultati dell'attività svolta ai sensi del c. 14 art. 1 della L. n. 190/2012.

Di seguito si riportano i dati di sintesi relativi all'attuazione delle misure specifiche<sup>10</sup> e generali:

| TIPOLOGIA DELLE MISURE PROGRAMMATE                  | Livello di attuazione | Totale    |
|---|-----------------------|-----------|
| CONTROLLO   | ATTUATA               | 5         |
|   | NON ATTUATA           | 2         |
|   | RIMODULATA            | 1         |
| <b>CONTROLLO Totale</b>                             |                       | <b>8</b>  |
| DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI               | ATTUATA               | 3         |
|   | PARZIALMENTE ATTUATA  | 2         |
| <b>DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI Totale</b> |                       | <b>5</b>  |
| REGOLAMENTAZIONE                                    | ATTUATA               | 5         |
| <b>REGOLAMENTAZIONE Totale</b>                      |                       | <b>5</b>  |
| ROTAZIONE   | ATTUATA               | 3         |
|   | NON ATTUATA           | 1         |
| <b>ROTAZIONE Totale</b>                             |                       | <b>4</b>  |
| TRASPARENZA   | ATTUATA               | 6         |
|   | NON ATTUATA           | 1         |
|   | PARZIALMENTE ATTUATA  | 2         |
| <b>TRASPARENZA Totale</b>                           |                       | <b>9</b>  |
| <b>Totale complessivo</b>                           |                       | <b>31</b> |

<sup>10</sup> Rispetto a quanto indicato nella Relazione recante i risultati dell'attività svolta il livello di attuazione risulta leggermente più alto in quanto alcuni uffici hanno rendicontato la propria attività dopo il 15/01/2023

| <b>TIPOLOGIA MISURE GENERALI</b>            | <b>Livello di attuazione</b> | <b>Totale</b> |
|---|------------------------------|---------------|
| ANTIRICICLAGGIO                             | NON ATTUATA                  | 1             |
| <b>ANTIRICICLAGGIO Totale</b>               |                              | <b>1</b>      |
| CODICE DI COMPORTAMENTO                     | NON ATTUATA                  | 1             |
| <b>CODICE DI COMPORTAMENTO Totale</b>       |                              | <b>1</b>      |
| CONFLITTO DI INTERESSE                      | ATTUATA                      | 3             |
|   | PARZIALMENTE ATTUATA         | 1             |
| <b>CONFLITTO DI INTERESSE Totale</b>        |                              | <b>4</b>      |
| FORMAZIONE                                  | ATTUATA                      | 3             |
|   | NON ATTUATA                  | 1             |
| <b>FORMAZIONE Totale</b>                    |                              | <b>4</b>      |
| FORMAZIONE COMMISSIONI                      | ATTUATA                      | 1             |
| <b>FORMAZIONE COMMISSIONI Totale</b>        |                              | <b>1</b>      |
| INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI               | ATTUATA                      | 1             |
| <b>INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI Totale</b> |                              | <b>1</b>      |
| PANTOUFLAGE                                 | NON ATTUATA                  | 1             |
| <b>PANTOUFLAGE Totale</b>                   |                              | <b>1</b>      |
| PATTI DI INTEGRITA'                         | ATTUATA                      | 1             |
| <b>PATTI DI INTEGRITA' Totale</b>           |                              | <b>1</b>      |
| ROTAZIONE PERSONALE                         | NON ATTUATA                  | 2             |
| <b>ROTAZIONE PERSONALE Totale</b>           |                              | <b>2</b>      |
| TRASPARENZA                                 | ATTUATA                      | 3             |
|   | NON ATTUATA                  | 1             |
| <b>TRASPARENZA Totale</b>                   |                              | <b>4</b>      |
| WHISTLEBLOWING                              | ATTUATA                      | 1             |
| <b>WHISTLEBLOWING Totale</b>                |                              | <b>1</b>      |

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
| Totale complessivo |  | 21 |
|--------------------|--|----|

**b) Monitoraggio sui tempi dei procedimenti**

L'art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 è stato modificato dal c. 4-bis alla L. n. 241/90 che ha previsto che le P.A. misurino e rendano pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le Imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente, e dalle disposizioni previste dal DL n. 76/2020, che modifica i tempi di conclusione di alcuni procedimenti di acquisizione di lavori, beni e servizi per favorire la ripresa economica a seguito del Covid. I dati relativi al 2022 (e agli anni precedenti), raggruppati per Dipartimenti aziendali, sono stati inseriti in tabelle in Excel in modo da potere confrontare i dati dei quattro trimestri dell'anno:

- a. Area tecnica - monitoraggio tempi procedurali 2022
- b. Dipartimento Tecnico amministrativo - monitoraggio tempi procedurali 2022
- c. Dipartimento Giuridico - monitoraggio tempi procedurali 2022
- d. Dipartimento Prevenzione - monitoraggio tempi procedurali 2022
- e. Dipartimento Cure primarie e attività distrettuali - monitoraggio tempi procedurali 2022
- f. Dipartimento Salute mentale e dipendenze - monitoraggio tempi procedurali 2022
- g. Staff Direzioni - monitoraggio tempi procedurali 2022

**c) Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2022**

| TIPOLOGIA OB.  | Obiettivi strategici e riscontro  |
|--|---|
| <b>1) Coordinamento, approfondimento ed estensione del processo di</b> | Organizzare periodici incontri (in presenza o in remoto) con i Referenti aziendali (e personale di supporto) per illustrare loro gli adempimenti di competenza e le relative tempistiche:<br><b>a partire da giugno 2022 organizzati incontri con le Strutture che ne hanno fatto richiesta per illustrare le attività da svolgere con particolare attenzione alla gestione del rischio</b> |

|   |  |
|---|--|
| <b>gestione del rischio di corruzione</b>   | <p>Descrizione più estesa del contesto - mappatura dei processi/valutazione del rischio: <b>creazione di matrici della mappatura inserendo dati sui tempi di esecuzione di ogni singola fase del processo e dati sul carico di lavoro necessario per l'espletamento delle attività analizzate</b></p> <p>Estensione del processo della gestione del rischio alle strutture sanitarie anche sulla base dei test predisposti dai partecipanti al corso di anticorruzione sulla gestione del rischio (ed. 2020): <b>analisi del processo relativo alle sponsorizzazioni in ambito formativo</b></p> |
| <b>2) Promuovere un maggior livello di trasparenza</b>  | <p>Individuazione di tutti i database/programmi informatici utilizzati dal RPCT per i controlli sui "fattori abilitanti" o riportati nelle schede dei processi avvalendosi del supporto degli uffici che li utilizzano: <b>trasmissione di un prospetto specifico a tutte le Strutture rientranti nelle aree di rischio richiedendo di segnalare i propri applicativi e le criticità eventuali criticità riscontrate</b></p>   |
|   | <p>Predisposizione di una proposta di revisione del sito internet aziendale ai fini di aumentare il livello di trasparenza richiedendo una tempistica certa per l'aggiornamento: <b>incontro con l'URP nel quale sono state concordate delle modifiche tecniche per migliorare alcuni contenuti</b></p>  |
| <b>3) Controllo su determinati processi e attività emerse dall'analisi del contesto esterno</b> | <p>Gestione, monitoraggio e controllo degli interventi (M6C2 Interventi 1.1.1 e 1.2/M6C1 Intervento 1.2.2) previsti dal Pnr: <b>raccolta atti regionali, predisposizione elenchi suddivise per le Strutture coinvolte dei progetti finanziati, predisposizione relazione sulle attività svolte. Creazione di una sezione specifica di Amministrazione Trasparente</b></p>  |
|   | <p>Monitoraggio relativo al servizio straordinario di accoglienza sociosanitaria per far fronte all'emergenza profughi. Pubblicazione su "Amministrazione Trasparente" dei dati salienti rilevati: raccolta dati dalla S.C. Igiene e Sanità Pubblica</p>   |

*d) Gli obiettivi strategici 2023 - 2025*

Con nota prot. n. 0197013 del 29/12/2022 il Direttore Generale ha definito i seguenti obiettivi sulla base delle raccomandazioni regionali volte a favorire una maggiore omogeneità delle attività di prevenzione della corruzione e delle iniziative per aumentare la trasparenza all'interno degli Enti del SSR:

1) Rendicontare alla Regione Liguria il livello di attuazione delle misure e delle attività svolte da questa Azienda, attraverso la collaborazione del Gruppo di Lavoro anticorruzione afferente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali della



## Regione Liguria:

- a. esistenza procedure informatizzate per la gestione del whistleblowing, numero di segnalazioni pervenute e loro esito nel corso del 2022;
- b. attivazione del registro informatico degli accessi,
- c. applicazione delle linee guida sulle inconferibilità, incompatibilità, e numero di verifiche effettuate nel biennio 2021 – 2022;
- d. applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni;
- e. applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco;
- f. numero di dipendenti che hanno svolto i corsi sulla L. n. 190 e sulla metodologia della gestione del rischio nel corso del 2022, attivazione dei corsi sulla gestione del conflitto di interessi e sull'antiriciclaggio).

2) Aggiornamento della tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022 – 2024 in via di approvazione.

3) Verifica che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento siano stati opportunamente modificati per arginare i rischi di conflitto di interesse in relazione alle richieste/comunicazioni di partecipazione ad eventi sponsorizzati da aziende farmaceutiche e siano stati effettivamente attivate tutte le misure di verifica del conflitto di interesse.

4) Predisporre misure di trasparenza e di prevenzione specificatamente rivolte ai finanziamenti del PNRR

## Parte Seconda - Soggetti, compiti e responsabilità

### a) *Organizzazione: criteri*

Si possono riassumere in cinque punti:

1. Creazione di una rete di referenti e soggetti di supporto che possano facilitare il dialogo tra il RPCT e le varie Strutture Aziendali.
2. Creazione di cartelle di rete suddivise per Dipartimenti, organizzate in sottocartelle in cui sono state salvate le tabelle relative alla gestione del rischio e dei procedimenti amministrativi con file che ne illustrano le modalità di compilazione e nelle quali gli uffici, per il tramite della figura dei “coordinatori” (vedi lett. f), inseriscono i dati relativi alla prevenzione della corruzione e al monitoraggio sui tempi dei procedimenti di propria competenza (senza obbligo di trasmissione formale dei documenti). Gli indirizzi da cui accedere alle cartelle sono reperibili anche sulla intranet aziendale alla pagina “anticorruzione” dove è stata pubblicata anche la modulistica e la normativa di riferimento.
3. Organizzazione di frequenti incontri con il personale delle aree a rischio (nel 2022 è stato individuato un obiettivo strategico per rafforzare le attività di sostegno nei confronti degli uffici afferenti alle aree a rischio in modo da concordare le attività da svolgere e appianare le difficoltà che possono presentarsi nello svolgimento degli adempimenti richiesti).
4. Costituzione di gruppi di lavoro interni alle Strutture aziendali che concorrano ad analizzare i processi e ad individuare specifiche misure di prevenzione in una logica di partecipazione allargata.
5. Indicazioni sulle attività principali da svolgere nel corso dell’anno, e delle relative tempistiche, attraverso la predisposizione di obiettivi di budget specifici (previa condivisione con le Strutture degli obiettivi e delle scadenze)

In prospettiva sarebbe opportuno prevedere un gestionale dedicato alla gestione dell’anticorruzione a supporto dei RPCT e delle strutture aziendali.

Di seguito si elencano i soggetti che contribuiscono a realizzare le politiche di prevenzione indicando sinteticamente il loro ruolo e le loro responsabilità.

### a) I Soggetti Interni

#### **a) *Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)***

Il RPCT è considerato il soggetto fondamentale “in grado di far girare il meccanismo della prevenzione nell'ambito dell'amministrazione”. Di seguito un elenco dei compiti più importanti ad esso affidati:

- 1) elabora in via esclusiva della proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ora confluito come sezione specifica del PIAO (art. 1 c. 8);
- 2) trasmette alla Direzione Generale la relazione recante i risultati svolti ai sensi dell'art. 1c. 14 della L. n. 190/2012;
- 3) segnala alla Direzione Generale e all'OIV le "disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 1 c. 7)
- 4) dà avvio ad appositi audit interni inviando alla Direzione Generale tutti i verbali degli in-contri audit e della relazione conclusiva;
- 5) riceve il riscontro dalla Direzione Generale alle segnalazioni dei punti 3) e 5)
- 6) verifica l'efficace attuazione del P.T.P.C.T./sezione specifica del PIAO (art. 1 c. 10)
- 7) effettua attività di controllo sugli obblighi di pubblicità in capo ai dirigenti (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) segnalando alla Direzione Generale, all'OIV, all'ANAC e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- 8) cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento e il monitoraggio della loro attuazione (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013)
- 9) vigila sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi – che per quanto riguarda gli enti del SSN è limitata alla Direzione Strategica (art. 15 D.Lgs.n. 39/2013)

Nell'ambito delle sue competenze il RPCT secondo l'art. 8 del Codice di comportamento Aziendale, può "in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono costituire – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza". Tutte le Strutture sono pertanto chiamate ad una costante collaborazione ad informare il RPCT e il suo assistente delle attività svolte come previsto dall'art. 1 c. 9 lett. c).

**b) *Direzione Generale***

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), impegnandosi a tutelarne l'indipendenza, adotta il Piano e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Riceve dal RPCT i verbali e le relazioni conclusive degli audit interni e eventuali segnalazioni di non attuazione delle misure e di mancato rispetto

degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. attivandosi per risolvere le criticità ravvisate.

Riceve la relazione, di cui all'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012, predisposta dal RPCT, presentando eventuali osservazioni o chiarimenti prima della pubblicazione su "Amministrazione Trasparente".

**c) *Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza***

I Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono i Direttori dei Dipartimenti rientranti nelle aree a rischio e i Direttori Sanitario Sociosanitario e Amministrativo per i Dipartimenti di relativa afferenza.

Possono essere considerati gli anelli di congiunzione tra il RPCT e i dirigenti delle strutture aziendali afferenti alla Direzione Sanitaria, Sociosanitaria e Amministrativa: i dirigenti hanno il compito di svolgere il processo di pertinenza del rischio all'interno dei propri uffici, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, accertandosi che i compiti in materia di prevenzione della corruzione in capo ai dirigenti siano eseguite correttamente. I Referenti sono direttamente responsabili degli esiti di monitoraggio sul livello di adempimento delle attività e misure di competenza dei dirigenti sotto – ordinati.

**d) *Dirigenti e loro collaboratori***

Sono responsabili del rispetto degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento, della trasparenza e dell'attuazione della gestione del rischio interna al proprio ufficio e delle conseguenti misure di prevenzione specifiche di propria competenza programmate nel PTPCT/sezione del PIAO. In particolare sono tenuti a eseguire gli obiettivi di performance e verificare nel corso dell'anno che le fasi di cui si compongono le misure generali e specifiche di propria competenza siano regolarmente attuate.

Informano il proprio Referente delle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza con particolare riferimento agli esiti di monitoraggio.

Sia i referenti sia i dirigenti in caso di mancato rispetto degli obblighi previsti

dalla sezione anti- corruzione del PIAO e, in particolare quelli relativi alla mancata attuazione della gestione del rischio e dell'attuazione delle misure di prevenzione previste sono sanzionati secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento aziendale a cui si rinvia.

Per rendere più snello, concreto ed efficace il coordinamento tra il RPCT e i Referenti e tra questi e i responsabili di struttura rientranti nelle aree a rischio, sono state individuate due figure di collegamento denominate coordinatori (o facilitatori) scelti tra quei dipendenti con significative conoscenze, all'interno della Struttura di appartenenza, dell'organizzazione e dei processi di competenza. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione della corruzione e della un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti in capo ai Referenti ed ai dirigenti trasparenza delle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi; dall'altro, a rendere più omogenee, tra gli uffici, le attività della prevenzione. Per le attività collegate alla gestione del rischio di corruzione i dirigenti sono invitati a coinvolgere il proprio personale istituendo appositi gruppi di lavoro (si rinvia alla lett. g).

e) ***OIV – Organismo Indipendente di Valutazione***

Con la Del. n. 102 del 24/02/2021 è stato nominato il presidente dell'OIV e, pertanto, l'OIV al completo si è insediato in ASL 3.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione i compiti di quest'organo possono essere così riassunti:

- fornire supporto nell'individuazione e nella valutazione delle misure ulteriori nella fase del trattamento, all'interno del processo della gestione del rischio;
- fornire un supporto nelle attività di monitoraggio sul rispetto del PTPCT da parte del RPCT;
- rendere un parere obbligatorio sul Codice di Comportamento interno;
- attestare la coerenza della pubblicazione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013.
- verificare la coerenza dei Piani triennali (P.T.P.C.T.) con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda;
- tenere conto, nell'ambito della misurazione e valutazione delle performance, sia

orga- nizzativa sia individuale, gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;

- verificare il contenuto della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- ricevere segnalazioni riguardanti disfunzioni inerenti all'attuazione del P.T.P.C.T.

**f) Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**

Questa Azienda già da tempo ha provveduto ad istituire l'ufficio deputato allo svolgimento dei procedimenti disciplinari (art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001) e alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 331 c.p.p.).

Alla luce di quanto previsto dal Codice di Comportamento Nazionale, approvato con DPR n. 62/2013, si evidenzia che l'U.P.D. Aziendale:

- cura e propone, sulla base degli esiti di cui all' art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, con la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici predisponendo, con cadenza periodica secondo le indicazioni del RPCT le schede annuali nelle quali vengono diffusi in forma anonima, i seguenti dati:
  - tutte le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare;
  - tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in Azienda, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e dei procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato;
  - le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- attiva il relativo procedimento disciplinare in caso di violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001
- fornisce, in raccordo con il RPCT, assistenza e consulenza ai dipendenti in materia di corretta attuazione e applicazione delle norme del Codice di Comportamento.

**g) Dipendenti – Gruppi di Lavoro**

I dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel presente P.T.C.P.T., così come richiesto dalla L. n. 190/2012, art. c. 14, in particolare:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;

- segnalano al proprio Responsabile di Struttura le situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- osservano le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale.

Inoltre, coloro che svolgono attività rientranti tra quelle a rischio corruzione:

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (un elenco dei componenti dei gruppi di lavoro è riportata sui Questionari del monitoraggio o è desumibile dai verbali degli incontri)
- relazionano il proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali e a qualsiasi anomalia accertata, indicando per ciascun procedimento, che ha comportato sfornamento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990.

#### ***h) Ufficio Relazioni con il Pubblico***

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, presente sul territorio in cinque sedi (via Assarotti, via Camozzini, via Bonghi, Fiumara, Ospedale Villa Scassi), si pone come primo punto di ascolto e informazione dei cittadini. Si occupa anche dell'attività di tutela ossia della gestione dei reclami ed elogi, presentati direttamente dagli utenti, tramite associazioni di volontariato ed Enti (es. Difensore Civico), inerenti ai servizi svolti e/o di pertinenza dell'ASL3. Gli uffici sono a disposizione degli utenti, oltre che presso le postazioni fisiche indicate, anche tramite e-mail ([urp@asl3.liguria.it](mailto:urp@asl3.liguria.it) e [tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it](mailto:tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it)), telefono (circa dieci linee telefoniche), Messenger Facebook (Pagine "Asl3 Genova" e "Centro Giovani ASL3 Genovese"). L'attività dei reclami è relativa alle segnalazioni pervenute all'Azienda sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e vengono gestiti, con percorso certificato RINA ISO 9001, mediante richiesta alle Strutture Complesse e Semplici, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami si esplicano inoltre le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche, al coordinamento dei rapporti con le Associazioni di



Volontariato e il Terzo Settore anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo aziendale, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assume un ruolo sempre più importante nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Inoltre, con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato ex. D.Lgs. n. 97/2016, l'invio delle richieste dei cittadini può avvenire tramite la consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvedono a scansionare la richiesta e ad attribuire un protocollo generale per l'avvio della procedura del reclamo/segnalazione/elogia.

**i) RASA**

“Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [stazione Appaltante] stessa [...] L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione” (PNA 2016, pag. 22). L'attuale responsabile in Azienda è la Dottoressa Daniela Gavaciuto.

**j) Responsabile della Protezione dei Dati – RPD**

Il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, figura introdotta dal Regolamento UE n. 679/2016 ha il compito valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali, e dunque la loro protezione, all'interno di un'azienda, di un ente o di una associazione, affinché questi siano trattati in modo lecito e pertinente. Di conseguenza è necessario stabilire una stretta collaborazione tra questo soggetto e il RPCT per garantire che i dati pubblicati su “Amministrazione Trasparente” rispettino la normativa sulla privacy. A tal fine il RPCT così come tutti i Dirigenti del sistema privacy aziendale, qualora ritenuto opportuno, possono chiedere un parere al RPD.

Tale forma di collaborazione è ancor più auspicabile qualora venissero presentate delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato, a seguito di richiesta negata o differita a tutela della riservatezza. In tali situazioni, come prevede la norma, il RPCT è chiamato a pronunciarsi dopo aver sentito il Garante della Privacy. In questi casi si ritiene opportuno che il RPCT informi prima il RPD per avere un parere.

**k) *Responsabili delle segnalazioni antiriciclaggio (e gli altri soggetti obbligati)***

Con Del. 268 del 20/09/2020 è stato approvato un regolamento interno in materia di comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio individuando nel RPCT il Responsabile antiriciclaggio anche denominato "Gestore". Il Regolamento ha previsto l'individuazione dei Referenti, denominati Responsabili, nei Direttori/Responsabili di ogni struttura aziendale che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione. I Responsabili oltre a fornire supporto al Gestore devono individuare, tra il proprio personale, gli "operatori di I livello" che si occupano di riscontrare gli indicatori di anomalia nei processi/procedimenti di competenza.

**l) *Responsabile della Transizione Digitale (RTD)***

Figura introdotta dall'art. 17 del CAD (Codice di Amministrazione Digitale) con il compito di favorire il passaggio alla modalità operativa digitale ed i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale ed aperta. Il collegamento con le attività del RPCT sono molto evidenti soprattutto nell'ambito della trasparenza. Il RDT della Asl3 è il Responsabile della S.C. Sistemi Informativi Aziendali

## **b) I Soggetti Esterni**

**a) *I collaboratori esterni***

Tutti i collaboratori esterni, dai consulenti alle ditte appaltatrici, devono rispettare, per quanto a loro compatibili i contenuti e gli obblighi presenti nel Piano e nel Codice di Comportamento, che vengono consegnati, anche per via telematica all'avvio della attività di collaborazione/consulenza.

**b) *I portatori di interesse (stakeholder)***

Oltre ai Portatori di Interesse o Stakeholder identificati nella tabella di swot (analisi del contesto esterno) sono ancora da considerare le seguenti ulteriori categorie interessate o direttamente coinvolti nelle attività aziendali: i media, gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari, le Associazioni di volontariato e le Associazioni di Malattia. In particolare le associazioni

di Tutela, Malattia e Volontariato sono rappresentate nel Comitato Misto Consultivo (C.M.C.) con il quale l’Azienda comunica attraverso modalità e canali permanenti. I rilievi e le criticità segnalate dal Comitato sono prese in considerazione dal RPCT per approfondire quelle aree e quei processi a rischio di malfunzionamento coinvolti nelle segnalazioni.

*c) Gruppo di Lavoro delle Aziende sanitarie della Regione Liguria*

Il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è costituito dai RPCT e dai loro collaboratori e afferisce al Dipartimento Salute di Regione Liguria, come previsto nella recente DGR n. 957/2021.

Lo scopo del Gruppo è quello di favorire un supporto alle attività dei RPCT degli Enti sanitari liguri, di omogeneizzare alcune procedure comuni e di mettere a confronto esperienze e attività per favorire una crescita delle politiche di prevenzione in Regione e di rafforzare la collaborazione con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di Regione Liguria. Le attività svolte nel corso del 2022 sono state descritte con accuratezza nella relazione annuale che è stata pubblicata sul sito della Regione Liguria a cui si rinvia.

## Parte Terza - La gestione del rischio

### **a) I principi alla base della mappatura - valutazione e trattamento del rischio**

Al fine di consentire agli uffici di svolgere adeguatamente il processo relativo alla gestione del rischio è stato aggiornato il corso di formazione a distanza predisposto nel 2020, in piena pandemia, nel quale sono state illustrate i principi e la metodologia impiegata da questa Azienda sulla base delle indicazioni di cui all’allegato n. 1 del PNA 2019. Il corso è stato formalmente riattivato anche per il 2022 ed è rivolto principalmente ai dipendenti inseriti nei gruppi di lavoro anticorruzione delle varie Strutture aziendali.

I principi adottati per la gestione del rischio sono stati i seguenti:

- 1) Concetto di corruzione “allargata”:** inteso come cattiva gestione dei processi: tutto ciò che contro il buon andamento di un processo può essere considerato corruzione (intesa quindi come “malamministrazione”). In altre parole l’obiettivo della gestione del rischio non è quella di trovare “corrotti” o “tangenti” all’interno degli uffici ma di far emergere disfunzioni a livello organizzativo e trovare rimedi adeguati.

- 2) **Gradualità e approfondimento:** nel senso che le varie fasi del processo dovrebbero essere svolte per gradi; all'inizio partendo da un'analisi più generale e sintetica per arrivare ad un'analisi più approfondita e analitica perché un comportamento a rischio non individuato in fase di mappatura non potrà essere valutato nella successiva fase di trattamento del rischio. Ciò comporta, ad esempio, che un determinato processo, ancorché sia stato già mappato l'anno precedente deve essere comunque rivisto l'anno successivo non solo alla luce di eventuali novità normative intervenute ma anche per affinarlo meglio, per migliorarlo. La gestione del rischio, dunque, non si configura come un lavoro statico ma dinamico sempre in continua evoluzione.
- 3) **Specializzazione:** nel senso che i processi devono essere analizzati per far emergere le "prassi operative" in uso dai vari uffici per lo svolgimento delle attività del processo; non è sufficiente, ad esempio, descrivere un processo riferendosi semplicemente alla legge o al regolamento di riferimento ma avendo a mente le modalità organizzative proprie del contesto in cui esso si svolge.
- 4) **Prudenza:** nel senso che le scelte sulle valutazioni del rischio devono evitare il pericolo di sottostimare il rischio con la conseguenza di escludere dalla mappatura o dal trattamento alcuni processi che almeno potenzialmente potrebbero essere meritevoli di indagine.
- 5) **Partecipazione del personale:** nel senso che tutte le fasi della gestione del rischio dovrebbero essere attuate in "autovalutazione": sotto il coordinamento del RPCT le attività di identificazione dei rischi e del trattamento dovrebbero risultare da una riflessione che coinvolga il più possibile i dipendenti degli uffici rientranti nelle aree a rischio e non ridursi a decisioni a tavolino, prese magari all'ultimo momento, da una persona sola: ciò per evitare il pericolo di un lavoro astratto e burocratico fine a sé stesso. Con il PNA 2019 è stata introdotta una fase "trasversale" al processo della gestione del rischio denominata "consultazione e comunicazione" proprio per rafforzare i canali di comunicazione, di coinvolgimento e di condivisione dei dipendenti (e dei portatori di interesse) nel ciclo del rischio.
- 6) **Misure organizzative e programmate:** nel senso che le misure di prevenzione sono individuate dopo avere rintracciato le variabili di contesto, ovvero i "fattori abilitanti" (organizzativi, sociali e ambientali) che rendono possibile l'evento corruttivo. Non possono perciò essere frutto di "mero formalismo" e ridursi a generici "proclami" a rispettare le norme che regolano un determinato processo o al vago rispetto degli obblighi di trasparenza.
- 7) **Collaborazione:** gli uffici, i gruppi di lavoro e i discenti del corso di formazione operativo sono state costantemente assistite mediante incontri a distanza e continui confronti al fine di arrivare ad un risultato più efficace e condiviso possibile.
- 8) **Flessibilità:** nel senso che a seguito della pandemia, in atto anche nel 2021, non è stato possibile coinvolgere tutti gli uffici rientranti nelle aree a rischio. I settori più esposti all'emergenza sanitaria sono stati esonerati anche per evitare che il lavoro di analisi risultasse affrettato e pertanto poco significativo.
- 9) **Operatività:** nel senso che i gruppi di lavoro che si occupano della gestione del rischio devono analizzare i processi secondo un approccio pragmatico e concreto e non dedicarsi alla meccanica applicazione di parametri e formule o al mero inserimento di dati in tabelle preimpostate.
- 10) **Responsabilizzazione:** nel senso che le misure individuate, dal momento del loro

inserimento nel P.T.P.C.T. diventano obbligatorie e devono essere applicate e in caso di mancata attuazione delle stesse il dirigente della Struttura e/o il Referente è chiamato a risponderne.

**b) Il contesto esterno - contesto interno/mappatura dei processi**

**B1) L'analisi del contesto esterno è stato suddiviso nei seguenti ambiti di indagine:**

a) le relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzare l'attività istituzionale dell'Azienda, sia in positivo sia in negativo, aggiornando il numero e gli impatti degli "stakeholder" anche sulla scorta delle relazioni e dei rapporti intrattenuti nel corso del 2021. Le relazioni sono sintetizzate in una tabella di "swot";

**a) Portatori di interesse**

| Soggetto   | Tipologia di relazione, punti di forza, minacce  |   | Eventuale incidenza di variabili esogene | Impatto   | Probabilità | Rischio |
|--|--|---|--|---|-------------|---------|
|  | Input  | Output  |  |   |             |         |
| Relazioni Istituzionali (Direzione Generale e Staff Direzione Generale – URP – Collegio Sindacale), Sindacati e Patronati    | Indicazioni Direttore Generale<br><br>Segnalazioni URP<br><br>Incontri sindacali           | Obiettivi R.P.C.T.<br><br>Verifica P.T.P.C.T.<br><br>Attivazione procedure accertamento su segnalazioni URP | Sociali tecniche organizzative           | Alto  | Alto        | Alto    |
| Relazioni con Ministero e altri Enti pubblici e istituzionali  | Comunicazioni obbligatorie   | Inserimento sui Siti delle informazioni richieste dalla normativa   | tecniche                                 | Basso   | Bassa       | Basso   |
| Relazioni con ditte fornitrici di beni/servizi, strutture accreditate, aziende “promoter” e “sponsor”), ordini professionali | Pressioni dal contesto territoriale di settore ed economico sociale, Influenze lobbistiche | Azioni correttive, controlli e verifiche  | Sociali tecniche organizzative           | <p>Alto:</p> <p>In relazione ai tempi di pagamento delle fatture alle strutture accreditate, si è evidenziata una criticità relativa ai tempi di pagamento in particolare per quelle strutture per le quali è stato escluso il factoring. Per tale motivo, e per evitare pressioni esterne, si è disposto di progettare una misura che porti i tempi di pagamento per tutte le accreditate a 30 giorni.</p> |             |         |
| Relazioni con cittadini fruitori dei servizi sanitari, associazione dei consumatori  | Segnalazioni a vario titolo riguardanti le tematiche di trasparenza e anti-corruzione      | Attivazione istruttoria<br><br>Azioni correttive  | Sociali tecniche organizzative           | Medio   | Media       | Alto    |

| Soggetto  | Tipologia di relazione, punti di forza, minacce   |  | Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali, culturali, criminologiche, sociali ed economiche, organizzative) | Impatto                     | Probabilità                | Rischio                     |
|---|---|--|--|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|   | Input   | Output   |  |                             |                            |                             |
| Relazioni A.Li.Sa.  | Indirizzi A.Li.Sa.<br><br>Problemi connessi alla tematica anticorruzione  | Attivazione tavoli tecnici congiunti<br><br>Elaborazione documenti comuni                                  | Tecniche organizzative   | Altissimo                   | Altissima                  | Altissimo                   |
| Relazioni con i 1) dipendenti e, in particolare, con i 2) dirigenti | 1) Segnalazioni tramite procedura whistleblowing e contestazioni valutazioni individuali; 2) pressioni con richiesta di modificare le procedure in essere e contestazioni incompatibilità | Pressioni indebitate<br><br>Azioni correttive  | Tecniche organizzative   | 1)Medio;<br>2)/3) altissimo | 1)Media;<br>2)/3)altissimo | 1) Alto;<br>2)/3) altissimo |
| Relazione con Strutture ASL, sindacati, patronati                   | Segnalazioni<br><br>Richiesta supporto tecnico<br><br>Richiesta pareri  | Istruttoria/azioni correttive<br><br>Attivazione supporto tecnico/tavoli tecnici<br><br>Rilascio pareri    | Tecniche organizzative   | Altissimo                   | Altissima                  | Basso                       |
| Relazioni con O.I.V.  | Supporto per l'adempimento dei compiti dell'O.I.V. in materia di Prevenzione della Corruzione e di trasparenza  | Attivazione del supporto. Risposta alle specifiche richieste<br><br>Messa a disposizione di documentazione | Tecniche organizzative   | Alto                        | Alto                       | Basso                       |

### Realtà territoriale

La realtà sociale, culturale e territoriale esterna per comprendere a grandi linee gli impatti che fenomeni e variabili nazionali e internazionali possono avere sul territorio di Asl3 se ci siano elementi in grado di agevolare eventuali fenomeni di malamministrazione o di criticità organizzativa attraverso il reperimento dei dati relativi ai seguenti ambiti:

- Sviluppo demografico
- Stranieri e migranti
- Economia: inflazione, costi dei materiali, risorse PNRR
- Livello di corruzione, criminalità, antiriciclaggio, appalti, droga e mafia
- Giurisdizione contabile, vigilanza sanitaria, inchieste su appalti
- Dinamiche socio – culturali (si veda pag. 12 e segg.)
- Situazione sanitaria
- Peste suina africana

Anche sulla base di queste analisi sono stati proposti al Direttore Generale alcuni obiettivi strategici. All'analisi del contesto esterno di ogni variabile viene fatta seguire l'analisi del contesto interno, quest'ultima intesa come un'analisi degli impatti che le situazioni esogene hanno determinato o possono determinare nel contesto organizzativo aziendale e che hanno indotto l'amministrazione ad individuare eventuali nuovi processi da mappare e/o programmare ulteriori misure generale specifiche per il futuro<sup>4</sup>. Per favorire una maggiore chiarezza espositiva i titoli degli elementi del contesto interno sono stati evidenziati in rosso.

<sup>4</sup> Vedi Parte Terza – La gestione del rischio. b) Il contesto interno – mappature dei processi



## Sviluppo demografico

A causa della pandemia si registra un nuovo record negativo per la natalità: nel 2021 i nati scendono a 400.249, facendo registrare un calo dell'1,1% sull'anno precedente (-4.643). La denatalità prosegue nel 2022. Secondo i dati provvisori di gennaio-settembre le nascite sono circa 6 mila in meno rispetto allo stesso periodo del 2021. Il numero medio di figli per donna, per il complesso delle residenti, risale lievemente a 1,25 rispetto al 2020 (1,24). Negli anni 2008-2010 era a 1,44. L'indice di natalità in Italia è sceso dal 7,3 per mille abitanti nel 2018 a 6,8 nel 2020/2021. L'indice di mortalità è invece aumentato passando dal 10,6 all'11,9 per mille abitanti nel 2021. L'età media della popolazione è passata da 45,2 a 45,9. In Liguria gli indici risultano ancora più elevati rispetto alla media nazionale così come risulta dal prospetto sottostante:

|               | Età media   |
|---------------|-------------|
| Imperia       | 48,9        |
| Savona        | 49,8        |
| <b>Genova</b> | <b>49,3</b> |
| La Spezia     | 48,8        |
| Liguria       | <b>49,2</b> |
|               |             |
| <b>ITALIA</b> | <b>45,9</b> |

Anche l'indicatore sul tasso di crescita della popolazione si presenta, per l'area genovese in netto calo nel triennio 2018/2020<sup>11</sup> (dato Istat agosto 2021):

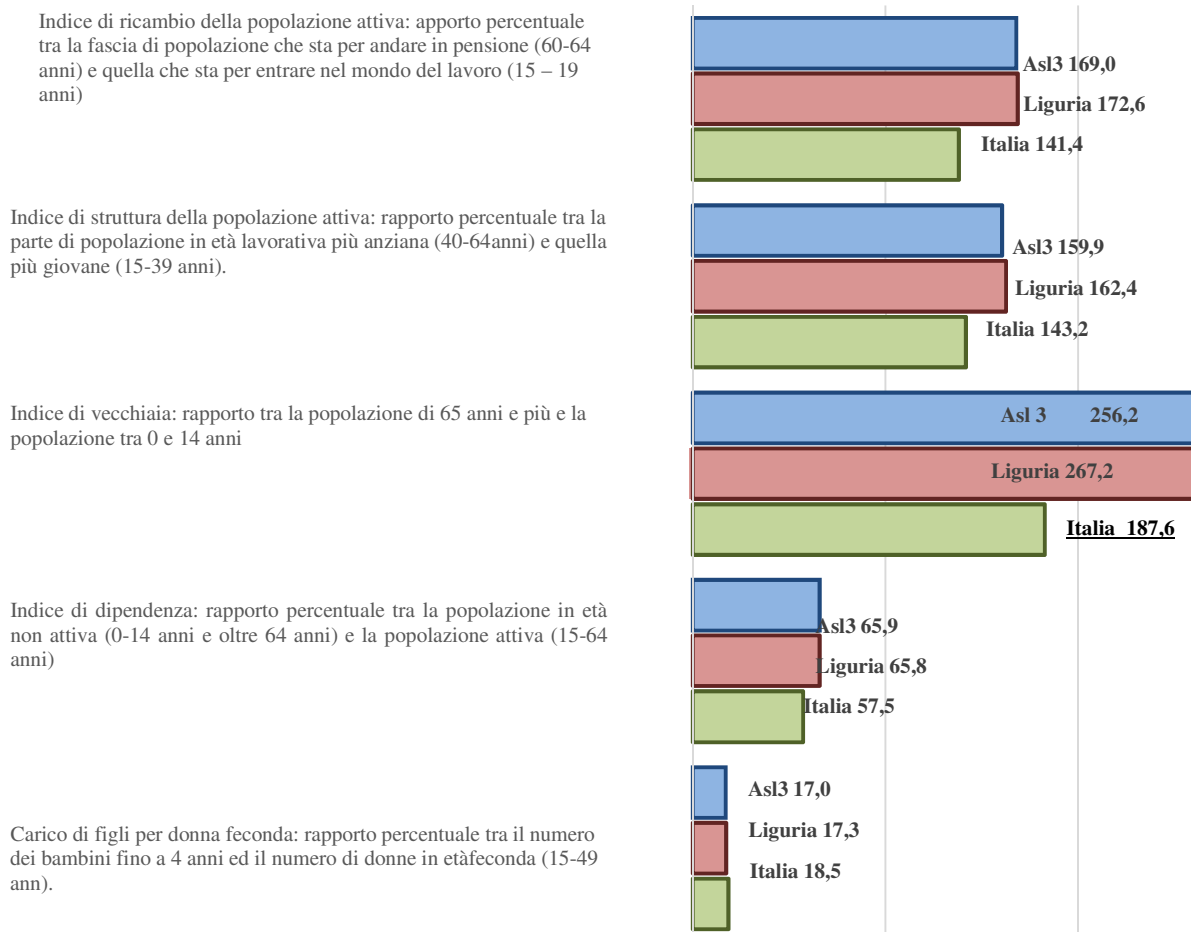
|               | 2018        | 2019        | 2020*        |
|---------------|-------------|-------------|--------------|
| Imperia       | -5,2        | -2,6        | -3,8         |
| Savona        | -7,2        | -7,2        | -11,3        |
| <b>Genova</b> | <b>-6,0</b> | <b>-5,9</b> | <b>-11,3</b> |
| La Spezia     | -2,4        | -3,2        | -8,7         |
| Liguria       | <b>-5,6</b> | <b>-5,3</b> | <b>-9,9</b>  |
|               |             |             |              |
| <b>ITALIA</b> | <b>-2,0</b> | <b>-3,2</b> | <b>-6,5</b>  |

<sup>11</sup> I dati sulla popolazione sono tratti dal portale.istat.it e aggiornati ad agosto 2021

Seguono nel prospetto sottostante alcuni indici demografici (dato Istat 1/1/2022):

### Indici demografici anno 2022

■ Asl 3     
 ■ Liguria     
 ■ Italia



## ***b2 Analisi contesto interno – impatto demografia***

L'azienda ASL 3 è composta da 6 distretti e 4 ospedali, che costituiscono il presidio ospedaliero unico.

I sei distretti sono così articolati (fonte dati Comune di Genova – Demo Istat all'1/1/2022):

| <b>DISTRETTO</b> | <b>ABITANTI</b> | <b>KM<sup>2</sup></b> | <b>ABITANTI<br/>PER KM<sup>2</sup></b> | <b>ABITANTI<br/>nel 2018<sup>12</sup></b> |
|------------------|-----------------|-----------------------|--|---|
| DSS 8            | <b>88.297</b>   | 263,1                 | 336                                    | <b>94.584</b>                             |
| DSS 9            | <b>117.725</b>  | 25,83                 | 4.558                                  | <b>128.987</b>                            |
| DSS 10           | <b>105.671</b>  | 346,3                 | 305                                    | <b>113.372</b>                            |
| DSS 11           | <b>143.330</b>  | 148,692               | 964                                    | <b>148.692</b>                            |
| DSS 12           | <b>134.060</b>  | 3101                  | 43                                     | <b>143.867</b>                            |
| DSS 13           | <b>90.428</b>   | 97,9                  | 924                                    | <b>95.745</b>                             |
|                  | <b>679.512</b>  |                       |  | <b>725.247</b>                            |

La funzione ospedaliera è svolta dal Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.) che è costituito dagli stabilimenti ospedalieri, La Colletta (Arenzano), Padre Antero Micone (Sestri Ponente), Gallino (Pontedecimo) e Villa Scassi (Sampierdarena), quest'ultimo sede di DEA di Primo livello. I posti letto disponibili sono così distribuiti:

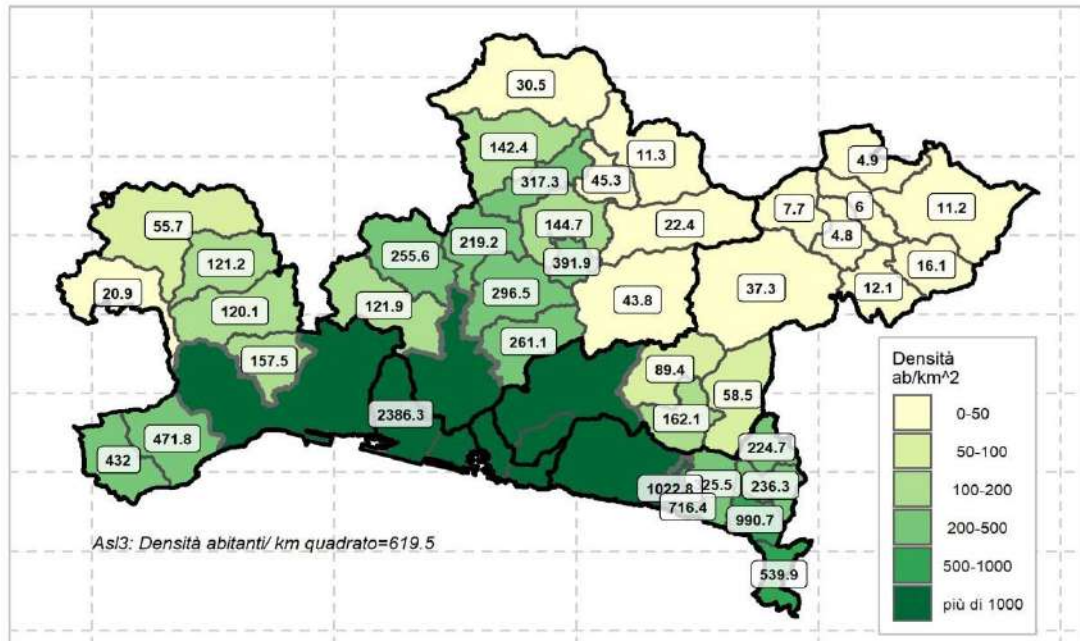
| <b>OSPEDALI</b> | <b>PL degenza<br/>ordinaria</b> | <b>PL day ho-<br/>spital</b> | <b>PL day sur-<br/>gery</b> | <b>Totali</b> |
|-----------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Villa Scassi    | 377                             | 17                           | 15                          | 409           |
| Micone          | 80                              | 7                            | 13                          | 100           |
| Gallino         | 37                              | 1                            | 7                           | 45            |
| Colletta        | 78                              | 1                            | 0                           | 79            |

<sup>12</sup>Dal confronto con i dati sulla demografia del 2018, riportati nel P.T.P.C.T. 2019 – 2021, si può notare una diminuzione della popolazione distrettuale confermando il trend al ribasso registrato già negli anni precedenti (vedi anche i dati sul tasso di crescita regionale del “contesto esterno” a pag. 38 - 39).

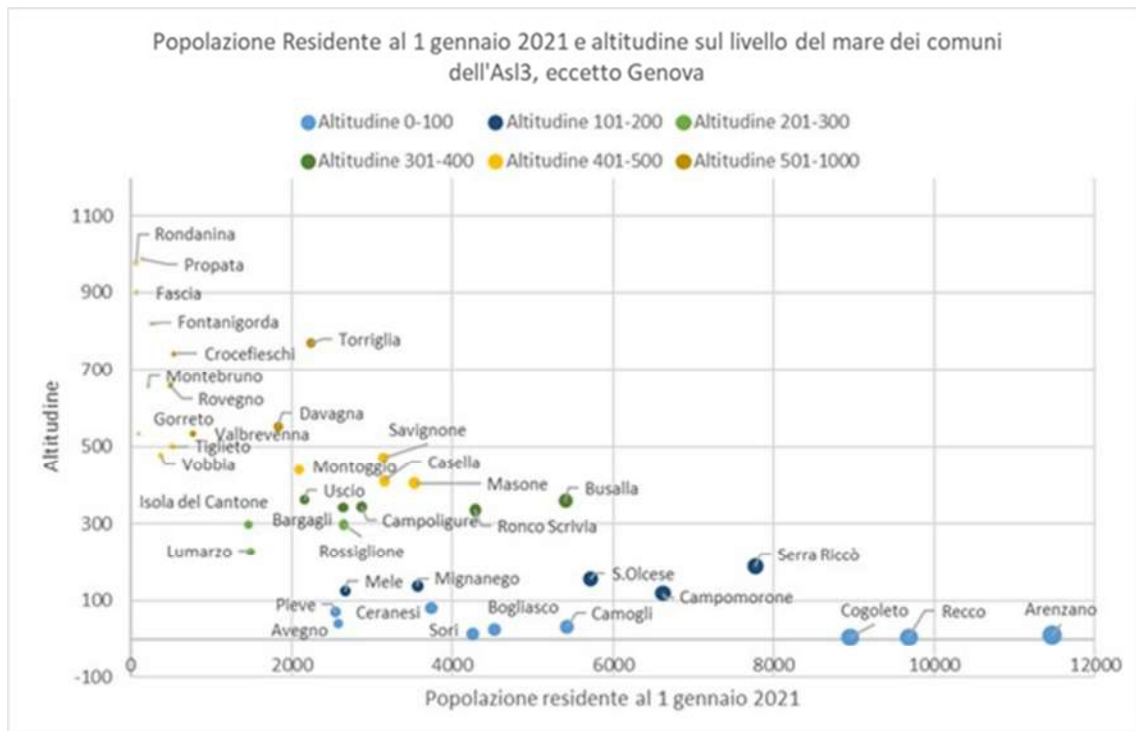
La popolazione residente (dato Istat gennaio 2022) è di 679.512 persone e risulta così distribuita:

- Maschi: 325.137
- Femmine: 354.375

Asl3: Densità abitanti/ km quadrato al 1 gennaio 2021



Essa è prevalentemente concentrata a Genova e nelle altre città costiere mentre l'entroterra risulta poco densamente popolato con piccoli centri abitati posizionati in valli anche montane per cui non sempre risulta agevole e veloce raggiungere in caso di assistenza sanitaria:



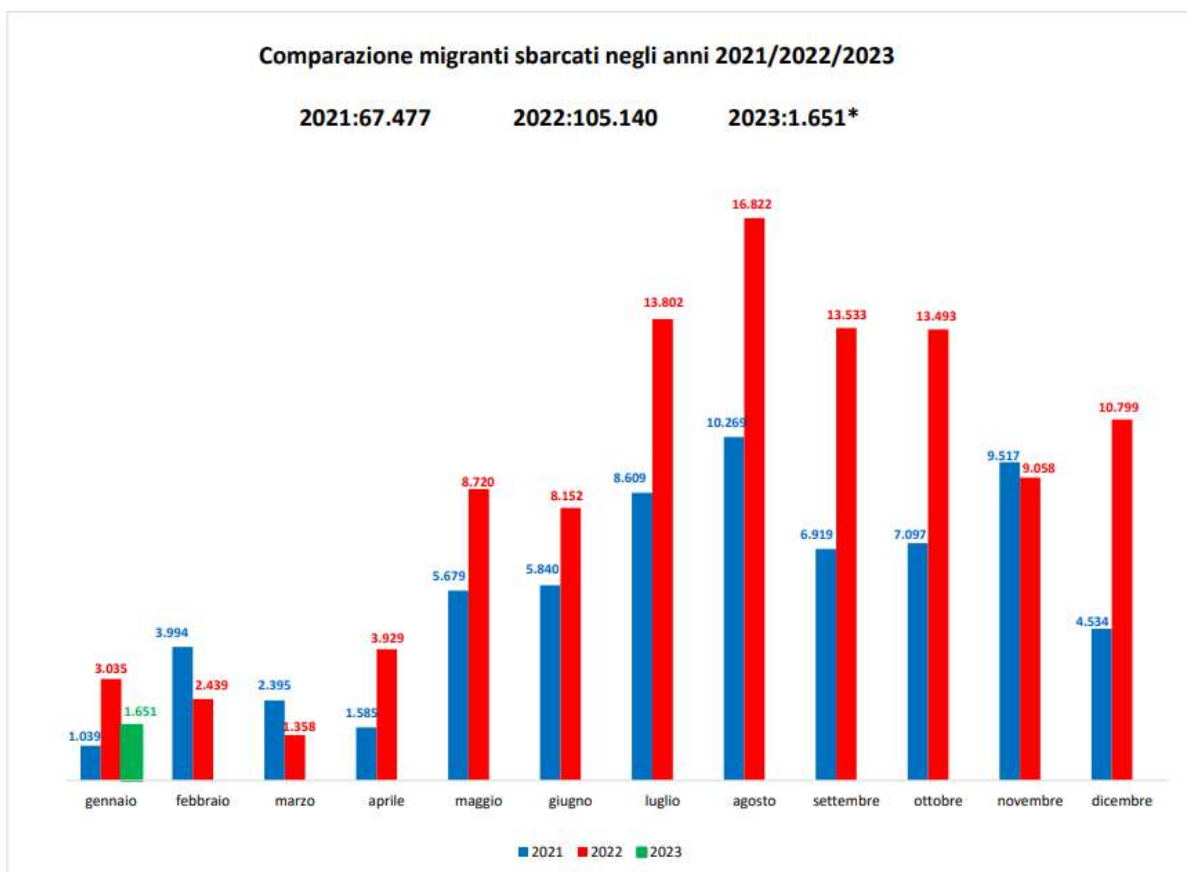
### ***Stranieri e migranti***

Gli stranieri residenti in Italia sono 5.030.716 di cui 2.468.202 maschi e 2.562.514 femmine

Gli stranieri residenti in Liguria sono 149.862 di cui 73.971 maschi e 75.891 femmine.

Nella Città Metropolitana di Genova 38.641 maschi, 39.516 femmine per un totale di 77.977<sup>13</sup>.

Sbarco migranti<sup>14</sup>



Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

A partire dallo scoppio della guerra russo – ucraina il flusso di migranti ucraini si è fatto via via più sostenuto senza registrare decrementi significativi. Dal 03/03/2022 al 16/12/2022 le donne adulte giunte in Italia sono state 92.331, 31.820 uomini, 49.438 minori per un totale di 173.589 persone<sup>15</sup>

<sup>13</sup> I dati sulla popolazione straniera sono presi dal portale.istat.it (aggiornati al 01/01/2022)

<sup>14</sup> Dal “Cruscotto statistico” del 3 gennaio 2023 del Dipartimento per le Libertà civili (ministero Interno)

<sup>15</sup> Dal sito della Protezione civile, pagina: <https://mappe.protezionecivile.gov.it/it/mappe-e-dashboards-emergenze/mappe-e-dashboards-ucraina/ingressi-alle-frontiere>

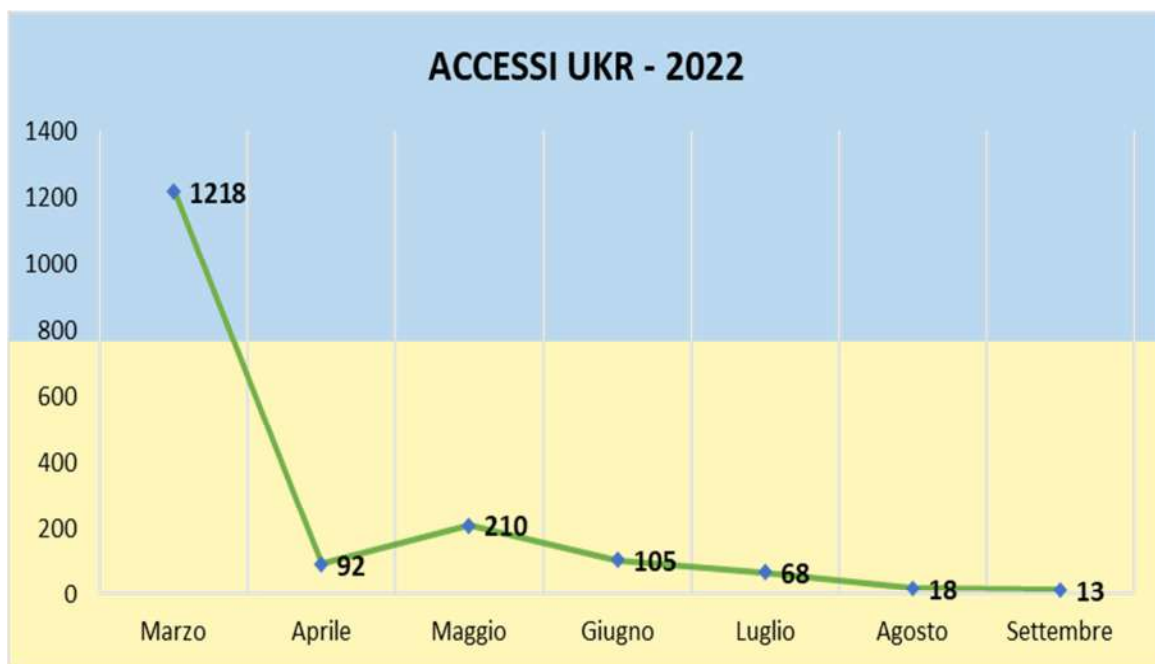
### ***Analisi del contesto interno – impatto guerra in Ucraina/profughi***

Su indicazioni di A.Li.Sa., questa Azienda ha organizzato un servizio straordinario di accoglienza sociosanitaria presso la sede di Villa Bombrini (successivamente trasferita presso l’Hub vaccinale di Sala Chiamata del Porto), al fine di:

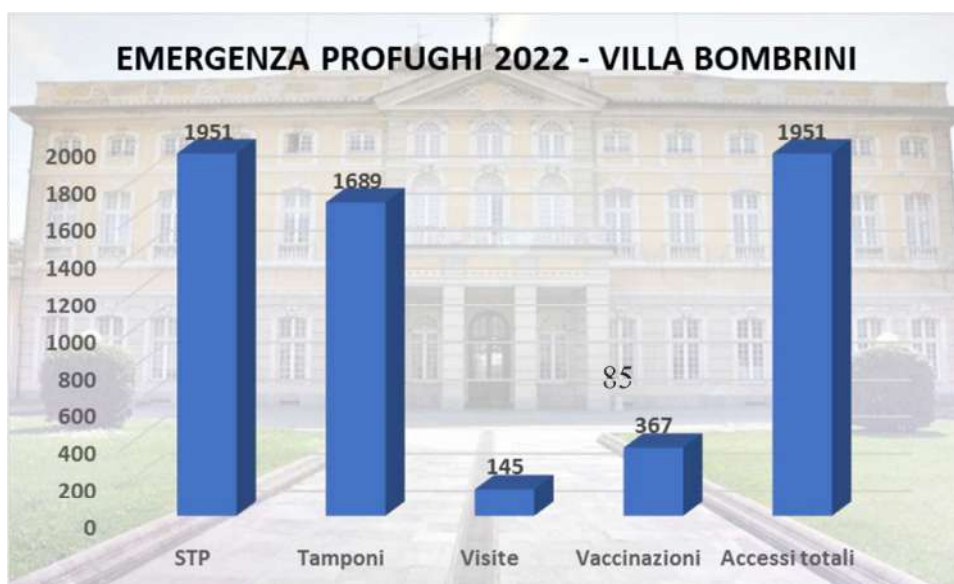
- coordinare le attività con enti ed istituzioni coinvolte nella gestione dell’Emergenza Ucraina;

- identificare e registrare i profughi;
- attivare dello screening sanitario e verificare della documentazione sanitaria;
- identificazione dei soggetti “fragili” da inserire in percorsi dedicati;
- attivare la prevenzione primaria e secondaria, incluse le attività di diagnostica infettivologica e/o le vaccinazioni;
- inserimento nei canali di assistenza sanitaria ed avvio di percorsi sanitari specialistici e/o di II livello.

Il massimo afflusso si è registrato in coincidenza con le prime fasi della guerra quando sembrava che l'avanzata russa potesse portare alla conquista di gran parte del territorio ucraino; a seguito della controffensiva di Kiev e l'arretramento dell'esercito russo l'afflusso è via via diminuito come attestano i grafici sotto riportati a cura della S.C. Igiene e Sanità Pubblica:



Le attività svolte hanno registrato i seguenti numeri:



## ***Inflazione***

Il Pil italiano dovrebbe rallentare significativamente nel 2023 attestandosi al +0,4% (rispetto al +3,9% del 2022). Nel 2023 il PIL dovrebbe essere sostenuto dal contributo della domanda interna (+0,5%) mentre la domanda estera fornirebbe un apporto negativo (-0,1%). I consumi delle famiglie residenti segnerà un deciso rallentamento nel 2023 (solo +0,4%) così come gli investimenti, previsti in diminuzione rispetto al 2022. La prolungata fase di crescita dei prezzi, sostenuta dall'eccezionale aumento di quelli dei beni energetici, malgrado la situazione climatica molto favorevole, si sta riflettendo sulla spesa delle famiglie<sup>10</sup>. Per contrastare l'inflazione la BCE sta aumentato i tassi di interesse ma per ora senza particolari effetti.

A seguito dell'aumento del gas, registrato anche nel mese di dicembre 2022 (aumento delle bollette del gas del 23%), la spesa complessiva per famiglia sale a 1.866 euro; anche il costo dei carburanti è aumentato di 20 centesimi ad inizio 2023 dopo lo stop al taglio delle accise e non sembra destinato a diminuire.<sup>16</sup>

L'accordo raggiunto sul tetto del gas a livello europeo (c.d. "price cap") entrerà in vigore solo dalla metà di febbraio 2023; successivamente si spera in una graduale diminuzione anche delle bollette.

---

<sup>16</sup>Rapporto dell'Istat sulle prospettive dell'economia italiana nel 2022 e 2023, pubblicato sul sito istituzionale dicembre 2022.

## ***Costi dei materiali da costruzione***

Anche i costi di costruzione sono lievitati nel corso del 2022: l'impennata dei prezzi dei materiali edili è stata talmente rapida da cogliere impreparate persino le imprese di costruzione; con aumenti del genere le ditte aggiudicatrici non sono in grado di portare a compimento i lavori di cui sono già affidatarie.

Con il DL n. 121/2021 il Governo ha messo a disposizione un Fondo al fine di poter compensare le imprese in relazione all'aumento dei costi dei materiali da costruzione che si registra da mesi a causa della pandemia da Covid 19, da un lato, e dalla richiesta esponenziale dei materiali grazie agli incentivi a favore dell'edilizia, dall'altro. Il Fondo, utilizzando il meccanismo previsto dal Codice dei contratti, coprirà i costi del 2021 e quelli del primo semestre 2022, per i contratti in essere.

Il Fondo relativo al 2021 è stato erogato dal Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile alle stazioni appaltanti per un importo complessivo pari a 200



milioni di euro, di cui:

- 100 milioni per il primo semestre;
- 100 milioni per il secondo semestre.

Le risorse sono erogate direttamente dal Ministero alle stazioni appaltanti, che hanno facoltà di utilizzare tali risorse come integrazione di quelle già previste nei quadri economici relativi alle singole opere<sup>17</sup>.

### ***Analisi contesto interno – impatto area tecnica***

Anche l'Area Tecnica di Asl3 ha dovuto gestire le richieste di modifica contrattuale da parte delle ditte aggiudicatrici a seguito dell'aumento dei costi dei materiali da costruzione.

---

<sup>17</sup> <https://biblus.acca.it/governo-e-aumento-dei-costi-da-costruzione/>

## Risorse PNRR Livello Nazionale

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**  
#NEXTGENERATIONITALIA

**SALUTE**

- ✓ 1.288 nuove Case di comunità e 381 ospedali di comunità per l'assistenza di prossimità
- ✓ Fornire assistenza domiciliare al 10% degli over 65
- ✓ 602 nuove Centrali Operative Territoriali per l'assistenza remota
- ✓ Oltre 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura

MISSIONE 1 MISSIONE 2 MISSIONE 3 MISSIONE 4 MISSIONE 5 **MISSIONE 6**

MEF Ministero dell'Economia e delle Finanze

Mission 6 - “Salute”: stanziata complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo Recovery and Resilience Facility, RRF e 2,9 dal Fondo) con l’obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

### Azioni principali MISSIONE 6 : SALUTE

- 1.288 nuove Case di comunità e 381 ospedali di comunità per l'assistenza di prossimità;
- Fornire assistenza domiciliare al 10% degli over 65; 602 nuove Centrali Operative Territoriali per l'assistenza remota;
- Oltre 3.133 nuove grandi attrezzature per diagnosi e cura

### Livello regionale

In base alle risorse assegnate alla Regione Liguria, gli investimenti finanziati con PNRR e Fondo Complementare da realizzarsi sulle strutture del SSR - in materia di offerta di assistenza territoriale, adeguamento sismico dei presidi ospedalieri, digitalizzazione e ammodernamento tecnologico - ammontano complessivamente a oltre 188 milioni di euro, di cui circa 34 relativi alla digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA di I e II livello) e contemplano la gestione della progettazione, della gara d’appalto e dell’esecuzione del contratto di circa:

- 60 interventi di ristrutturazione edilizia;
- 99 interventi di acquisizione di apparecchiature elettromedicali, nonché l’adesione ad Accordi Quadro, gare Consip per la parte di digitalizzazione DEA I e II livello

## **Contesto interno – impatto PNNR - Azione 6**

Con deliberazione n. 89/2022 questa Azienda ha approvato l'elenco degli **Interventi da realizzare sul territorio aziendale** con i fondi del P.N.R.R. consistenti in:

- N. 13 Case di Comunità (C.d.C) di cui 6 hub e 7 spoke
- N. 4 Ospedali di Comunità (O.d.C.)
- N. 6 Centrali Operative Territoriali (C.O.T.) con sede in ciascun hub

Con deliberazione n. 90/2022 ha parimenti approvato gli interventi di adeguamento antisismico con l'utilizzo dei fondi del P.N.R.R. per n. 4 strutture.

Con deliberazioni N. 63/2022, 105/2022 e 241/2022 sono stati approvati gli interventi nell'ambito del PNRR relativi alle missioni:

- M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero (grandi Apparecchiature sanitarie)
- M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II).

Nell'ambito dei processi di riqualificazione energetica, va inserito il progetto, a valere dal 2023, della riqualificazione **dell'Ospedale La Colletta di Arenzano**: tale progetto prevede, oltre alla sostituzione e revisione di tutti gli infissi, anche il posizionamento di un impianto fotovoltaico, in modo da rendere l'Ospedale autonomo dal punto di vista energetico. Il costo complessivo dell'opera (quadro economico) è stimato in € 2.500.000.

Il progetto di **digitalizzazione dei DEA** è quota parte di un progetto complessivo che prevede interventi coordinati e complementari in tutti i presidi ospedalieri sedi di DEA della Regione Liguria. L'intervento riguarda una soluzione regionale per la digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (SIO) e dei Pronto Soccorso e DEA in termini di realizzazione di sistema applicativo che contempli l'integrazione e cooperazione delle soluzioni regionali comprensive di infrastrutture locali, centrali e di disaster recovery, in aderenza alle Linee Guida AgID "per la razionalizzazione della infrastruttura digitale della Pubblica Amministrazione". Per questo progetto all'ASL 3 sono stati destinati € 2.259.987,00

- M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali: Interconnessione (circa € 399.774) e device (circa € 653.971)

Questo intervento è incentrato sulla realizzazione delle infrastrutture HW e SW nelle 6 COT Aziendali previste per l'attuazione dell'interconnessione e sincronizzazione delle applicazioni dedicate alla gestione informatizzata del paziente in tutti gli ambiti (territoriale, domiciliare, in dimissione) e sulla fornitura dei "piccoli" dispositivi elettromedicali utilizzabili sia in ambito ambulatoriale che domiciliare. Punti chiave di questo progetto sono il concetto di Presa in Carico del paziente – univoca a livello regionale – la standardizzazione e i parametri di Tele-visita e tele-monitoraggio a livello regionale e nazionale, la digitalizzazione della documentazione clinica del paziente.

Nel primo semestre 2023 saranno completate le procedure di validazione dei progetti ed attivate diverse procedure di gara a partire dalle COT e dalle Case della Comunità. Nel secondo semestre 2023 verranno completate le procedure inerenti l'attivazione dei cantieri dei rimanenti interventi relativi alle Case di comunità agli Ospedali di comunità ed agli adeguamenti sismici previsti.

Al fine di garantire al cittadino la possibilità di identificare facilmente gli interventi di competenza di Asl3 (quale soggetto attuatore esterno, delegato dalla Regione Liguria) è stata creata una sottosezione all'interno della sezione "Altri Contenuti" di Amministrazione Trasparente denominata "Pnrr": PNRR - Asl3

All'interno di questa nuova sezione sono presenti, tra l'altro, gli elenchi degli interventi suddivisi per le Strutture aziendali competenti: SSD Elettromedicali, S.C. S.I.A. e gli uffici dell'Area Tecnica.

Gli elenchi sono strutturati per consentire la visione delle seguenti informazioni:

- Denominazione intervento
- Codice CUP
- Autorizzazioni contabili
- Importo del finanziamento
- Luogo dell'intervento
- Responsabile Unico del procedimento (in comando presso la Regione Liguria)
- Numero del CIG
- Stato di avanzamento dell'intervento con aggiornamento periodico e in caso di modifiche (ultimo aggiornamento al 04/10/2022)
- Tempistiche di realizzazione (durata presunta dell'intervento)

Inoltre come misure generale di prevenzione prevista per il 2023 sarà richiesta la compilazione di una modulistica specifica sul conflitto di interessi da parte di

tutti i soggetti coinvolti nei contratti pubblici con particolare riferimento alla fase di esecuzione dei contratti finanziati dal PNRR (previa predisposizione di un apposito modulo sul conflitto di interesse sulla base di quello proposto da Anac all'interno del PNA 2022).

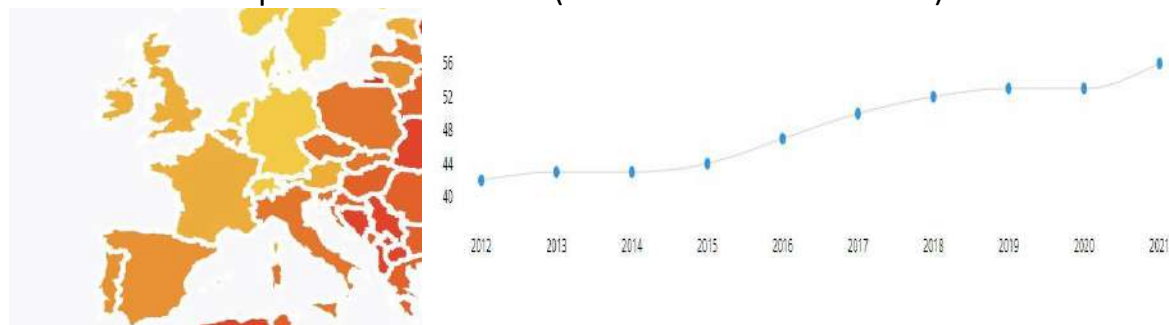
Per quanto riguarda le misure antiriciclaggio si rinvia successivo paragrafo (casistica giudiziaria/Antiriciclaggio).

### ***Livello di corruzione in sanità, criminalità, antiriciclaggio, droga e mafia***

#### Livello di corruzione

La modalità per misurare il livello di corruzione della corruzione è di tipo soggettivo; l'indice più utilizzato è cosiddetto "Indice di percezione della Corruzione (CPI)". Determina la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica nei 180 Paesi del mondo, attribuendo a ciascuna Nazione un voto che varia da 0 (massima corruzione) a 10 (assenza di corruzione)<sup>18</sup>.

Nel 2021 L'Italia ha ottenuto un punteggio di 56/100 posizionandosi al quarantaduesimo posto. Malgrado a partire dagli ultimi dieci anni abbia migliorato la propria classifica (nel 2012 prima dell'adozione della L. n. 190/2012 era settantaduesima) l'Italia rimane ultima tra i paesi dell'Europa occidentale e di quella mediterranea (ad eccezione della Grecia):



19

L'indagine per corruzione, riciclaggio di denaro e partecipazione a un'organizzazione criminale avviata recentemente in Belgio, con il coinvolgimento due personalità politiche italiane, che avrebbero ottenuto grosse somme di denaro per difendere al Parlamento europeo gli interessi di un Paese del Golfo Persico, potrebbe modificare in negativo il punteggio assegnato al nostro paese nel 2022.

<sup>18</sup> Il prossimo PCI del 2022 sarà reso pubblico alla fine di gennaio 2023.

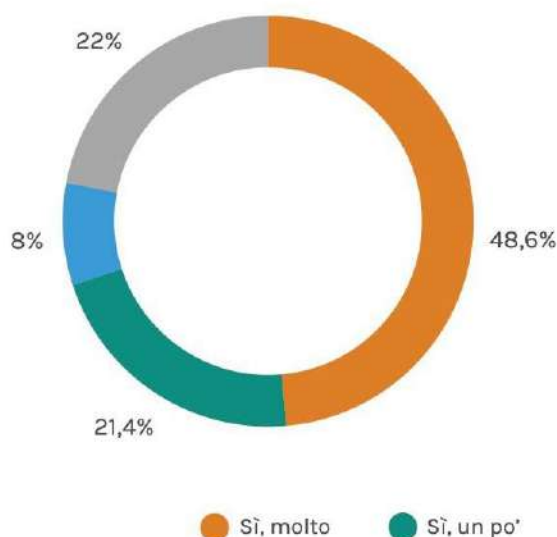
<sup>19</sup> I colori più scuri rappresentano livelli di corruzione più alti

## Impatto della pandemia Covid sulla percezione della corruzione in sanità

In base ad un sondaggio condotto da *React* in collaborazione con *Trasparency Italia* che ha coinvolto le aziende sanitarie aderenti al Forum per l'integrità in Sanità, per un totale di quasi 4.000 dipendenti intervistati, emerge che la percezione della corruzione all'interno degli Enti sanitari sia aumentata in conseguenza e per gli effetti dell'emergenza Covid:

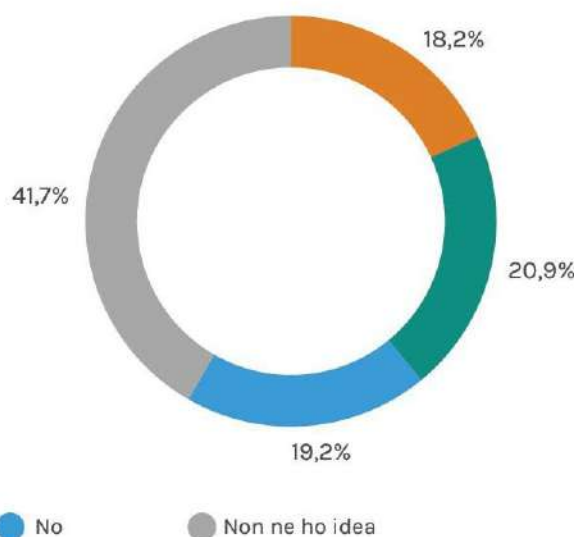
SECONDO LEI, L'EMERGENZA LEGATA AL COVID-19 HA AUMENTATO IL RISCHIO DI CORRUZIONE NELLA SANITA' ITALIANA?

FIGURA 6 / Risposte %



SECONDO LEI, L'EMERGENZA LEGATA AL COVID-19 HA AUMENTATO IL RISCHIO DI CORRUZIONE NEL SUO ENTE?

FIGURA 7 / Risposte %



In ordine di preferenze si evidenziano i rischi di corruzione/malamministrazione, connessi all'emergenza sanitaria che sono stati scelti dagli intervistati: Procurare un tampone o la vaccinazione ad un amico/parente/conoscente non rispettando l'ordine previsto. Favorire un determinato fornitore di dispositivi di protezione (es. mascherine). sottrazione di dispositivi di protezione da parte del personale. Favorire un determinato fornitore di servizi (es. sanificazione, servizi informatici, consulenze). Abuso del potere discrezionale da parte degli organi apicali. Abuso dello smart-working per lavorare meno. Selezione pilotata di nuovo personale, sulla base di ragioni di parentela, amicizia, altri interessi privati<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Il valore pubblico dell'integrità: rilevazione tra gli enti del forum per l'integrità in sanità, REACT/Trasparency, 2022, pagg. 6,7

## ***Indice di criminalità***

Dai dati tratti dall'*Indice di criminalità* del 2022, elaborati dal "Sole24ore"<sup>21</sup> (in base alle informazioni provenienti dal Dipartimento di pubblica sicurezza sul numero di denunce ogni 100.000 abitanti), la Liguria scende di una posizione rispetto al 2021 anno che aveva fatto registrare un forte aumento delle denunce di reati dopo la flessione nei mesi di chiusura per il Covid. La nostra regione si pone al decimo posto in Italia come numero di denunce registrate con 4.183,4 denunce ogni 100.000 abitanti per un totale di 34.177 denunce:

---

<sup>21</sup> I dati completi relativi al 2022 sono visibili su <https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/?Genova>





In particolare Genova si trova fra i primi posti in Italia in quanto a numero di denunce (ogni 100.000 abitanti) dei seguenti reati:

- Rapina in esercizi commerciali, ottavo posto, 247,1 denunce (stessa posizione del 2021 ma con un numero di denunce superiore)
- Furti con destrezza, ottavo posto, 247,1 (lo stesso del 2021)
- Furti in esercizi commerciali, nono posto 146,6 denunce
- Rapine, settimo posto, 52,2 denunce
- Stupefacenti, nono posto, 76,1 denunce

### **Antiriciclaggio**

Il fenomeno di riciclaggio registra un aumento significativo; infatti se il numero di denunce depositate nel 2021 era di 2,9 per ogni 100.000 abitanti che collocava la città al trentasettesimo posto in Italia nel 2022 le denunce sono state 36 che porta Genova a scalare molte posizioni fino ad arrivare al dodicesimo posto della graduatoria nazionale.

L'aumento del fenomeno è confermato anche dal numero segnalazioni di operazione sospette ricevuti dalla Unità Informativa Finanziaria (UIF): nel 2020 ammontano a 2.574, (di cui 1.319 nella città metropolitana di Genova), nel 2021 di 3198 (1636 a Genova) mentre nel I semestre 2022 a 1.636 (di cui 850 a Genova). Il totale del 2022 è stato di 3198 segnalazioni in tutta la Liguria (di cui 1584 a Genova). Anche a livello nazionale i numeri sono in aumento: dalle 70.123 segnalazioni del I semestre 2021 si è passati a 74.233 segnalazioni nel I semestre del 2022.

Si deve, infine, segnalare la scarsa propensione delle PP.AA a dotarsi di un sistema organizzativo efficace per l'individuazione di operazioni sospette; infatti nel 2021

sono state soltanto 128 le segnalazioni provenienti dalle amministrazioni, 69 nel I semestre 2022, ultimo dato che risulta attualmente disponibile<sup>21</sup>. E' altrettanto vero che la normativa sugli appalti viene considerata fortemente "blindata" dalle stazioni appaltanti, in quanto le motivazioni di esclusione dalle procedure di gara coincidono con gli indicatori UIF relativi alle operazioni sospette.

Attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) verranno avviati una serie di investimenti volti al rilancio delle economie dei Paesi dell'UE membri dopo un lungo periodo di rigide restrizioni e perdite macroscopiche dei volumi di PIL tramite tranche di erogazione di fondi europei. Contestualmente verranno condotti una serie di monitoraggi e di contromisure a tutti i livelli istituzionali utili a contrastare oltre al probabile diffondersi di fenomeni corruttivi le mire della criminalità organizzata credibilmente attirata dall'imponenza di tali flussi di denaro<sup>22</sup>. Pertanto permane il rischio che i sodalizi più evoluti e con una maggiore vocazione "imprenditoriale" avendo la capacità di adattarsi rapidamente ai mutamenti socio-economici sappiano approfittare delle nuove opportunità di investimento inserendosi nel circuito dei finanziamenti anche con forme di "assistenza sociale" alternativa. La loro più marcata propensione è quella di commo beneficio<sup>23</sup>

### ***Droga e mafia***

Per quanto concerne la presenza di stupefacenti la nostra regione ha visto aumentarne il traffico. Le operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia nel corso del 2019 state 1.174 rappresentando il 4,54% del territorio nazionale con un aumento dello 0,86% rispetto ai numeri del 2018. La Liguria si pone al quarto posto nel Nord Italia, dato preoccupante anche in considerazione del numero di abitanti.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Quest'ultimo dato è stato tratto da: "Quaderni dell'antiriciclaggio dell'Unità di Informazione Finanziaria - I semestre 2021, pag. 15 e del I semestre 2022 pagg 23 e segg

<sup>23</sup> Una particolare attenzione dovrà essere rivolta ai crediti di imposta riconosciuti per specifiche operazioni economiche. Fra questi, per rilevanza, il contributo per il recupero edilizio finalizzato al risparmio energetico e della staticità antisismica che determina, a particolari condizioni, un credito di imposta che può raggiungere il 110% delle spese sostenute (DL 34/2020). Potrà verificarsi fra le altre dinamiche illecite il proliferare di false attestazioni da parte di professionisti compiacenti, ma anche una catena di finte cessioni del credito basate anche su F.O.I., così da generare fittizi crediti di imposta liquidabili appunto con le cessioni di crediti, per mascherare operazioni di riciclaggio o reimpiego di proventi illeciti

<sup>23</sup> I rischi connessi con i fondi del PNRR sono stati ripresi dalla Relazione semestrale DIA, II semestre 2021, pagg. 252 e segg.

<sup>24</sup> Questi dati sono stati ricavati dall'Annuario delle statistiche ufficiali del Ministero dell'Interno 2020. Non sono disponibili dati più recenti [http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Annuario\\_delle\\_statistiche\\_ufficiali\\_del\\_ministero\\_dell\\_interno\\_edizione\\_2020-10302134.htm](http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Annuario_delle_statistiche_ufficiali_del_ministero_dell_interno_edizione_2020-10302134.htm). i

Sarebbe confermato come il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti rappresenti segnatamente per le organizzazioni mafiose che operano su scala internazionale la principale fonte di guadagno. Ciò nonostante le misure di contenimento adottate in conseguenza dell'emergenza pandemica abbiano nei mesi passati determinato un rallentamento delle transazioni commerciali nelle aree portuali della Regione (Genova, La Spezia e Vado Ligure). Proprio la Banca d'Italia dall'altra parte nel consueto report "L'economia della Liguria" pubblicato il 17 novembre 2021 ha sottolineato un sostanziale incremento dei traffici marittimi containerizzati, di quelli autostradali, dei flussi turistici oltre ad una ripresa generalizzata dell'attività di altri settori quasi a livelli pre-covid. Tali considerazioni valgono anche per ciò che concerne la frontiera terrestre di Ventimiglia. (IM) che costituirebbe luogo di transito di corrieri provenienti dal nord Africa che lungo la direttrice terrestre Spagna-Francia-Italia importerebbero attraverso quel valico autostradale grandi quantità di hashish e marijuana principalmente provenienti dal Marocco.

Un altro ambito in cui il rischio di infiltrazioni di malavita organizzata risulta molto concreto riguarda l'area degli appalti. A questo proposito bisogna ricordare che sono ancora in corso i lavori per la realizzazione di grandi opere pubbliche quali il Terzo Valico ed il nodo ferroviario di Genova oltre a quelli straordinari previsti dal decreto "Genova" (L. n. 138/2018) per il potenziamento del sistema portuale ed aeroportuale<sup>25</sup>.

### ***Giurisdizione contabile, vigilanza sanitaria, inchieste su appalti***

Giurisdizione contabile: Le inchieste, attività e i dati in percentuale relativi alla tipologia di giudizi emessi dalla Corte dei Conti (sez. giurisdizionale per la Liguria) sono stati riportati nel P.T.P.C.T. 2022 – 2024 a cui si rinvia.<sup>26</sup>

Vigilanza sanitaria: I Carabinieri dei NAS, d'intesa con il Ministero della Salute, dalla metà del mese di novembre 2022 hanno pianificato e condotto servizi di controllo mirati su tutto il territorio nazionale presso strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private che, per sopperire alla carenza di personale e garantire

---

<sup>25</sup> Relazione semestrale DIA, II semestre 2021, pagg. 252 e segg.

<sup>26</sup> I dati sono stati tratti dalle relazioni di inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 della Corte dei Conti della Liguria già riportati nel P.T.P.C.T. precedente. Al momento sono disponibili dati più recenti.

l'erogazione minima dei servizi di cura ed assistenza, ricorrono sempre più spesso a contratti di appalto (contratti a gettone) per avvalersi di professionalità sanitarie - medici, infermieri ed operatori sanitari - forniti da società esterne, solitamente riconducibili a cooperative. Sono state controllate 1.934 strutture sanitarie, monitorando 637 imprese/cooperative private e verificando l'idoneità di oltre 11.600 figure. Sono state riscontrate irregolarità in 165 posizioni lavorative tra le quali:

- Invio di personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici, in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'Azienda sanitaria, o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali socio-sanitarie (o.s.s.),
- Fornitura di sanitari di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente - anche sopra i 70 anni
- molteplici casi di esercizio abusivo della professione in particolare riguardanti lo svolgimento di attività infermieristiche in assenza di iscrizione all'albo<sup>27</sup>
- Appalti:
  - Da segnalare la recente inchiesta della Procura di Genova sulle modalità di individuazione degli operatori per la messa in onda degli eventi del c.d. "Tricapodanno" di Genova. Secondo l'accusa il Comune non avrebbe rispettato la legge che prevede l'obbligo di assegnare fondi pubblici di valore superiore ai 40 mila euro tramite una gara (o sopra la soglia più alta consentita dai Decreti semplificazione, Dlgs. n. 76/2020 e n. 77/2021) scorporando l'appalto in procedure più piccole. Per la Procura il Comune avrebbe "frazionato ad hoc un maxi appalto da quasi 500.000 euro di soldi pubblici in quattro affidamenti più piccoli per rimanere al di sotto della soglia di legge<sup>28</sup>.
  - Si segnalano attività ispettive da parte dell'Autorità Anticorruzione rivolte a enti del Servizio Sanitario al fine di verificare la correttezza delle procedure sulle proroghe contrattuali (di lavori, servizi e forniture).

---

<sup>27</sup> Da il Secolo XIX, Venerdì 6 gennaio 2022

<sup>28</sup> Parcellizzare lavori di appalti al fine di aggirare la soglia prevista dalla norma, e quindi procedere con affidamenti periodici plurimi, viola la legge [...] e denota da parte delle amministrazioni pubbliche che procedono in tale direzione una incapacità o non volontà di programmazione pubblica corretta dei lavori" Del. ANAC n. 578/2022

## ***Contesto interno – impatto legalità***

Monitoraggio sul rispetto della legalità in Azienda: Il numero dei procedimenti disciplinari interni registra una diminuzione rispetto agli anni pre-covid. In totale sono 17 i procedimenti maggiori (sanzionati non con un semplice rimprovero verbale) attivati nel corso del 2022 di cui tre penalmente rilevanti (di cui due per reati commessi fuori servizio).

In quattro casi i procedimenti sono riconducibili a violazioni del Codice di Comportamento (artt. 10 e 11).

Gli esiti sono stati: di archiviazione (5 casi), "licenziamento con preavviso ex art 55 bis comma 9 Dlgs 165/01 (1 caso) - il dipendente si è comunque dimesso prima della notifica -. Sempre in un caso: multa pari a 2 ore di retribuzione, multa pari a 4 ore di retribuzione, rimprovero scritto, sospensione per 2 giorni, sospensione per 3 giorni e un procedimento sospeso in attesa dell'esito del processo penale. Infine altri cinque procedimenti devono ancora concludersi.

Dei 17 procedimenti due hanno riguardato dirigenti gli altri quindici dipendenti del comparto<sup>29</sup>.

Si segnala che è stato aggiornato il processo denominato "Gestione procedimenti disciplinari medici in convenzione (sumaisti e i mmg)" a seguito del passaggio dell'istruttoria ai distretti e delle altre modifiche intervenute.

Appalti: Alla luce delle recenti inchieste e ispezioni sono state progettate delle specifiche misure di prevenzione di monitoraggio e controllo sui processi relativi alle proroghe e sono stati aggiornati i processi di affidamenti diretti la cui soglia è stata modificata dai Decreti Semplificazione. Inoltre sono previsti audit specifici nel prossimo triennio (collegati ai processi relativi alle proroghe sia dell'Area Tecnica che dell'Area Acquisti) al fine di verificare il rispetto dei principi di libera concorrenza, di non discriminazione, di parità di trattamento e di rotazione degli affidamenti all'interno delle procedure di selezione del contraente. Durante l'audit si verificherà anche l'assenza di frazionamento di appalti per evitare la gara pubblica. Un altro audit verrà attivato nell'ambito del processo "Affidamento lavori/servizi di architettura e

---

<sup>29</sup> Dati ricavati dagli elenchi forniti dall'UPD aziendale durante gli incontri periodici svolti nel corso del 2022

di ingegneria di importo compreso fra 20.000,00 € e la soglia di affidamento diretto (fino al 30/06/2023 €. 150.000)” per tracciare gli affidamenti il cui importo sia appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere agli affidamenti in deroga e verificare l’assenza di eventuali frazionamenti.

Vigilanza sanitaria: questa Azienda non intrattiene rapporti contrattuali con cooperative per la fornitura di medici e pertanto non esistono rischi connessi con questa procedura, oggetto delle recenti indagini dei Nas a livello nazionale.

## **Situazione sanitaria (Covid)**

Con DL n. 24 del 24/03/2022 lo stato di emergenza, deliberato dal Consiglio dei ministri il 31/01/2020 e via via prorogato, è stato dichiarato concluso il 31 marzo 2022. Il merito della situazione spetta ai vaccini che anche in futuro saranno lo strumento per la lotta al virus<sup>30</sup>

Tende a diminuire l'incidenza settimanale di Covid-19 nel nostro Paese, dai dati del 25/12/2022 sono 207 casi su 100mila abitanti. In calo anche l'Rt, 0,84 (nell'ultima settimana di marzo 2022 l'RT era all'1,09 e l'incidenza di 628,96 casi per 100.000 abitanti)<sup>31</sup>. Lieve flessione del tasso di occupazione dei posti letto in area medica, 13%, mentre resta sostanzialmente stabile la terapia intensiva, 3,2%. La situazione epidemiologica in questo momento è sotto controllo anche se preoccupano le notizie provenienti dalla Cina<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Il 17/12/2022 il responsabile della strategia per le minacce sanitarie e i vaccini dell'Ema, l'italiano Marco Cavaleri, ha spiegato che dovremo rivaccinarci ogni anno: «Aggiornaremo regolarmente i vaccini anti Covid per offrire la rivaccinazione ai gruppi vulnerabili, come facciamo ogni anno con il vaccino antinfluenzale»

<sup>31</sup> Tuttavia i dati del periodo 26/12/2022-1/1/2023 evidenziano una incidenza in lieve aumento e pari a 220 per 100.000 abitanti, rispetto alla settimana precedente che era 215 per 100.000 abitanti nel periodo 19/12/2022-25/12/2022.

<sup>32</sup> Il Ministro della Salute ha disposto con ordinanza, per tutti i passeggeri provenienti dalla Cina, l'obbligo di tamponi antigenici Covid-19 e, in caso di positività, l'esecuzione di test molecolari per il relativo sequenziamento del virus. L'Ordinanza è stata pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. n. 303 del 29 dicembre 2022 e resta in vigore fino al 31 gennaio 2023.

## Infezioni da virus SARS-CoV-2 nell'ultima settimana in Italia: dal 26 dicembre 2022 al 01 gennaio 2023



FIGURA 11 - TASSO DI INCIDENZA DI INFEZIONI DA SARS-CoV-2 PER 100.000 ABITANTI SEGNALATE IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA (PERIODO: 26 DICEMBRE 2022 - 01 GENNAIO 2023)

<sup>33</sup> Rapporto ISS Covid-19: sorveglianza, impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale, pag. 14.

Di conseguenza sono state allentate le misure di contenimento del virus così come le restrizioni per chi contrae il virus. In particolare le persone risultate positive ad un test diagnostico molecolare o antigenico per SARS-CoV-2 sono sottoposte alle misure di contenimento e sicurezza previste dalle indicazioni ministeriali vigenti in materia.

Da segnalare l'importanza di proseguire la campagna vaccinale per ridurre la pressione negli ospedali e nelle terapie intensive. Infatti risulta che nella popolazione di età 60-79 anni, per i non vaccinati il tasso d'ospedalizzazione (18/11/2022-18/12/2022) risulta più di due volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster e tre volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con 2° dose booster da meno di 120 giorni. Nei ricoveri in terapia intensiva (18/11/2022-18/12/2022) risulta quasi tre volte più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster e quattro volte più alto rispetto ai vaccinati con 2° dose booster da meno di 120 giorni. La mortalità (11/11/2022-11/12/2022) risulta tre volte più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster e quasi sei volte più alto rispetto ai vaccinati con 2° dose booster da meno di 120 giorni. Tali differenze sono ancora più evidenti tra i soggetti ultraottantenni

### Conseguenze del Covid a lungo termine

- **Depressione**
- **Patologie mentali dei minori**

<sup>34</sup> Da Rapporto ISS covid-19: sorveglianza, impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale, pag. 5



## **Depressione**

“Con il Covid la depressione è aumentata del 25%. La condizione depressiva ha colpito gli stessi operatori sanitari. Il cosiddetto long Covid comprende infatti per lo più disturbi psichici, tra cui ansia, panico, disturbi del sonno e nebbia mentale<sup>35</sup>.”

## **Patologie mentali dei minori**

“Il numero di bambini affetti da disturbi psichiatrici e neurologici è in forte aumento, mancano però i neuropsichiatri specializzati nella cura. Mancano anche i posti letto nei reparti di neuropsichiatria infantile: 395 su tutto il territorio nazionale a fronte di un fabbisogno di almeno 700. Secondo la *Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza* (SINPIA) è un bisogno primario per il Paese quello di formare giovani specialisti, portando a 400 la soglia minima dei posti annui di specializzazione”<sup>36</sup>.

Secondo le associazioni delle famiglie, sono più di 1200 i minori attualmente esclusi dai percorsi di terapia nel territorio di Asl3. Il responsabile del dipartimento Salute mentale: “Quadro aggravato dal Covid, pronto il piano di recupero”.

---

<sup>35</sup> Avvenire del 16/10/10. Articolo dedicato alla giornata europea della depressione del 2022

<sup>36</sup> Minori e salute mentale: mancano i neuropsichiatri infantili e non ci sono posti letto sufficienti: 395 in tutta Italia, dovrebbero essere almeno 700 - la Repubblica

## Contesto interno - impatto Covid

### Vaccinazioni

| Template vaccinazioni - Per Brand ASL e tipo |            | Tipo vaccino                                     |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |
|--|------------|--|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|
|  |            | 1-Vaccini a mRNA (COMIRNATY e MODERNA)           |  |                                  | 2-Vaccini a vettore virale (ASTRAZENECA,JOHNSON) |  |                                  | 3-Vaccini proteici                               |  |                                  |
|  |            | Totale dosi somministrate dal 27/12/2020 ad oggi | Di cui somministrate nelle ultime 24 ore | Di cui seconde dosi (del Totale) | Totale dosi somministrate dal 27/12/2020 ad oggi | Di cui somministrate nelle ultime 24 ore | Di cui seconde dosi (del Totale) | Totale dosi somministrate dal 27/12/2020 ad oggi | Di cui somministrate nelle ultime 24 ore | Di cui seconde dosi (del Totale) |
| ASL di somministrazione                      |            |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |
| A- ASL 1                                     |            | 415.088  | 181                                      | 134.374                          | 48.158   | -  | 20.091                           | 371  | -  | 183                              |
| B- ASL 2                                     |            | 597.501  | 314                                      | 190.201                          | 50.994   | -  | 20.693                           | 240  | -  | 107                              |
| C- AREA METROPOLITANA                        | ASL 3      | 1.348.174  | 631                                      | 399.009                          | 177.603  | -  | 71.758                           | 792  | -  | 345                              |
|  | EVANGELICO | 25.906   | -  | 12.554                           | 586  | -  | 255                              | -  | -  | -                                |
|  | GALLIERA   | 45.882   | -  | 21.409                           | 2  | -  | 1                                | -  | -  | -                                |
|  | GASLINI    | 30.933   | 1  | 13.942                           | -  | -  | -                                | -  | -  | -                                |
|  | S.MARTINO  | 121.198  | 49                                       | 46.552                           | 1.507  | -  | 373                              | 11   | -  | 3                                |

All'interno del link: [Vaccinazione anti-covid - Asl3](#) sono pubblicate tutte le modalità e le istruzioni aggiornate relative alla campagna vaccinale di Asl3 a cui si rinvia.

### ***Incarichi di consulenza (di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa)***

Proseguono le proroghe degli incarichi di consulenza, compresi gli incarichi in quiescenza, motivati dalla necessità di garantire l'attuazione del Piano pandemico e al fine di garantire gli standard assistenziali anche nel periodo post emergenziale e per consentire la prosecuzione degli obiettivi del Piano Vaccinale. Pertanto il relativo processo di competenza del settore "assunzioni" non sarà più oggetto di analisi ai fini del trattamento del rischio corruttivo, così come la mappatura delle assunzioni straordinarie dei medici convenzionati (Reclutamento personale sanitario convenzionato a tempo determinato da impiegare nell'emergenza Covid – 19) e della gestione delle squadre GSAT. Infatti le squadre GSAT non sono più attive e non è stato necessario attivare degli interpelli per i medici di continuità assistenziale inseriti nella graduatoria (SSD Gestione Rete Medici Convenzionati). Tuttavia al fine di garantire adeguato sostegno a domicilio agli utenti affetti da Covid è presente una squadra di assistenza afferente al Distretto Sociosanitario n. 11 sotto il coordinamento della Direzione Sociosanitaria.

I consumi settimanali dei dispositivi individuali (DPI) continuano ad essere consistenti soprattutto per quanto concerne le Strutture sanitarie e il Pronto Soccorso di Villa Scasi: in particolare per quanto riguarda le mascherine (FP2, FP3).

Per quanto riguarda l'utilizzo dello "smart – working" l'Azienda ha ritenuto di proseguire con la normativa interna già esistente che prevede la possibilità per il dipendente di chiedere l'autorizzazione a poter svolgere l'attività lavorativa da casa (pertanto il processo relativo pertanto continua ad essere attivo).

| PROGRESSIONE SMART WORKING ANNO 2022 | SESSO | TOTALE PERSONALE DIPENDENTE AL 31 OTTOBRE 2022 | DIPENDENTI IN SMART WORKING | %     |
|--------------------------------------|-------|--|-----------------------------|-------|
| PERSONALE AMMINISTRATIVO Comparto    | F     | 382  | 94                          | 24,61 |
|                                      | M     | 127  | 30                          | 23,62 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO Dirigenza   | F     | 9  | 2                           | 22,22 |
|                                      | M     | 5  | 1                           | 20,00 |
| PERSONALE PROFESSIONALE Dirigenza    | F     | 3  | 2                           | 66,67 |
|                                      | M     | 7  | 2                           | 28,57 |
| PERSONALE SANITARIO Comparto         | F     | 1780   | 31                          | 1,74  |

All.to 2 al PIAO 2023 -

|   |   |      |     |        |
|---|---|------|-----|--------|
|   | M | 498  | 10  | 2,01   |
| PERSONALE SANITARIO<br>Dirigenza Medica     | F | 473  | 4   | 0,85   |
|   | M | 335  | 2   | 0,60   |
| PERSONALE SANITARIO<br>Dirigenza non Medica | F | 91   | 7   | 7,69   |
|   | M | 21   | 1   | 4,76   |
| PERSONALE TECNICO<br>Comparto               | F | 596  | 20  | 3,36   |
|   | M | 260  | 13  | 5,00   |
| PERSONALE TECNICO<br>Dirigenza              | F | 1    | 1   | 100,00 |
|   | M | 1    | 0   | 0,00   |
| Totale complessivo                          |   | 4589 | 220 | 4,8    |

Le conseguenze dell'epidemia da Covid 19 hanno determinato un minor ricorso alle cure ospedaliere ed ambulatoriali, per cui si è cercato di fare adottare modalità alternative di cura, ove praticabili, quali la telemedicina e la "telerefertazione". In alcuni settori, cardiologia, diabetologia, riabilitazione funzionale, psichiatria, si è fatto ricorso all'attività da remoto, consentendo l'accesso alle cure anche nel periodo di chiusura delle strutture ambulatoriali.

Una riprova della diminuzione degli interventi chirurgici programmati nell'anno 2020, anche all'interno dei presidi ospedalieri di Asl3, a causa dell'alto numero di pazienti ricoverati per Covid , può essere indirettamente fornita dalla relazione sulla "gestione del processo relativo alla sanificazione e lavanolo" nella quale sono state analizzate, tra l'altro, le attività di pulizia e di consegna della teleria sterile durante la pandemia: "la teleria è risultata diminuita anche in considerazione del fatto che molte sale operatorie hanno accolto malati di Covid, trasformandosi di fatto in sale di rianimazione (che non hanno bisogno di teleria). Inoltre durante il Covid la domanda è diminuita a seguito della diminuzione di interventi chirurgici"<sup>38</sup>

Al fine di recuperare le prestazioni perse a causa del Covid, A.Li.Sa. già con una serie di incontri tenutisi in data 5 e 11 agosto 2021 aveva illustrato alle Aziende Sanitarie il progetto "Restart" con il quale si intendeva recuperare la produzione ospedaliera ed ambulatoriale riferita all'ultimo trimestre 2019 incrementata del 20% così da recuperare le prestazioni perse nel periodo di pandemia. Successivamente con Deliberazione n.717/2021, sulla base dei dati inviati dalle Aziende Alisa procedeva ad approvare il programma "Restart" individuando le aree di maggior interesse collegate al progetto:

- Ortopedia (Chirurgia protesica e interventi maggiori)
- Area cardiovascolare
- Oncologia
- Attività di screening
- Urologia e ginecologia
- ORL
- Oculistica (cristallino e intravitreali)
- Neuroriabilitazione
- Specialistica ambulatoriale

---

<sup>38</sup> Da "La gestione del processo relativo alla sanificazione e lavanolo", pag. 2 (questa analisi rientra nell'obiettivo strategico n. 4 del RPCT assegnato dal Direttore Generale per l'anno 2021)

I dati relativi all'attività chirurgica, dopo un iniziale rallentamento all'inizio del 2022, in coincidenza di una parziale recrudescenza del Covid, alla fine del 2022 si sono riportati in taluni casi ai livelli del 2019, anche se non si è potuto trarre il + 20% auspicato dal progetto iniziale.

Le motivazioni sono dovute, ancora una volta all'impatto del Covid:

- la dotazione dei posti letto è influenzata dal fatto che, in presenza di paziente Covid, è necessario disporre l'isolamento, con conseguente decremento dei posti letto
- i protocolli Covid per la dimissione rallentano il normale avvicinarsi del paziente sul posto letto
- in periodo Covid, molte strutture post ricovero hanno ridotto il numero di posti letto messi a disposizione del paziente dimissibile, ma non al domicilio.

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale, continuano a permanere criticità per le prestazioni maggiormente attenzionate (ecografie, colonscopie). Le ragioni, acuite dalla pandemia, possono essere ricercate nel fatto che:

- la tempistica pre covid non è stata ripristinata in toto
- le strutture accreditate hanno diminuito il numero di prestazioni da assegnare ad ASL 3.
- sono diminuite drasticamente le ore dei Medici Specialisti ambulatoriali in tutte le branche
- spesso non viene assegnato dal Medico di base la corretta modalità di erogazione: questo fattore, oltre ad incidere sull'appropriatezza prescrittiva, è un fattore che influenza le liste di attesa in modo significativo.

In conseguenza della pandemia, ASL 3 si è dotata di un Piano Pandemico aziendale, che racchiude tutte le procedure atte ad affrontare un nuovo episodio pandemico.

A tale proposito, è utile citare il piano incrementale dei posti letto, che consente all'Azienda, in pochi giorni, di trasformare i letti ordinari in posti letti Covid, con tutte le garanzie anti contagio. Ciò è stato possibile grazie agli adeguamenti strutturali che consentono di avere i requisiti di sicurezza nei reparti individuati dal Piano incrementale.

## Neuropsichiatria

Le prestazioni di neuropsichiatria hanno seguito il seguente andamento:

| n. prestazioni anno 2019 | n. prestazioni anno 2021 | n. prestazioni anno 2022 (10 mesi) |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 37.519                   | 45.885                   | 56.370                             |

Per migliorare la situazione delle liste di attesa è in completamento un concorso per 25 logopediste, al fine di migliorare l'assistenza del minore.

### ***Peste suina africana***

La Peste suina africana (PSA) è una malattia virale che colpisce suini e cinghiali altamente contagiosa e spesso letale per gli animali, **non è, invece, trasmissibile agli esseri umani**. Le epidemie hanno pesanti ripercussioni economiche nei Paesi colpiti.

Nel 2014 è esplosa un'epidemia di PSA in alcuni **Paesi dell'Est della UE**. Da allora la malattia si è diffusa in altri Stati Membri, tra cui Belgio e Germania, mentre in ambito internazionale è presente in Cina, India, Filippine e in diverse aree del Sud-Est asiatico, raggiungendo anche l'Oceania (Papua Nuova Guinea). Da gennaio 2022 la malattia è stata confermata in diversi cinghiali in Piemonte, nella provincia di Alessandria, e Liguria, nelle provincie di Genova e Savona. Il 5 maggio 2022 è stata inoltre riscontrata anche nel Lazio, in un piccolo cinghiale nella zona nord della città di Roma. Precedentemente in Italia la malattia era presente unicamente in Sardegna, dove negli ultimi anni si registra un costante e netto miglioramento della situazione epidemiologica. Il virus riscontrato nell'Italia continentale è geneticamente diverso dal quello circolante in Sardegna e corrisponde a quello circolante in Europa da alcuni anni<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> <https://intranet.asl3.liguria.it/notizie-dalle-strutture/contrasto-e-contenimento-della-diffusione-del-coronavirus-negli-ambienti-di-lavoro.html>

**Contesto interno – impatto**

I dati trasmessi dalla S.C. Sanità Animale, di cui alla sottostante tabella, che si riferiscono a tutto il territorio coperto dalla ASL 3 che è costituito da n. 29 Comuni ubicati in Zona Infetta (Zona di restrizione II, comprendente sia l'Area a circolazione virale attiva, sia l'Area ad alto rischio), nonché da n. 11 Comuni ubicati in zona di Sorveglianza (Zona di restrizione I) descrivono la situazione del territorio. Si presume che la densità media sia di circa 7 – 11 cinghiali per ettaro di territorio.

I dati non sono raccolti in base alle diverse zone di restrizione. Non si rilevano segnali favorevoli per un ritorno graduale alla normalità; anzi stanno nuovamente incrementando i rinvenimenti di carcasse positive e si è aperto un nuovo fronte a seguito del rinvenimento di casi per la prima volta anche in provincia di Savona, che ampliano la zona infetta a sud ovest, al di là delle recinzioni appositamente installate per rallentare l'espandersi della malattia.

Considerando che tutte le normative della UE vincolano la revoca delle restrizioni ad almeno un anno di distanza dal rinvenimento dell'ultimo caso di malattia, la criticità sarà ancora presente per tutto il 2023 e probabilmente anche per il 2024:

<sup>39</sup> [Peste suina africana \(salute.gov.it\)](https://salute.gov.it)

| Situazione al 19/11/2022           | TOTALE     | ATC    |           |        |         | Cittadini, Enti e Forze dell'Ordine |        |         | Nucleo vigilanza Regionale |        |         |                     | TOTALE     |
|------------------------------------|------------|--------|-----------|--------|---------|-------------------------------------|--------|---------|----------------------------|--------|---------|---------------------|------------|
|                                    |            |        |           |        |         |                                     |        |         |                            |        |         |                     |            |
| Carcasse segnalate totali          | 656        |        | 38        |        |         | 191                                 |        |         | 427                        |        |         |                     | 656        |
| Carcasse segnalate campionabili    | 646        | 98,48% | 35        | 92,11% | 5,42%   | 186                                 | 97,38% | 28,79%  | 425                        | 99,53% | 65,79%  |                     | 646        |
| Non campionabili                   | 10         | 1,52%  | 3         | 7,89%  | 30,00%  | 5                                   | 2,62%  | 50,00%  | 2                          | 0,47%  | 20,00%  |                     | 10         |
| Capi abbattuti                     | 336        | 51,22% | 0         |        |         | 0                                   |        |         | 336                        | 78,69% |         | (di cui positivi 0) | 336        |
| Campionati ma esame non eseguibile | 13         | 2,01%  | 1         | 2,86%  | 7,69%   | 9                                   | 4,84%  | 69,23%  | 3                          | 0,71%  | 23,08%  |                     | 13         |
| Esiti IZS non ancora pervenuti     | 0          | 0,00%  | 0         | 0,00%  | #DIV/0! | 0                                   | 0,00%  | #DIV/0! | 0                          | 0,00%  | #DIV/0! |                     | 0          |
| Esiti NEGATIVI                     | 563        | 87,15% | 7         | 20,00% | 1,24%   | 151                                 | 81,18% | 26,82%  | 405                        | 95,29% | 71,94%  |                     | 563        |
| Esiti POSITIVI                     | 70         | 10,84% | 27        | 77,14% | 38,57%  | 26                                  | 13,98% | 37,14%  | 17                         | 4,00%  | 24,29%  |                     | 70         |
| <b>TOTALE</b>                      | <b>656</b> |        | <b>38</b> |        |         | <b>191</b>                          |        |         | <b>427</b>                 |        |         |                     | <b>656</b> |



In considerazione di questa criticità la S.C. Sanità Animale ha provveduto a mappare il processo denominato: “Gestione emergenza peste suina africana: campionamento di tutte le carcasse di cinghiali o suini rinvenute nelle zone di restrizione I e II - gestione focolai”.

### ***Mappatura dei processi:***

In base all'analisi del contesto e all'esito del monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione sono stati rivisti e modificati i processi aziendali il cui elenco è presente nell'all.to n. 1: - Elenco processi. Sono stati suddivisi per le seguenti aree di rischio (generali e specifiche):

- Acquisizione e gestione del personale Affari legali e contenzioso
- Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico
- Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico
- Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Attività libero professionale e liste di attesa
- Contratti pubblici
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Incarichi e nomine
- rapporti contrattuali con privati accreditati

L'estensione dei processi analizzati ha consentito di ricomprendere tutte le aree di rischio identificate dall'Autorità Anticorruzione. Tutte le schede suddivise per Dipartimento sono visibili nell'all.to n. 4 – Schede mappatura processi e rischi. La scheda relativa alla mappatura dei processi, utilizzata nel 2022 da tutti gli uffici coinvolti per l'analisi e l'aggiornamento delle proprie attività, si suddivide nelle seguenti sezioni:

1. Fasi del processo
2. Descrizione della fasi/azioni (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)
3. Tempistiche fasi/azioni (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)
4. Perimetro di competenza delle varie fasi/azioni (esterno all'Azienda o interno)
5. Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)
6. Esecutore della fase (denominazione dell'ufficio competente allo svolgimento della fase/azione)

Rispetto al 2022 sono stati eliminati alcuni processi come quelli attivati in conseguenza della pandemia e sono stati aggiornati altri anche sulla base del mutato contesto esterno di riferimento:

| <b>DIPARTIMENTI</b>                                  | <b>Numero processi</b> | <b>N. nuovi processi</b> |
|--|------------------------|--------------------------|
| DIPARTIMENTO PATOLOGIA CLINICA                       | 1                      | 0                        |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | 12                     | 1                        |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE                          | 21                     | 2                        |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO                               | 37                     | 5                        |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | 2                      | 0                        |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | 2                      | 0                        |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | 28                     | 8                        |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA   | 9                      | 1                        |
| DIREZIONE GENERALE                                   | 1                      | 0                        |
| DIREZIONE SANITARIA                                  | 13                     | 0                        |
| DIREZIONE SOCIO SANITARIA                            | 9                      | 1                        |
| <b>Totale complessivo</b>                            | <b>135</b>             | <b>18</b>                |

#### **a) La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione**

##### ***Identificazione del rischio***

Nella stessa matrice di mappatura è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, rimasta invariata, e così composta:

- a. individuazione del rischio corruzione (evento);
- b. indicazione delle "modalità – comportamento (corruttivo)" (che possono essere molteplici) e dei "fattori abilitanti" (che si presentano in un numero limitato e sono stati individuati durante una preventiva analisi anche basandosi sull'analisi del contesto);
- c. l'indicazione dei "fattori abilitanti" ovvero delle variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle modalità di comportamento di cui alla lett. b)

Il rischio di corruzione da individuare (lett. a) presenta due caratteristiche da considerare: il soggetto destinatario del processo che potrebbe ricavare dei vantaggi illeciti e l'oggetto del beneficio. Per modalità di comportamento si intende il comportamento corruttivo (lett. b) ovvero la "traduzione" del rischio nelle azioni concrete che da potenziale lo trasformino in effettivo; quindi il comportamento è la prassi operativa, la procedura che potrebbe essere adottata non conforme alle norme o comunque rientrante in quel concetto di corruzione allargato collegato alla

malamministrazione o alla disparità di trattamento nei confronti di soggetti esterno ovvero tra i dipendenti interni all’Azienda.

Come per la mappatura, anche la ricognizione dei rischi (eventi di rischio e comportamenti corruttivi) è visionabile all’interno delle schede dei processi (allegato n. 5). Tali schede costituiscono pertanto il registro dei rischi” individuati nel corso del 2021:

Fattori abilitanti: si è scelto di non proporre un elenco chiuso di fattori abilitanti ma di lasciare che ogni Struttura li individuasse liberamente al fine di rendere l’analisi più completa. Successivamente sono stati aggregati in “macro – fattori”. Essi costituiscono anche un quadro del contesto interno potenziale presente in Azienda (l’elenco dei fattori abilitanti di ogni singola Struttura è riportato nell.to n. 4 del P.T.P.C.T. 2021 – 2023 al quale si rinvia):

| <b>n.</b> | <b>Elenco dei "macro" fattori abilitanti individuati</b>  |
|-----------|---|
| 1         | Assenza/scarsità del personale/impossibilità a garantire la rotazione del personale/Accentramento di funzioni ad un unico operatore |
| 2         | Mancanza di controlli   |
| 3         | Assenza di meccanismi di controllo ex post  |
| 5         | Mancanza di trasparenza   |
| 6         | Eccessiva discrezionalità   |
| 7         | Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri preordinati e/o di regole                          |
| 8         | Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze)  |
| 9         | Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)   |
| 10        | Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)   |
| 11        | Sopralluogo effettuato da un unico operatore/mancanza rotazione del personale   |
| 12        | Mancata verifica conflitti di interesse   |
| 13        | Inadeguata diffusione della cultura della legalità/subcultura organizzativa   |
| 14        | Pressione commerciale   |
| 15        | Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)                                |

## ***Analisi del rischio - premessa***

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2022 è la stessa rispetto a quella impiegata nel 2021 e si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all’interno dell’iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact - (la stessa metodologia impiegata per la valutazione del rischio Covid). Per quanto concerne le indicazioni di dettaglio si rinvia al P.T.P.C.T. 2022 – 2024 (parte terza) in cui è stato descritto nel dettaglio. Al fine di rendere applicabile la metodologia proposta sono state attuate le seguenti fasi (di cui solo la prima risulta di competenza delle Strutture aziendali mentre le altre sono riservate al RPCT sempre con lo scopo di ridurre gli obblighi in capo alle Strutture aziendali):

- Misurazione (qualitativa) del valore di ciascuna delle variabili (P e I), sopra indicate, attraverso valutazioni espresse **dai gruppi di lavoro** dei singoli uffici/settori afferenti ai processi oggetto di valutazione mediante l’utilizzo di una scala di misura uniforme di tipo ordinale articolata in ALTO, MEDIO, BASSO e sulla base delle motivazioni preimpostate presenti sul file “descrizione parametri probabilità e impatto” (e inserito nella cartella di rete condivisa relativa all’aggiornamento del rischio 2021 e denominata: 2)analisi del rischio).
- Valutazione complessiva (sintesi del valore sintetico: giudizio di probabilità e giudizio di impatto) dei valori delle variabili di entrambi gli indicatori da parte del **RPCT** attraverso l’impiego di un indice di posizione, la “moda”, (il valore che si presenta con maggiore frequenza). Nel caso in cui i due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito individuare comunque il più alto dei due (conformemente al principio di prudenza richiesto da Anac). In caso i valori assegnati alle variabili di un determinato processo siano troppo bassi è stato innalzato il valore in modo da evitare una sottostima del rischio complessivo e rendere coerente il giudizio sul rischio rispetto alla eventuale presenza di rischi e dalle risultanze del trattamento del rischio.
- Attribuzione di un livello di rischio, da parte del RPCT, a ciascun processo considerato, sulla base di una matrice di rischio (già impiegata per il calcolo del rischio del 2020) che risulta strutturata applicando, anche in questo caso, la “moda”, ai giudizi di probabilità e di impatto della fase precedente. La matrice, di seguito riprodotta, risulta articolata su sei livelli di rischio: altissimo, alto, medio, basso, molto basso. Attraverso l’incrocio della sintesi del valore sintetico dei due indicatori si attiene il livello di rischio complessivo del processo:

| <u>MATRICE DI RISCHIO</u> | IMPATTO      |             |           |           |           |
|---------------------------|--------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
|                           | PROBABILITA' | MOLTO BASSO | BASSO     | MEDIO     | ALTO      |
| ALTISSIMA                 | MEDIO        | ALTO        | ALTISSIMO | ALTISSIMO | ALTISSIMO |
| ALTA                      | MEDIO        | MEDIO       | ALTO      | ALTO      | ALTISSIMO |
| MEDIA                     | BASSO        | MEDIO       | MEDIO     | ALTO      | ALTISSIMO |
| BASSA                     | MOLTO BASSO  | BASSO       | MEDIO     | MEDIO     | ALTO      |
| MOLTO BASSA               | MOLTO BASSO  | MOLTO BASSO | BASSO     | MEDIO     | MEDIO     |

#### a) La ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell’Azienda, in una delle fasce di rischio consente di definire il rischio “lordo” (intrinseco), ovvero il rischio che è presente nell’organizzazione in assenza di misure idonee a contrastarlo, individuando allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento. Nel calcolo del rischio è stato adottato un criterio improntato alla prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio al fine di escludere dal trattamento del rischio di quei processi che avrebbero invece bisogno di adeguate misure correttive.

#### b) Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio cioè l’individuazione di concrete misure per affrontare i rischi individuati nella fase precedente è stato svolto con l’ausilio di una matrice (matrice del trattamento del rischio) composta dalle seguenti sezioni:

- Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is):** qualora l’analisi evidenziasse una copertura sufficiente a contrastare i fattori abilitanti non è stato richiesto di procedere alle fasi successive
- Analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure presenti e il loro grado di incidenza sulle cause del rischio:** in questa sezione della matrice è stato richiesto di individuare delle proposte correttive per contrastare i rischi e di valutare se le stesse fossero realizzabili.
- Selezione e progettazione delle misure:** In caso dalle analisi a) e b) risultassero misure sostenibili con i tempi e le risorse a disposizione le stesse devono essere adeguatamente progettate onde evitare che le stesse si riducano a delle previsioni astratte precisando le fasi, i tempi i soggetti

responsabili e gli indicatori. E' stato posto l'accento sull'importanza di programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascun ufficio. La progettazione delle misure saranno individuate come uno specifico obiettivo di performance organizzativa<sup>40</sup>. I dati richiesti di questa sezione sono stati i seguenti:

- 1) Fase per l'attuazione della misura
- 2) risultato atteso
- 3) Tempi di realizzazione
- 4) Ufficio responsabile (della realizzazione della misura: coincide con il dirigente della Struttura stessa)
- 5) Indicatori.

Per quanto riguarda le sezioni a) e b) esse sono state acquisite agli atti mentre la sezione c) ovvero le singole schede di progettazione sono riportate nell'allegato 5 – Schede misure specifiche il cui elenco è possibile consultare nell'all.to. n. 2 – Piano monitoraggio misure specifiche. Sotto il titolo sono precisati i fattori abilitanti individuati nella fase precedente della valutazione che si vogliono limitare con l'attuazione della misura specifica di prevenzione del rischio. Durante la fase nell'analisi del rischio qualora il valore del rischio sia risultato pari a "altissimo" o "alto" si è cercato di individuare almeno una misura specifica di prevenzione. Nella tabella che segue vengono riportate il numero delle misure specifiche programmate suddivise per le aree di rischio di corruzione e per la tipologia delle misure indicate dai Piani Nazionali Anticorruzione:

---

40 Vedi anche la Parte Quarta lett. e)

| AREA A RISCHIO  | TIPOLOGIA DELLE MISURE SPECIFICHE     | Totale    |
|---|---------------------------------------|-----------|
| Acquisizione e gestione del personale   | CONTROLLO                             | 1         |
|   | ROTAZIONE                             | 1         |
|   | TRASPARENZA                           | 1         |
| <b>Acquisizione e gestione del personale Totale</b>   |                                       | <b>3</b>  |
| Attività libero professionale e liste di attesa   | REGOLAMENTAZIONE                      | 1         |
| <b>Attività libero professionale e liste di attesa Totale</b>   |                                       | <b>1</b>  |
| Contratti pubblici  | CONTROLLO                             | 7         |
|   | TRASPARENZA                           | 5         |
| <b>Contratti pubblici Totale</b>  |                                       | <b>12</b> |
| Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni  | CONTROLLO                             | 2         |
| <b>Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Totale</b>  |                                       | <b>2</b>  |
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni               | CONTROLLO                             | 1         |
| <b>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni Totale</b> |                                       | <b>1</b>  |
| Incarichi e nomine  | REGOLAMENTAZIONE                      | 2         |
|   | ROTAZIONE                             | 2         |
| <b>Incarichi e nomine Totale</b>  |                                       | <b>4</b>  |
| Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico                    | CONTROLLO                             | 2         |
|   | DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI | 1         |
|   | SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE    | 1         |
| <b>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico Totale</b>      |                                       | <b>4</b>  |
| Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico                  | DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI | 1         |
| <b>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico Totale</b>    |                                       | <b>1</b>  |
| <b>Totale complessivo</b>   |                                       | <b>28</b> |



### c) Piani di monitoraggio e audit

Per rendere più trasparente ed evidente il monitoraggio che sarà portato avanti nel 2023 e negli anni successivi è stato predisposto un apposito “Piano di monitoraggio” per la verifica delle misure generali (all.to n. 3) e specifiche (all.to n. 2) con indicazione:

- delle misure specifiche di prevenzione oggetto del monitoraggio;
- della periodicità delle verifiche;
- delle modalità di svolgimento della verifica (solo per le misure specifiche).

Nei Piani di monitoraggio sono riportati anche gli audit che si prevede di attivare e che interesseranno anche l’analisi dei processi (per i quali sono state progettate delle misure) per verificare la rispondenza della procedura di casi specifici (selezionati a campione).

Infatti per verificare la concreta attuazione e l’efficacia delle misure di prevenzione in maniera più approfondita (monitoraggio di II livello) e monitorare la qualità della gestione del rischio ogni anno sono attivati appositi audit quale strumento aggiuntivo per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione della corruzione. Lo strumento viene impiegato anche per approfondire la mappatura dei processi, soprattutto nei casi in cui l’analisi dei gruppi di lavoro non risultino adeguati, per verificare le procedure implementate per situazioni straordinarie (come nel caso della pandemia di Covid) e per sottoporre a verifica i processi/misure oggetto di segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti anonimi. Attualmente il processo di audit si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Costituzione di un apposito gruppo di lavoro che si deve occupare dell’audit.
- 2) Identificazione del soggetto di coordinamento del processo dell’audit (in mancanza del dirigente del SS Servizio Ispettivo è stato individuato il RPCT).
- 3) Identificazione delle strutture da sottoporre a controllo
- 4) Contattare i Direttori delle strutture coinvolte per richiedere la documentazione, le informazioni e i dati oggetto dell’audit.
- 5) Analizzare la documentazione relativa ai processi (o delle misure) sottoposti a verifica.
- 6) Predisporre una check – list per verificare la completezza delle attività svolte
- 7) Concordare con i Responsabili delle Strutture coinvolte il giorno in cui avrà luogo la verifica “sul campo” da parte del gruppo di lavoro, in modo da essere certi che nei giorni stabiliti sia presente il personale che abitualmente attende allo svolgimento dei processi sottoposti ad esame.
- 8) Conduzione di una verifica sul campo coinvolgendo il dirigente responsabile oltre che i dipendenti che si occupano del processo e quelli coinvolti nell’applicazione delle misure di prevenzione.

9) Predisposizione di un report (verbale) finale condiviso con i gruppi audit e trasmesso alla Direzione Aziendale.

## Parte Quarta - La trasparenza amministrativa

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario dell'Asl3. Essa è intesa come "uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa" e costituisce livello essenziale delle prestazioni" (art. 117, c. 2, lett. m della Costituzione),

Già partire dal D.Lgs. n. 150/2009 (e confermato dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.), la trasparenza amministrativa è intesa come "accessibilità totale dei dati", che si traduce nell'obbligo di rendere pubbliche molte delle informazioni e dei documenti prodotti dai soggetti pubblici.

Allo scopo di rendere la trasparenza non un adempimento formale ma uno strumento di miglioramento organizzativo, di conoscenza e di sostegno ai cittadini risulta fondamentale assicurare che le informazioni riportate su "Amministrazione Trasparente" si attengano ai principi elencati nell'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e, in particolare garantire: un costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità dei dati pubblicati.

La presente sezione del Piano dedicata alla Trasparenza comprende, come elementi essenziali:

- gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, definiti per la Asl3 dalla Direzione Generale (riportati congiuntamente agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione del presente Piano);
- l'organizzazione dei flussi informativi, identificando i soggetti interni a cui compete la responsabilità relativa alla gestione dei documenti obbligatori da pubblicarsi su "Amministrazione Trasparente".

### ***a) Monitoraggio sulla trasparenza***

Lo strumento di monitoraggio utilizzato per verificare il rispetto degli obblighi di trasparenza, da pubblicare su "Amministrazione Trasparente" è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete

l'identificazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.Lgs. n. 33/2013, contrassegnato come Allegato n. 6: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori del presente Piano. Nella tabella che contiene l'elenco dei dati soggetti a pubblicità obbligatoria è stata inserita una colonna aggiuntiva denominata: “% di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati” in cui i dirigenti oltre a specificare gli obblighi di propria competenza hanno dovuto precisare il livello di completezza, in termini percentuali (in analogia con le annuali attestazioni che richiede Anac alle PP.AA. le percentuali sono state le seguenti: 0 – 33%, 34% - 66%, 67% - 100%). Inoltre le sezioni di cui si compone Amministrazione trasparente sono state separate in fogli distinti ognuno dei quali contiene i dati di competenza di ogni singolo Dipartimento aziendale in modo da consentire al cittadino di orientarsi più agevolmente tra le sezioni molto complesse di cui si compone la sezione di Amministrazione Trasparente e verifica il livello di aderenza alla normativa e gli aspetti ancora critici presenti. Lo scopo è quello di responsabilizzare i dirigenti richiedendo loro un'attività di autovalutazione sulle attività svolte in ambito di trasparenza. A campione il RPCT ha effettuato delle verifiche sulla effettiva presenza dei dati sul sito istituzionale partendo dalle sezioni oggetto di attestazione OIV.

Per il 2023 è previsto un aggiornamento dello schema anche tenendo conto delle indicazioni del PNA 2022 con particolare riferimento agli obblighi di pubblicità dell'esecuzione dei contratti. Lo schema, già predisposto, sarà completato attraverso una serie di incontri con i dirigenti responsabili al fine di migliorare l'accuratezza dei dati e di completare le colonne aggiuntive proposte dall'Anac: dirigente ufficio responsabile elaborazione dei dati (se presente), dirigente ufficio responsabile della trasmissione dei dati (se diverso da quello che li elabora), dirigente ufficio responsabile della pubblicazione dei dati, termine di scadenza per la pubblicazione, monitoraggio- tempistiche e individuazione del soggetto responsabile.

#### ***d) Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati***

L'attività di pubblicazione di informazioni sul sito Aziendale è affidata all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP che si avvale della società informatica “Liguria Digitale s.c.p.a.” fornitrice della manutenzione del portale aziendale.

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n.

33/2013 è garantita dall'utilizzo dell'applicazione web denominata "Redmine", che si basa su di un sistema di apertura di richieste informatizzato in modo da consentire automaticamente la loro tracciabilità. In questo modo l'ufficio che ha inviato la richiesta è in grado, in ogni momento, di conoscerne lo stato di avanzamento, con la certezza che la pratica verrà correttamente evasa.

A seguito di una richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria l'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP pubblica i file, senza alterarne i contenuti, la grafica e senza modificarne l'estensione, nella sezione del sito web istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente", inserendoli nella corretta sottosezione così come precisata dal richiedente.

La tempistica di conclusione della richiesta varia a seconda dei seguenti fattori:

- la chiarezza nell'esposizione del problema da parte dell'operatore;
- l'urgenza e della complessità dell'intervento: se la richiesta riguarda il semplice aggiornamento dei dati essa è evasa nell'arco di poche ore; viceversa se riguarda, ad esempio, una modifica strutturale di una sezione di Amministrazione Trasparente, i tempi vengono preventivamente stabiliti dai tecnici, informando l'interessato;
- le priorità dell'intervento (nel caso, ad esempio, sia obbligatoria per legge la pubblicazione di un certo documento entro un determinato periodo di tempo, viene assegnata la precedenza a questo intervento).

Questo sistema consente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di monitorare efficacemente i flussi di trasmissione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 da parte degli uffici responsabili, di verificare i tempi di pubblicazione, di intervenire qualora sorgessero problemi di comunicazione, di ritardo o per altre criticità.

#### *e) Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi*

Come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 sono stati indicati i soggetti tenuti alla individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l'aggiornamento di "Amministrazione Trasparente". Ai fini del controllo da parte del Responsabile sugli adempimenti previsti per la dirigenza in termini di obblighi di trasparenza è fondamentale l'instaurazione di un rapporto di interlocuzione e di stretta collaborazione tra i dirigenti ed il Responsabile.

Per rafforzare ulteriormente questo rapporto di collaborazione in Asl3 sono stati nominati i Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (vedi parte Prima, b) - I soggetti interni).

Come per la prevenzione della corruzione anche per la trasparenza i dirigenti hanno individuato un coordinatore (facilitatore) con lo scopo di sgravarli delle attività meramente operative riguardo alla trasparenza, per velocizzare gli scambi di informazione tra Referenti e Responsabile e aiutare i Referenti negli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.. Di norma il coordinatore (facilitatore) della trasparenza coincide con quello della prevenzione della corruzione.

Di seguito si precisano i compiti dei dirigenti e dei Referenti in ordine alla puntuale esecuzione delle disposizioni di cui alla normativa sulla trasparenza amministrativa.

#### *f) Procedura di trasmissione dei dati*

Ogniqualevolta si ravvisa l'obbligo di pubblicazione dei dati (sulla base del succitato all.to n. 5) i dirigenti devono:

- inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP – Liguria Digitale, al seguente indirizzo mail: Redazione.Sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo a prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di “Amministrazione Trasparente”;
- nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it i dirigenti responsabili di struttura devono:
  - specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
  - riportare nell'oggetto della mail la dicitura “Amministrazione Trasparente”, specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto-sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
  - trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale

dell'Azienda, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;

- trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;
- verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;
- trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;
- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

I Referenti della Prevenzione; in particolare, devono:

- predisporre adeguate misure organizzative in modo da assicurarsi che i propri Dirigenti subordinati abbiano trasmesso tutti i dati a pubblicità obbligatoria, di competenza del proprio Dipartimento (ovvero una volta acquisiti dai propri dirigenti trasmetterli direttamente).

Qualora i Referenti o i Dirigenti ad essi sotto-ordinati risultassero inadempienti, anche parzialmente, agli obblighi ed ai compiti a loro spettanti dalla normativa e dalle disposizioni presenti sulla sezione "trasparenza" del presente Piano, il responsabile ha la facoltà di segnalare tali casi "all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione [vertici dell'amministrazione], all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità" (art. 43 c. 5 D.Lgs. n. 33/2013). Tra l'altro a decorrere dal 1 gennaio 2020 le sanzioni per i dirigenti a seguito di inadempimenti relativi

agli obblighi di trasparenza sono stati ulteriormente inaspriti con l'art. 1, c. 163, lett. b), n.2), della L. n. 160/2019.

Ciascun dirigente si farà carico altresì di ottemperare al generale divieto di diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute dei singoli interessati. Per i beneficiari di provvidenze di natura economica, occorre che non siano diffusi ulteriori dati non pertinenti quali l'indirizzo di abitazione, il codice fiscale, le coordinate bancarie. A questo proposito si rinvia all'art. 5 e all'art. 6 del Regolamento Generale per la protezione dei dati personali n. 679/2016.

Sono state recepite le disposizioni del D.Lgs. n. 82/2005 art. 68 (Codice dell'amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto. A questo riguardo, il presente P.T.P.C.T. fa proprie le indicazioni presenti nelle Linee Guida dell'ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l'altro prevedono che i dati dovranno essere:

- pubblicati in almeno uno dei formati aperti: pdf (non immagine), odf, xml ecc...(avendo cura di creare queste estensioni mediante l'utilizzo dei programmi "Libre-office" recentemente installati a seguito dell'attivazione del programma "Civilia" per la gestione degli atti amministrativi).
- raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate.

#### ***g) Collegamento tra performance, trasparenza e P.T.P.C.T.***

Il collegamento tra il Piano della Performance e questa sezione del PIAO è assicurato dalla presenza di diverse misure di prevenzione strutturate secondo elementi simili a quelle delle schede della performance: fasi, indicatori, risultati attesi, responsabile dell'attuazione della misura. In questo modo le misure di prevenzione diventano precisi obiettivi sebbene non inseriti nel Piano della Performance ma nella presente sezione. Tali schede di progettazione saranno prese come punto di riferimento per verificare il livello di performance

organizzativa connessa alla prevenzione della corruzione per il triennio di vigenza del Piano. Per non rendere questo collegamento astratto e poco utile ai fini della crescita del livello complessivo della trasparenza e della prevenzione della corruzione è importante identificare obiettivi il più possibile “sfidanti” che non siano degli adempimenti normativi rientranti nelle proprie attività istituzionali. Questo principio, naturalmente riguarda sia le misure di trasparenza di seguito indicate sia le altre misure generali le cui fasi sono descritte nell’ultima parte del presente documento.



## *h) Misure generali di trasparenza*

### **Novità principali**

In sintesi le misure programmate riguardano principalmente l'informatizzazione dei processi:

- 1) automatizzazione del registro degli accessi;
- 2) pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente;
- 3) aggiornamento del sito internet (per la parte relativa agli adempimenti della Trasparenza - sezione di Amministrazione Trasparente).

| <b>Numero misure generali di trasparenza da attuare entro il 2023 - 2025</b> | <b>Misure generali (fasi ancora da attuare)</b>                           |
|--|---|
| 1  | Accesso civico  |
| 1  | Informatizzazione flusso dati   |
| 5  | Aggiornamento sito internet istituzionale                                 |
| 1  | Aumentare la trasparenza della gestione delle risorse finanziate dal PNRR |
| <b>7</b>   |   |

| <b>Misura generale: Trasparenza - Attivazione del registro informatico degli accessi (civico e atti): 1 misura generale</b>   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Entro il 15/07/2023 e entro il 05/01/2024   | Estrazione dei "fascicoli" prodotti dalle Strutture che hanno ricevuto richieste di accesso ex L. n. 241/90 e D.Lgs. n. 33/2013 da pubblicare su "Amministrazione Trasparente" | Numero elenchi istanze di accesso/atti e loro esito di ogni Struttura interessata che saranno pubblicate su Amministrazione Trasparente | S.C. Affari Generali         |
| <b>Misura generale Trasparenza: informatizzare il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" – 1 misura generale</b> |  |   |                              |
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Attuato   | Nell'applicativo CIVILIA inserimento nella sezione relativa alla "redazione atto" di   | numero di giornate erogate dal fornitore per una certa implementazione (giornate  | S.C. SIA/Ditta Deda Group    |

|   |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
|   | specifici campi relativi con menu a tendina per la selezione dei dati da estrarre (elenchi semestrale degli atti dirigenziali e bandi di gara e contratti ex art. 23 D.Lgs. n. 33/2013) | uomo che si sono rese necessarie)                      |                                |
| Attuato   | Selezione da parte di tutti i Responsabili del procedimento interessati dell'opzione appropriata nei menu a tendina   | Creazione di un apposito file .pdf                     | Tutti i dipendenti interessati |
| A partire dal 01/07/2023 e per ogni semestre a venire | Estrazione dei dati per creazione di una tabella la quale in automatico confluirà nella sezione "provvedimenti" di Amministrazione Trasparente  | Attivazione informatizzazione della sezione ex art. 23 | RPCT                           |

| <b>Misura generale Trasparenza: Aggiornamento sito internet – 4 misure generali</b> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>  | <b>Soggetto Re-sponsabile</b>  |
| Entro il 31/12/2022<br>(svolto il 22/12/2022)                                       | Prevedere la costituzione di un apposito gruppo di lavoro con il quale organizzare almeno un incontro per concordare le modifiche/criticità riscontrate e le proposte di modifiche    | 1) costituzione e numero componenti gruppo di lavoro; 2) numero di incontri effettuati | Ufficio Comunicazione/RPCT   |
| Entro il I trimestre 2023   | Trasmissione di un elenco con i dirigenti cessati e dei dirigenti non responsabili di Struttura in modo da eliminare i documenti pubblicati non più pertinenti (CV e altri documenti) | Elenco dei dirigenti cessati   | Ufficio Comunicazione (pubblicazione)/ S.C. Gestione e Sviluppo del personale (trasmissione) |
| Entro il I semestre 2023  | Creazione di una sezione di archivio off-line in cui saranno inseriti i dati non più pubblicati   | Presenza di una sezione di archivio  | Ufficio Comunicazione  |
| Entro la fine del 2023  | Separazione dei dati oggetto di pubblicità legale rispetto a quelli oggetto di pubblicità trasparenza (o altra soluzione organizzativa)   | Numero di dati suddivisi   | S.C. Gestione e Sviluppo del Personale   |
| Entro il 28/02/2023   | Aggiornamento sezione “contratti” inserendo gli obblighi relativi all’esecuzione dei contratti  | Numero di obblighi   | Ufficio Comunicazione (pubblicazione)/RPCT (aggiornamento)                                   |
| Entro il 2024   | Aggiornamento sezione “consulenti e collaboratori”  | Introduzione profili personalizzate per ciascun ufficio coinvolto                      | Uffici che inseriscono i dati sui consulenti   |

|   |  |                             |    |  |
|---|--|-----------------------------|----|--|
| Entro il triennio di riferimento della sezione anticorruzione | Progressiva pubblicazione dei dati aggiornati relativi ai CV e alla modulistica oggetto di trasparenza | Numero documenti pubblicati | di | Ufficio Comunicazione (pubblicazione)/ S.C. Gestione e Sviluppo del Personale (trasmissione) |
|---|--|-----------------------------|----|--|

| <b>Misura generale Trasparenza: Aumentare la trasparenza della gestione delle risorse finanziate dal PNRR – 1 misura generale</b> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>  | <b>Soggetto Responsabile</b>             |
| Parzialmente già attuato – entro 28/02/2023   | Creazione di una sezione di “Amministrazione Trasparente” in cui pubblicare gli interventi del PNRR di Asl3 | 1)Indicazione dei dati di sintesi degli interventi; 2) evidenza dei conti dedicati | RPCT/Dipartimento Tecnico Amministrativo |
| 2023 – 2024 - 2025  | Aggiornamento degli elenchi sugli interventi  | Numero elenchi aggiornati  | RPCT/Dipartimento Tecnico Amministrativo |

## Parte Quinta - Le misure “generali”

Di seguito è riportata una sintesi delle misure generali progettate nel corso del 2022 per il triennio 2023 – 2025 (per trasparenza e chiarezza espositiva, nelle singole schede sono state riportate alcune fasi di queste misure già attuate in precedenza, che, comunque, non sono state conteggiate come nuove attività da attuare:

| <b>Numero misure generali da attuare entro il 2023 - 2024</b> | <b>Misure generali (fasi ancora da attuare)</b>   |
|---|---|
| 3   | Formazione  |
| 2   | Codice di Comportamento   |
| 3   | Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse   |
| 1   | Incarichi extra - istituzionali   |
| 1   | Inconferibilità/incompatibilità ex D-Lgs. n. 33/2013  |
| 1   | Rotazione del personale   |
| 1   | Revolving doors (pantouflage)   |
| 1   | Whistleblowing (sentinella civica)  |
| 1   | Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A. |
| 3   | Antiriciclaggio   |
| 1   | Patti di Integrità  |
| <b>18</b>   |   |

*a) Formazione in tema di anticorruzione*

| <b>Misura generale: formazione – Individuate 3 misure generali</b> |  |   |                                 |
|--|--|---|---------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>   | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>                                       | <b>Soggetto Responsabile</b>    |
| Entro il 2023  | Attivazione corso su antiriciclaggio (FAD più alcune ore in aula)                        | Numero di slide predisposte; numero di lezioni previste | Gruppo Regionale anticorruzione |
| Entro il 2023  | Attivazione corso sulla gestione dei conflitti di interessi (FAD più alcune ore in aula) | Numero di slide predisposte; numero di lezioni previste | Gruppo Regionale anticorruzione |
| Entro il 2024  | Verifica dei partecipanti ai corsi attivati l'anno precedente                            | Numero partecipanti e valutazioni ottenute              | RPCT e suo collaboratore        |



***b) Codici di Comportamento***

| <b>Misura generale: Codice di Comportamento - individuate 2 misure generali</b> |  |                               |                              |
|---|--|-------------------------------|------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>             | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Entro il 30/12/2023   | Previsione di una specifica sezione al Codice di Comportamento aziendale dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici | Numero di articoli modificati | RPCT /URP/S.I.A.             |
| Entro il 30/06/2024   | Adozione del Codice di Comportamento aziendale aggiornato  | Incontro in presenza          | RPCT o suo collaboratore     |

*c) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse*

| <b>Misura generale: conflitto di interesse - individuate 3 misure generali</b> |   |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>   | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>  | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Entro il 30/06/2023  | Adozione regolamento per l'accesso degli informatoriscientifici del farmaco   | Adozione delibera  | RPCT                         |
| 2023 - 2024  | Compilazione modulistica specifica sul conflitto di interessi da parte di tutti i soggetti coinvolti nei contratti pubblici con particolare riferimento alla fase di esecuzione dei contratti finanziati dal PNRR | Predisposizione modulistica secondo indicazione del PNA e comunicazione agli uffici dell'Area Tecnica dei criteri organizzativi da seguire | Gruppo di Lavoro Regionale   |
| Entro il 2024  | Aggiornamento moduli sui conflitti di interesse   | Numero moduli aggiornati   | Gruppo di Lavoro Regionale   |

*d) Incarichi extra-istituzionali*

| <b>Misura generale: incarichi extra-istituzionali – 1 misura generale</b> |   |                                |   |
|---|---|--------------------------------|---|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>              | <b>Soggetto Responsabile</b>  |
| Entro il 31/12/2022   | Aggiornamento regolamento attività extra - istituzionale con particolare riferimento alla gestione del conflitto di interessi | adozione del regolamento       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – settore attività extra - istituzionali/RPCT      |
| Entro il 31/03/2023   | Trasmissione elenco delle verifiche effettuate ex – post sul conflitto di interesse   | Numero di verifiche effettuate | RPCT/S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – settore attività extra - istituzionali/RPCT |

e) *Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013*

| <b>Misura generale: inconferibilità/incompatibilità – individuata 1 misura generale</b>         |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b>           |
| Con prot. n. 67260 del 06/05/2021 è stata trasmessa alla S.C. gestione e Sviluppo del Personale | Predisposta una procedura interna per la verifica delle dichiarazioni sulla inconferibilità/incompatibilità dei dirigenti ex D.Lgs. n. 39/2013 al fine di dare attuazione in concreto alle verifiche richieste dalla normativa | Numero soggetti dirigenziali controllati<br><br>Numero modalità per acquisizione dei dati per la verifica | RPCT e Gruppo Regionale Anticorruzione |
| A partire dal 28/02/2023  | Compilazione dei moduli sulla incompatibilità da parte dei dirigenti della PTA in servizio   | Numero di moduli compilati e pubblicati su Amministrazione Trasparente                                    | S.C. Gestione e Sviluppo del personale |

f) *La rotazione del personale*

| <b>Misura generale: rotazione del personale – 1 misura generale</b> |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b>               |
| Da attuare nel corso del 2023 - 2024                                | Individuare un ambito in cui utilizzare il criterio della c.d. “segregazione delle funzioni (albo segretari concorso) | Verifica alternanza segretari che svolgono selezioni a pagamento e gratuite | S.C. Gestione Sviluppo delle Risorse Umane |

**g) Revolving doors o pantouflage**

| <b>Misura generale: attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - individuata 1 misure generali</b> |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>Stato di attuazione</b>   | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b>                 |
| Attuata nel dicembre 2021 (trasmissione dei moduli compilati al RPCT)  | Verifica sul rispetto della normativa richiedendo alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane i moduli ricevuti dai dirigenti cessati              | Numero di moduli ricevuti                                   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |
| Attuata  | Modifica del modello per le dichiarazioni relative al pantouflage (c 16 - ter art. 53 D.Lgs. n. 165/2001) da sottoscrivere all'atto della sua cessazione | Pubblicazione modulo aggiornato                             | RPCT   |
| Attuata  | Far confluire la clausola di pantouflage, all'interno dei Patti di integrità   | Pubblicazione modulo aggiornato                             | RPCT   |
| Entro il 2024  | Attuazione delle verifiche rispetto della normativa del pantouflage sulla base del modello operativo proposto dal PNA 2022                               | Criteri per la verifica e numero delle verifiche effettuate | RPCT   |

**h) Whistleblowing (Sentinella Civica)**

| <b>Misura generale: whistleblowing – individuata 1 misura generale</b> |  |  |                              |
|--|--|--|------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>   | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>  | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Entro il 30/06/2022  | Adozione formale delle linee di guida interne elaborate dal Gruppo di Lavoro Regionale | Delibera di adozione   | RPCT                         |
| Entro il 2024  | Predisposizione di un documento informativo per incentivare l'utilizzo dell'istituto   | Documento informativo da pubblicare su Amministrazione trasparente | RPCT                         |

*i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.*

| <b>Misura generale: Formazione di commissioni – Individuata 1 misura generale</b> |  |                                       |   |
|---|--|---------------------------------------|---|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>  | <b>Indicatori</b>                     | <b>Soggetto Responsabile</b>                                  |
| Attuata   | Graduale Verifica della compilazione della modulistica accertandosi che gli uffici abbiano svolto le verifiche sulle dichiarazioni anche in relazione all'art. 35 – bis del D.Lgs. n. 165/2001 | numero moduli verificate e pubblicate | Area: “e “contratti pubblici” e settore della Medicina Legale |
| Entro il 2023   | Verifica della compilazione della modulistica del settore “concorsi”   |                                       | Area: Acquisizione e gestione del personale”                  |

*j) Antiriciclaggio*

| <b>Misura generale: Antiriciclaggio – individuate 3 misure generali</b> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Stato di attuazione</b>  | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>  | <b>Soggetto Responsabile</b>                       |
| Attuato:<br>08/10/2021  | Predisposizione di batterie di indicatori di riciclaggio, trasmessi ai Responsabili degli uffici rientranti nelle aree a rischio riciclaggio.   | Numero batterie trasmesse da RPCT con nota prot. n. 146734 | RPCT   |
| Attività svolta da novembre 2021 a gennaio 2022                         | Contestualizzazione degli indicatori di anomalia per adeguarli alla specificità della propria organizzazione attraverso la compilazione delle tabelle trasmesse ad <a href="mailto:antiriciclaggio@asl3.liguria.it">antiriciclaggio@asl3.liguria.it</a> | Numero di tabelle in Excel compilate                       | Responsabili della segnalazione di antiriciclaggio |
| Attuato:<br>10/01/2022  | Predisposizione e invio delle “griglie di controllo” composte dagli indicatori specifici che dovranno essere incrociati con le singole procedure indicate dalle Strutture   | Nota con allegato (griglie di controllo)                   | RPCT   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | aziendali   |   |  |
| Attuato entro il 31/01/2022  | Individuazione di un obiettivo di performance organizzativa riguardante l'obbligo di verifica in capo agli uffici rientranti nelle aree a rischio               | Numero di obiettivi assegnati                                     | RPCT   |
| Entro il 28/02/2023  | Trasmissione dei nominativi degli "operatori di I livello" (come da nota Prot. 98662 del 06/07/2021)  | Nominativi personale coinvolto                                    |  |
| Entro il 15esimo giorno successivo ad ogni trimestre del 2023 (tempestivo in caso di rilevazioni anomalie) | Compilazione trimestrale delle griglie di controllo   | Griglie di controllo compilate                                    | Responsabili della segnalazione di antiriciclaggio |
| Entro il 2023  | Concordare un incontro con funzionario della UIF (o GdF) per delucidazioni sulla normativa e sulla individuazione delle banche dati per l'analisi di II livello | Numero di verifiche effettuate (anche attraverso specifici audit) | RPCT/Gruppo di lavoro anticorruzione               |

***k) Patti di integrità***

| <b>Misura generale: Patti di integrità – 1 misura generale</b> |   |   |                              |
|--|---|---|------------------------------|
| <b>Stato di attuazione</b>                                     | <b>Fasi di attuazione</b>   | <b>Indicatori</b>   | <b>Soggetto Responsabile</b> |
| Entro 30/10/2022   | Sulla base dello schema tipo predisposto dal Gruppo Regionale Anticorruzione: approvazione dei Patti di Integrità e formale adozione degli stessi | Delibera di adozione e sua pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione A.T - sottosezione "Altri Contenuti – Prevenzione Corruzione" | RPCT                         |

|               |   |   |                                      |
|---------------|---|---|--------------------------------------|
| Entro il 2023 | Concordare un incontro con funzionario della UIF (o GdF) per delucidazioni sulla normativa e sulla individuazione delle banche dati per l'analisi di II livello | Numero di verifiche effettuate (anche attraverso specifici audit) | RPCT/Gruppo di lavoro anticorruzione |
|---------------|---|---|--------------------------------------|

Di seguito gli allegati alle tabelle cui si fa riferimento nel Piano Anticorruzione

## ***SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti- corruzione***

### ***Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza - allegati***

#### Allegati Piano anticorruzione

Allegato n. 2\_1: Elenco processi, pag. 8

Allegato n. 2\_2: Piano monitoraggio misure specifiche, pagg. 2

Allegato n. 2\_3: Piano monitoraggio misure generali, pagg. 3

Allegato n. 2\_4: Schede mappatura processi e rischi, pagg. 137

Allegato n. 2\_5: Schede misure specifiche, pagg. 28

Allegato n. 2\_6: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori, pagg. 8



| id | DIPARTIMENTO           | STRUTTURA                                    | PROCESSO  | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|----|------------------------|--|---|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 1  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Affari Generali                         | Gestione stragiudiziale richieste risarcitorie conseguenti a sinistri RCT in regime di autoassicurazione  | Affari legali e contenzioso  | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 3  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Affari Generali                         | Contratto di sponsorizzazione ad iniziativa di soggetti terzi pubblici e privati  | Affari legali e contenzioso  | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 2  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Affari Generali                         | Contratto di sponsorizzazione ad iniziativa interna   | Affari legali e contenzioso  | MEDIO  | X        |                     | X                            |
| 4  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Affari Generali                         | Gestione donazioni (beni)   | Affari legali e contenzioso  | MEDIO  |          |                     | X                            |
| 5  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Avvocatura                              | Affidamento incarico di difesa e rappresentanza dell'Azienda ad un avvocato del libero foro   | Incarichi e nomine   | MEDIO  | X        |                     | X                            |
| 6  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Avvocatura                              | Recupero crediti stragiudiziali e giudiziale a seguito di sentenza  | Affari legali e contenzioso  | BASSO  | X        |                     |                              |
| 7  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Avvocatura                              | "Recupero danni arrecati al patrimonio aziendale mediante richiesta istruttoria alle strutture competenti, finalizzata alla quantificazione del danno ed all'individuazione dei soggetti debitori e conseguente attivazione della procedura di liquidazione assicurativa" | Affari legali e contenzioso  | BASSO  |          | X                   |                              |
| 9  | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di S.C. non PTA/comparto: predisposizione bando  | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    |          |                     | X - X                        |
| 10 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di SC non PTA/comparto esecuzione, esito e di reclutamento   | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 11 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura di mobilità in entrata  | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 12 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura concorsuale rivolta alle categorie protette art. 18 L. n. 68/100  | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 13 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura concorsuale ex art. 16 L. 56/87   | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 14 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Processo relativo al collocamento a riposo del personale con corresponsione del trattamento pensionistico e della liquidazione  | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 15 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Processo relativo alla ricongiunzione e riscatto  | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 16 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Gestione delle richieste di attività extraistituzionale da parte del personale dipendente ex art. 53 D.Lgs. n. 163/2001   | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico         | ALTO   | X        |                     | x                            |
| 17 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 18 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: rimborsi chilometrici e spese di viaggio   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 19 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: cessione volontaria del quinto dello stipendio   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 20 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: pignoramento stipendi  | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 21 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: gettoni presenza   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 22 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: corresponsione quota a favore del sindacato a cui il dipendente intende iscriversi   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 23 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Richiesta dati stipendiali per denuncia infortuni INAIL   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 24 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedura stipendiale relativa al riconoscimento degli assegni famigliari spettanti ex lege   | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 25 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Liquidazione di indennità sostitutiva di mancato preavviso, ferie anni pregressi ed ore accantonate in caso di dipendenti dispensati e /o deceduti  | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     |                              |
| 26 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Procedimento stipendiale per liquidazione di somme autorizzate dall'Ufficio Bilancio relative a sperimentazioni, consulenze, docenze, commissioni invalidi e patenti  | Acquisizione e gestione del personale  | BASSO  |          |                     | x                            |
| 27 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S. C. Aggiornamento e Formazione             | Individuazione docenti per attività formativa interna   | Incarichi e nomine   | ALTO   | X        |                     | x                            |
| 28 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S. C. Aggiornamento e Formazione             | Corso di Formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | ALTO   | X        |                     |                              |
| 29 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S. C. Aggiornamento e Formazione             | Assegnazione Borse di Studio  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 30 | DIPARTIMENTO GIURIDICO | S. C. Aggiornamento e Formazione             | Adozione Piano Formativo Annuale  |  |  |          |                     |                              |

| id | DIPARTIMENTO                | STRUTTURA   | PROCESSO   | AREA A RISCHIO                             | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|----|-----------------------------|---|--|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 31 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S. C. Aggiornamento e Formazione  | Attivazione smart working  | Acquisizione e gestione del personale      | MEDIO  |          |                     |                              |
| 32 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Conferimento incarichi di funzione   | Incarichi e nomine                         | ALTO   | X        |                     |                              |
| 33 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, di nuova istituzione, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Sociosanitaria   | Incarichi e nomine                         |  |          | X                   |                              |
| 34 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Rilevazione presenze   | Acquisizione e gestione del personale      | BASSO  |          |                     |                              |
| 36 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Sottoscrizione contratti integrativi aziendali   |  |  |          | X                   |                              |
| 37 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Gestione ordinaria degli incontri sindacali  |  |  |          | X                   |                              |
| 38 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Gestione procedimenti disciplinari (dirigenza e comparto)  |  |  |          | X                   |                              |
| 39 | DIPARTIMENTO GIURIDICO      | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | Gestione procedimenti disciplinari medici in convenzione   |  |  |          |                     |                              |
| 40 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Controllo contabile di tutte le ricette presentate dalle 261 Farmacie convenzionate con ASL3   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 41 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Ispezione alle farmacie  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 42 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996).  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 43 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali)   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 44 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Vigilanza alle parafarmacie  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 45 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.C. Farmaceutica territoriale  | Gestione ritiro farmaci da parte degli utenti  |  |  |          | X                   |                              |
| 46 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.S.D. Assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica   | Anagrafe sanitaria: verifica dati mef su esenzioni ticket per reddito ed applicazione relativa sanzione  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 48 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | S.S.D. Assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica - S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali | Funzione di autorità competente a ricevere i rapporti ex art. 17 l. 689/1981, a svolgere attività istruttorie ex art. 18 l. 689/1981 e a determinare l'entità della sanzione   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | BASSO  |          |                     |                              |
| 50 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | SSD Gestione Rete Medici e Convenzionati  | Verifica possesso requisiti previsti dalla normativa vigente (l.r. n. 24/96) per trasporti sanitari delle pp.aa. al fine del rilascio dell'autorizzazione comunale e valutazione della regolarità dei trasporti ai fini del pagamento  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 47 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Gestione emergenza peste suina africana: campionamento di tutte le carcasse di cinghiali o suini rin-venute nelle zone di restrizione I e II - Formazione graduatoria per incarichi a: medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professioni sanitarie ambulatoriali; medici di medicina generale; Conferimento incarichi a: medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          | X                   |                              |
| 51 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | SSD Gestione Rete Medici e Convenzionati  | Formazione graduatoria per incarichi a: medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professioni sanitarie ambulatoriali; medici di medicina generale; Conferimento incarichi a: medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e  | Incarichi e nomine                         | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 52 | DIREZIONE SOCIO SANITARIA   | SSD Gestione Rete Medici e Convenzionati  | altre professioni sanitarie ambulatoriali; medici di medicina generale; pediatri di  | Incarichi e nomine                         | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 53 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale   | Attività di controllo ufficiale (ispezioni- campionamento) su OSA che trattano alimenti di origine animale   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 54 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Rilascio autorizzazione, pareri e registrazioni per attività di competenza della Struttura   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 55 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Certificazioni inerenti il controllo sanitario degli animali domestici   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 56 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Iscrizione e registrazione di animali e allevamenti nelle Anagrafi regionali e nelle Banche Dati Nazionali   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 57 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Espletamento pratiche conseguenti a segnalazioni di inconvenienti igienici o situazioni di non conformità inerenti la detenzione di animali domestici  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 58 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Sanità Animale   | Controllo ufficiale malattie degli animali   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | MEDIO  |          |                     |                              |
| 59 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Igiene e sanità Pubblica   | Autorizzazioni, pareri, vigilanze ed esposti (4 processi)  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 60 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Igiene e sanità Pubblica   | Vigilanza: fitosanitari trasporti emergenza urgenza piscine, L.R. 9/2017 (per quanto di competenza, secondo le indicazioni dell'Autorità Sanitaria di ambito regionale)  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |

| id | DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA  | PROCESSO  | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|----|-------------------------------------|--|---|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 61 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.C. Igiene e sanità Pubblica                            | Segnalazioni telefoniche, Esposti ambientali amianto<br>suolo abitato<br>Trasporti Emergenza Urgenza<br>COVID_19  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 62 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.C. Igiene e sanità Pubblica                            | Partecipazione a commissioni Tavoli di lavoro/ Conferenze dei Servizi ex l. 241/90 c/o enti Esterni (a titolo esemplificativo):<br>-Regione - Comune - Prefettura | Incarichi e nomine   | BASSO  |          |                     |                              |
| 63 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Attività di vigilanza territoriale su richiesta esterna (esposti, segnalazioni, richieste dalla Procura o altri enti)   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | ALTO   |          |                     |                              |
| 64 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Attività di vigilanza territoriale su iniziativa (Piani mirati di Prevenzione, progetti PSAL, vigilanza a vista in edilizia, notifiche in edilizia)               | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | ALTO   |          |                     |                              |
| 65 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Autorizzazioni in deroga all'utilizzo ad uso lavorativo di locali con altezza inferiore ai tre metri o sotterranei e semisotterranei                              | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 66 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Ricorsi avverso giudizio MC   | Affari legali e contenzioso  | MEDIO  |          |                     |                              |
| 67 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Indagini su malattie professionali  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 68 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Lavori di demolizione o rimozione amianto con o senza carattere di urgenza  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 69 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | PSAL   | Indagini infortuni  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 70 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione                  | Attività di controllo ufficiale (ispezioni- campionamento) su OSA - imprese alimentari e Gestori Acquedotti   | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 71 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.C. Medicina Legale                                     | Minorazioni civili (accertamenti invalidita' civile, handicap, disabilita', cecita' e sordita')   | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico | ALTISSIMO                                    | X        |                     |                              |
| 72 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE | Rilascio autorizzazione, pareri, registrazioni e riconoscimenti per attività di competenza della Struttura  |  |  |          | X                   |                              |
| 73 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Bilancio e Contabilità                              | Riscossione da parte di Agenzia Entrate (per conto di Asl3) di determinati pagamenti tramite Avviso di pagamento (e successiva eventuale Cartellazione)           | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                                       | BASSO  |          |                     |                              |

| id | DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | PROCESSO   | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|----|-------------------------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 74 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Bilancio e Contabilità                    | Procedura rimborso utente per prestazione non erogata  | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                                       | BASSO  |          |                     |                              |
| 75 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Bilancio e Contabilità                    | Bilancio d'esercizio   | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                                       | BASSO  |          | X                   |                              |
| 76 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica                     | Distribuzione e fruizione dei buoni pasto  | Acquisizione e gestione del personale  | ALTISSIMO                                    | X        |                     |                              |
| 77 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica                     | Approvvigionamento magazzino   | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                                       | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 78 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica                     | Acquisti con cassa economale   | Contratti pubblici   | ALTO   | X        |                     |                              |
| 79 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica                     | Gestione del processo: noleggio e acquisto veicoli aziendali   | Contratti pubblici   | ALTO   | X        |                     |                              |
| 80 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Procedure negoziate ai sensi del DL n. 76/2020 come modificato da DL 77/2021 (sopra i 139.000 € e sotto le soglie comunitarie) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse | Contratti pubblici   | ALTISSIMO                                    | X        |                     |                              |
| 81 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Affidamenti ex art. 7.1 del regolamento aziendale per gli affidamenti sotto soglia (Importi < € 5.000,00 IVA esclusa)  | Contratti pubblici   | ALTO   | X        |                     |                              |
| 82 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Affidamento diretto < di 139.000 €. ai sensi del DL. 76/2020 come modificato da DL 77/2021 - La procedura è la stessa rispetto a quella ordinaria si modifica solo la soglia di importo  | Contratti pubblici   | ALTO   | X        |                     |                              |
| 83 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Approvazione delle modifiche del contratto originario: proroghe contrattuali   | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |
| 84 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo | Liquidazioni fatture al netto dei controlli NOC  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 85 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo | Gestione DURC: istituti privati accreditati  | rapporti contrattuali con privati accreditati  | BASSO  |          |                     |                              |
| 86 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo | Valutazione personale avente qualifica dirigenziale  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico | BASSO  |          |                     |                              |

| id | DIPARTIMENTO                                       | STRUTTURA   | PROCESSO   | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|----|--|---|--|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 87 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo  | Predisposizione e discussione budget annuale   | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio                                       | BASSO  |          |                     |                              |
| 88 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo  | Monitoraggio e valutazione risultati budget  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico | BASSO  |          |                     |                              |
| 89 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo  | Ricorso contro la valutazione performance individuale (contestazione del punteggio della scheda di valutazione compilata dal coordinatore/dirigente della Struttura di appartenenza)   | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico |  |          | X                   |                              |
| 90 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. SIA  | Adesione Accordi Quadro/Convenzioni stipulati da Liguria Digitale in qualità di centrale degli acquisti regionale per L'informatica . L.R. 42/2006   | Contratti pubblici   | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 91 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. SIA  | Collaudo (prima della consegna alla Struttura)   | Contratti pubblici   | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 92 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | S.C. SIA  | Gestione liquidazione tecnica fatture per acquisizione beni e servizi  | Contratti pubblici   | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 93 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | SSD Telecomunicazioni e progetti strategici per l'integrazione                              | Gestione telefonia fissa (centrali telefoniche, apparati di distribuzione, apparecchi telefonici IP e Analogici, Fax e Fax Server)   | Contratti pubblici   |  |          |                     |                              |
| 94 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | SSD Telecomunicazioni e progetti strategici per l'integrazione                              | Adesione a contratti Consip per installazione e manutenzione impianti di telefonia, e liquidazione fatture   | Contratti pubblici   |  |          |                     |                              |
| 95 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                | SSD Telecomunicazioni e progetti strategici per l'integrazione                              | Integrazione contrattuale  | Contratti pubblici   |  |          |                     |                              |
| 96 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni  | Acquisti apparecchiature   | Contratti pubblici   | ALTO   | X        |                     |                              |
| 97 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni  | Collaudo di apparecchiature  | Contratti pubblici   | ALTO   |          |                     |                              |
| 98 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia | Affidamento lavori/servizi di importo inferiore a 10.000,00 €. Escluse le consulenze (riparazione, adattamento sistemazione e manutenzione agli immobili e alle loro pertinenze, agli impianti, ai macchinari, ai mobili, agli arredi: ordini in economia) | Contratti pubblici   | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 99 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia | Affidamento lavori/servizi di importo compreso fra 10.000,00 € e 20.000,00 € - Escluse le consulenze (riparazione, adattamento sistemazione e manutenzione agli immobili e alle loro pertinenze, agli impianti, ai macchinari, ai mobili, agli arredi)     | Contratti pubblici   | ALTO   |          |                     |                              |

| id  | DIPARTIMENTO                                       | STRUTTURA  | PROCESSO   | AREA A RISCHIO  | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|-----|--|--|--|---|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 100 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia        | Affidamento lavori/servizi di architettura e di ingegneria di importo compreso fra 20.000,00 € e la soglia di affidamento diretto (fino al 30/06/2023 € 150.000) | Contratti pubblici  | ALTO   |          |                     |                              |
| 101 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia        | Progettazione  | Contratti pubblici  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 102 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia        | Autorizzazione a varianti in corso d'opera (perizia suppletiva)  | Contratti pubblici  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 103 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia        | Autorizzazione al subappalto/subaffidamenti  | Contratti pubblici  | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 104 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - AREA TECNICA | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizia        | Proroghe   | Contratti pubblici  | ALTISSIMO                                    |          | X                   |                              |
| 105 | DIREZIONE SANITARIA                                | Direzione Medica POU   | Denuncia decesso in ambito ospedaliero   | attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero                                | ALTO   | X        |                     |                              |
| 106 | DIREZIONE SANITARIA                                | Direzione Medica POU - S.S.D. GSS Area Ambulatoriale, convenzioni, libera professione intramuraria | Attività Libero Professionale Intramoenia - ALPI - (processo svolto attualmente dalla Direzione Sanitaria)   | Attività libero professionale e liste di attesa   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 107 | DIREZIONE SANITARIA                                | Direzione Sanitaria  | Sponsorizzazioni individuali in ambito formativo   | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 108 | DIREZIONE SANITARIA                                | Direzione Sanitaria  | *Sperimentazione clinica dei farmaci (clinica interventistica) sponsorizzata   | farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 109 | DIREZIONE SANITARIA                                | S.C. Farmaceutica Ospedaliera  | Acquisti in esclusiva  | farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | ALTISSIMO                                    |          |                     |                              |
| 110 | DIREZIONE SANITARIA                                | S.C. Farmaceutica Ospedaliera  | Espletamento gare per acquisti beni sanitari (farmaci/ dm)   | farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 111 | DIREZIONE SANITARIA                                | S.C. Farmaceutica Ospedaliera  | Determinazione dei fabbisogni del materiale farmaceutico per Gare centralizzate  | farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | ALTO   |          |                     |                              |
| 112 | DIREZIONE SANITARIA                                | S.C. Pianificazione, Programmazione e Organizzazione Sanitaria - NOC                               | Controlli su istituti accreditati  | rapporti contrattuali con privati accreditati   | ALTO   |          |                     |                              |

| id  | DIPARTIMENTO   | STRUTTURA  | PROCESSO  | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|-----|--|--|---|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 113 | DIREZIONE SANITARIA                                  | S.C. Professioni Sanitarie   | *Procedure di pulizia e disinfezione di cui alle convenzioni con le ditte di pulizia Asl3 (Il Rastrello, Camst)   | Contratti pubblici   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 114 | DIREZIONE SANITARIA                                  | S.C. Professioni Sanitarie   | *Appalto di lavanolo II lotto: consegna e pulizia teleria sterile (teli sale operatorie e camici sterili)   | Contratti pubblici   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 115 | DIREZIONE SANITARIA                                  | S.C. Professioni Sanitarie   | *Appalto lavanolo I lotto   | Contratti pubblici   | MEDIO  |          |                     |                              |
| 116 | DIREZIONE SANITARIA                                  | SSD Gestione Rifiuti   | Apertura nuovo sito produttivo di rifiuti   |  |  | X        |                     |                              |
| 117 | DIREZIONE SANITARIA                                  | SSD Gestione Rifiuti   | Smaltimento R.A.E.E. (Rifiuti da Apparecchiature Elettriche ed Elettromedicali)   |  |  | X        |                     |                              |
| 118 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | S.S.D. Consultorio Familiare   | Adozione nazionale (Adozione di minori presenti sul territorio italiano e dichiarati in stato di adottabilità)  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | MEDIO  |          |                     |                              |
| 119 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | S.S.D. Consultorio Familiare   | Adozione internazionale (Adozione di uno o più minori in uno stato estero)  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | MEDIO  |          |                     |                              |
| 120 | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | SSCC Distretti - SSD Coordinamento Inserimenti in strutture residenziali | Metodologia di costruzione e gestione lista di attesa per inserimento in strutture residenziali di soggetti affetti da patologie psichiatriche  | Attività libero professionale e liste di attesa  | ALTO   | X        |                     |                              |
| 121 | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | SC SERD  | Accesso dei soggetti HIV positivi con diagnosi di AIDS nelle Strutture previste dalla Deliberazione A.Li.Sa. n. 73 del 28 marzo 2018 ed ai Contratti A.Li.Sa. n. 9160 e 9288  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico       | ALTO   |          |                     |                              |
| 122 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Incaso e gestione del denaro derivante dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli Utenti afferenti agli sportelli CUP relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, D.M. 22/7/1996, D.P.C.M. 29/11/2001 | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | ALTISSIMO                                    | X        |                     |                              |
| 123 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Assistenza sanitaria all'Estero per prestazioni di altissima specializzazione, altrimenti non fruibili in Italia per assenza Strutture idonee o eccessiva dilatazione tempi d'attesa, D.M. 3/11/1989, Reg.UE 883/2004.                                  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | ALTO   | X        |                     |                              |
| 124 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Scelta-revoca MMG/PLS. da parte degli Utenti residenti nella ASL di competenza, Legge 833/1978 - ACN MMG 29/7/2009 - ACN PLS 29/7/2009  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 125 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Autorizzazione assistenza domiciliare programmata (adp) dei mmg e pls. Autorizzazione del medico funzionario Asl all'assistenza domiciliare dei   | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o                         | ALTO   | X        |                     |                              |
| 126 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Verifica possesso requisiti previsti dalla normativa vigente (L.R. n.24/1996) per trasporti sanitari utenti non deambulanti effettuati dalle Pubbliche  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o                         | ALTO   | X        |                     |                              |
| 127 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | S.S.D. Centro Residenziale e Semiresidenziale per Disabili               | Gestione liste di attesa disabili   | Attività libero professionale e liste di attesa  | ALTO   | X        |                     |                              |
| 128 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | S.S.D. Centro Residenziale e Semiresidenziale per Disabili               | Autorizzazione presidi di assistenza protesica  |  | ALTO   |          | X                   |                              |
| 129 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale                               | Attivazione Percorsi Inclusione Sociale con stipula Convenzione e Progetto Individuale e gestione economica   | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | ALTO   | X        |                     |                              |
| 130 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | S.S.D. Tutela Salute Ambito Penitenziario                                | Redazione relazione sullo stato di salute del detenuto  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o                         | ALTO   | X        |                     |                              |
| 131 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | SSD Assistenza Geriatrica  | Controllo delle fatture relative alle prestazioni di residenzialità e semiresidenzialità (ad esclusione di strutture individuate tramite bando di gare e prestazioni per residenti Asl3 collocate in Strutture di altre Asl3)                           |  |  | X        |                     |                              |

| id  | DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | PROCESSO   | AREA A RISCHIO   | VALUTAZIONE DEL RISCHIO - GIUDIZIO SINTETICO | Agg 2023 | NUOVO PROCESSO 2023 | Nuove misure specifiche 2023 |
|-----|-------------------------------------|--|--|--|--|----------|---------------------|------------------------------|
| 132 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE    | SSD Assistenza Geriatrica                      | Autorizzazione fornitura farmaci per ospiti in convenzione in Strutture residenziali fuori prontuario RSA  |  |  | X        |                     |                              |
| 133 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE    | SSD Assistenza Geriatrica                      | Esecuzione di vigilanze nelle strutture per anziani per controllo dei requisiti autorizzativi ed il rispetto del contratto di convenzione con la Asl                                     |  |  | X        |                     |                              |
| 134 | DIPARTIMENTO DEI SERVIZI            | S.C. Laboratorio Analisi                       | Attività di laboratorio: prestazione, accettazione utente esterno (compresi i dipendenti per medicina preventiva)  | Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico | ALTISSIMO                                    | X        |                     |                              |
| 135 | DIREZIONE GENERALE                  | Ufficio Stampa, Comunicazione e URP            | Reclamo  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni   | MEDIO  | X        |                     |                              |
| 136 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Procedure negoziate ai sensi del DL n. 76/2020 come modificato da DL 77/2021 (sopra i 139.000 € e sotto le soglie comunitarie) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |
| 137 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Acquisti sopra soglia (Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa)   | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |
| 138 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Acquisti sopra soglia (Criterio del minor prezzo)  | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |
| 139 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Acquisti sotto soglia (Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa)   | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |
| 140 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Acquisti sotto soglia (Criterio del minor prezzo)  | Contratti pubblici   | ALTO   |          | X                   |                              |



| ID | DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA  | PROCESSO  | AREA A RISCHIO   | TRATTAMENTO DEL RISCHIO   | TIPOLOGIA DELLE MISURE PROGRAMMATE    | Monitoraggio misure 2022 (autovalutazione) | Monitoraggio di II livello | Periodicità della verifica            |
|----|-------------------------------------|--|---|--|---|---------------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|
| 1  | DIPARTIMENTO GIURIDICO              | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                       | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di SC non PTA/comparto: predisposizione bando  | Acquisizione e gestione del personale  | Attuazione della rotazione del personale quale misura generale di prevenzione della corruzione nell'ambito del settore concorsi attraverso la creazione di un apposito albo | ROTAZIONE                             | X  |                            | TRIMESTRALE                           |
| 2  | DIPARTIMENTO GIURIDICO              | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                       | Gestione delle richieste di attività extraistituzionale da parte del personale dipendente ex art. 53 D.Lgs. n. 163/2001 | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico | Nomina e funzionamento del Comitato Tecnico per le verifiche delle dichiarazioni di conflitto di interesse  | DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI | X  |                            | MENSILE                               |
| 3  | DIPARTIMENTO GIURIDICO              | S.C. Aggiornamento e Formazione                                    | Individuazione docenti per attività formativa interna   | Incarichi e nomine   | Utilizzo albo docenti aziendale   | ROTAZIONE                             | X  |                            | SEMESTRALE                            |
| 4  | DIPARTIMENTO GIURIDICO              | S.C. Aggiornamento e Formazione                                    | Adozione Piano Formativo Annuale  | Acquisizione e gestione del personale  | Trasparenza costi singoli progetti formativi  | TRASPARENZA                           | X  |                            | SEMESTRALE                            |
| 5  | DIPARTIMENTO GIURIDICO              | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                       | Conferimento incarichi di funzione  | Incarichi e nomine   | Individuazione criteri oggettivi per la nomina dei segretari delle selezioni (sulla base dell'audit RPCT del 2022)  | ROTAZIONE                             | X  |                            | ANNUALE                               |
| 6  | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica   | Proroghe  | Contratti pubblici   | Attivazione audit per verifiche proroghe (e frazionamento appalto principale)   | CONTROLLO                             |  | X (AUDIT)                  |                                       |
| 7  | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE         | S.C. Medicina Legale   | Minorazioni civili (accertamenti invalidità civile, handicap, disabilità, cecità e sordità)                             | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico   | Accertamento informatizzato di situazioni di conflitto d'interesse dei componenti delle commissioni rispetto ai casi esaminati  | DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI | X  |                            | TRIMESTRALE                           |
| 8  | DIPARTIMENTO DEI SERVIZI            | S.C. Laboratorio Analisi   | Attività di laboratorio: prestazione, accettazione utente esterno (compresi i dipendenti per medicina preventiva)       | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico   | Collegamento al programma dell'anagrafica dei dipendenti e verifica controlli DMO attraverso uno specifico audit  | CONTROLLO                             |  | X (AUDIT)                  | DA ATTIVARE ENTRO LA II META DEL 2023 |
| 9  | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica/ S.C. Gestione e Sviluppo del Personale | Distribuzione e fruizione dei buoni pasto   | Acquisizione e gestione del personale  | Attivazione di un sistema di controllo per la verifica della corretta distribuzione dei buoni pasto   | CONTROLLO                             | ?  |                            |                                       |
| 10 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Economato e Logistica   | Gestione del processo: noleggio e acquisto veicoli aziendali  | Contratti pubblici   | Attivazione di un sistema di controllo per la verifica del kilometraggio  | CONTROLLO                             | X  |                            | MENSILE                               |
| 11 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                     | Proroghe  | Contratti pubblici   | Attivazione audit per verifiche proroghe (e frazionamento appalti)  | TRASPARENZA                           |  | X (AUDIT)                  | DA ATTIVARE ENTRO LA II META DEL 2023 |
| 12 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                     | Proroghe  | Contratti pubblici   | Monitoraggio proroghe   | TRASPARENZA                           | X  |                            | TRIMESTRALE                           |
| 13 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                     | Proroghe  | Contratti pubblici   | Aumentare il livello di trasparenza nelle concessioni di proroghe contrattuali  | TRASPARENZA                           | X  |                            | TRIMESTRALE                           |
| 14 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. SIA   | Gestione liquidazione tecnica fatture per acquisizione beni e servizi   | Contratti pubblici   | Integrazione del modulo di congruità tecnica del bene e servizio nella procedura informatica di gestione della contabilità  | CONTROLLO                             | X  |                            | SEMESTRALE                            |

| ID | DIPARTIMENTO   | STRUTTURA  | PROCESSO   | AREA A RISCHIO  | TRATTAMENTO DEL RISCHIO  | TIPOLOGIA DELLE MISURE PROGRAMMATE | Monitoraggio misure 2022 (autovalutazione) | Monitoraggio di II livello | Periodicità della verifica                  |
|----|--|--|--|---|--|------------------------------------|--|----------------------------|---|
| 15 | DIPARTIMENTO GIURIDICO                               | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                             | Conferimento incarichi di funzione   | Incarichi e nomine  | Snellimento procedure del processo relativo agli incarichi di funzione   | REGOLAMENTAZIONE                   | X  |                            | SEMESTRALE                                  |
| 16 | DIPARTIMENTO GIURIDICO                               | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                             | Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, di nuova istituzione, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Sociosanitaria | Incarichi e nomine  | Regolamentazione dettagliata dei criteri previsti dal C.C.N.L. dell'Area Sanità del 19.12.2019 - triennio 2016-2018, in particolare vincolando a un punteggio i criteri di cui all'art. 19 c. 9 lett. C) del suddetto C.C.N.L. | REGOLAMENTAZIONE                   | X  |                            | SEMESTRALE                                  |
| 17 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale                               | Attivazione Percorsi Inclusione Sociale con stipula Convenzione e Progetto Individuale e gestione economica  | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico      | Ridefinizione dei criteri di inserimento/dimissione degli utenti sulla base dell'importo economico erogato dal Comune  | SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE | x  |                            | SEMESTRALE                                  |
| 18 | DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE                     | Distretti Sanitari 8 - 13  | Incasso e gestione denaro pagamento Ticket effettuati presso sportelli CUP presso DSS 8-9-10-11-12-13  | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico      | Controllo e gestione storni contabili incasso ticket effettuati nella stessa sessione di cassa attraverso introduzione modulistica autorizzativa e verifica  | CONTROLLO                          | x  |                            | SEMESTRALE                                  |
| 19 | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | SSCC Distretti - SSD Coordinamento Inserimenti in strutture residenziali | Metodologia di costruzione e gestione lista di attesa per inserimento in strutture residenziali di soggetti affetti da patologie psichiatriche   | Attività libero professionale e liste di attesa   | Revisione procedura inserimento in strutture aziendali   | REGOLAMENTAZIONE                   |  | X (AUDIT)                  | DA ATTIVARE ENTRO LA II META DEL 2023       |
| 20 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo                           | Liquidazioni fatture al netto dei controlli NOC  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni  | Riduzione tempi di pagamento fatture   | CONTROLLO                          | x  |                            | annuale                                     |
| 21 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | S.C. Programmazione, Pianificazione, Controllo                           | Gestione DURC: istituti privati accreditati  | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni  | Controllo sui dati Durc inseriti in procedura  | CONTROLLO                          | x  |                            | annuale                                     |
| 22 | DIREZIONE SANITARIA                                  | DIREZIONE SANITARIA  | Sponsorizzazioni in ambito formativo   | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Pubblicazioni dati sulle sponsorizzazioni in ambito formativo  | CONTROLLO                          | x  |                            | Bimensile                                   |
| 23 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | Acquisti sopra soglia (Criterio del minor prezzo) - Acquisti sopra soglia ((Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa)  | Contratti pubblici  | Nomina di una Commissione redigente il Capitolato di gara  | CONTROLLO                          | x  |                            | Ogniqualvolta viene attivata la procedura   |
| 24 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | Area Tecnica   | Proroghe   | Contratti pubblici  | Monitoraggio proroghe  | CONTROLLO                          | x  |                            | Trimestrale                                 |
| 25 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | Area Tecnica   | Proroghe   | Contratti pubblici  | Aumentare il livello di trasparenza nelle concessioni di proroghe contrattuali   | CONTROLLO                          | x  |                            | Semestrale                                  |
| 26 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | Area Tecnica   | Varianti   | Contratti pubblici  | Comunicazione varianti   | TRASPARENZA                        | x  |                            | Bimensile                                   |
| 27 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | Area Tecnica   | Subappalti   | Contratti pubblici  | Comunicazione subappalti   | CONTROLLO                          | x  |                            | Trimestrale                                 |
| 28 | DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO                  | Area Tecnica   | Affidamento lavori/servizi di architettura e di ingegneria di importo compreso fra 20.000,00 € e la soglia di affidamento diretto (fino al 30/06/2023 €. 150.000)                            | Contratti pubblici  | Comunicazione affidamenti al limite della soglia e verifica assenza di frazionamenti appalto   | TRASPARENZA                        | x  | X (AUDIT)                  | Bimensile (per la valutazione di I livello) |

| ID | DESCRIZIONE MISURA   | TIPOLOGIA MISURE GENERALI | Monitoraggio misure 2022 (autovalutazione) | Monitoraggio di II livello | Periodicità della verifica           |
|----|--|---------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|
| 1  | Estrazione informatizzata dei dati degli accessi (L. n. 241/90 e D.Lgs. n. 33/2013)  | TRASPARENZA               | x  |                            | semestrale                           |
| 2  | Estrazione dati elenco che in automatico confluirà nella sezione "provvedimenti" di Amministrazione Trasparente                            | TRASPARENZA               | x  |                            | semestrale                           |
| 3  | Trasmissione elenco dirigenti cessati  | TRASPARENZA               | x  |                            | bimensile                            |
| 4  | Creazione di una sezione di archivio di Amministrazione Trasparente  | TRASPARENZA               | x  |                            | bimensile                            |
| 5  | Separazione dati oggetto di pubblicità legale rispetto a quelli di trasparenza   | TRASPARENZA               | x  |                            | bimensile                            |
| 6  | Personalizzazione profili per l'accesso al portale "consulenti pubblici"   | TRASPARENZA               | x  |                            | Annuale (fine 2024)                  |
| 7  | Aggiornamento sezione "contratti" di Amministrazione Trasparente: inserimento obblighi di pubblicità relativi all'esecuzione dei contratti | TRASPARENZA               | x  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 8  | Aggiornamento elenchi interventi PNRR  |                           | x  |                            | trimestrale                          |
| 9  | Attivazione corso antiriciclaggio  | FORMAZIONE                |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 10 | Attivazione corso sulla gestione del rischio   | FORMAZIONE                |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 11 | Verifica dei partecipanti ai corsi attivati nel 2022   | FORMAZIONE                |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 12 | Inserimento di una sezione specifica relativa al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei "social media"                      | CODICE DI COMPORTAMENTO   |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |

| ID | DESCRIZIONE MISURA   | TIPOLOGIA MISURE GENERALI     | Monitoraggio misure 2022 (autovalutazione) | Monitoraggio di II livello | Periodicità della verifica           |
|----|--|-------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|
| 13 | Adozione Codice di Comportamento aggiornato  | CODICE DI COMPORTAMENTO       |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 14 | Adozione regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco                             | CONFLITTO DI INTERESSE        |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 15 | Compilazione modulistica specifica sul conflitto di interesse nella fase esecutiva degli interventi PNRR | CONFLITTO DI INTERESSE        |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 16 | Aggiornamento modulistica sul conflitto di interesse   | CONFLITTO DI INTERESSE        |  |                            | RPCT/Gruppo Regionale anticorruzione |
| 17 | Trasmissione elenco verifiche effettuate   | INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI |  |                            | trimestrale                          |
| 18 | Compilazione della modulistica sulla incompatibilità da parte dei dirigenti della PTA in servizio        | INCONF/INCOMPATIBILITA'       | x  |                            | bimestrale                           |
| 19 | Attuazione rotazione del personale (segreterie concorsi)   | ROTAZIONE PERSONALE           | x  |                            | trimestrale                          |
| 20 | Applicazione del modello operativo proposto da Anac nel PNA 2022   | PANTOUFLAGE                   |  |                            | RPCT (misura prevista nel 2024)      |
| 21 | Predisposizione di un documento informativo di sensibilizzazione sull'importanza dell'istituto           | WHISTLEBLOWING                |  |                            | RPCT (misura prevista nel 2024)      |
| 22 | Verifica della compilazione della modulistica afferente alle Commissioni di concorso                     | FORMAZIONE COMMISSIONI        |  | x (audit)                  | Da attivare entro la fine del 2023   |
| 23 | Trasmissione nominativi degli "operatori di I livello"   | ANTIRICICLAGGIO               |  |                            | A partire dal 28/02/2023             |

| ID | DESCRIZIONE MISURA  | TIPOLOGIA MISURE GENERALI | Monitoraggio misure 2022 (autovalutazione) | Monitoraggio di II livello | Periodicità della verifica               |
|----|---|---------------------------|--|----------------------------|--|
| 24 | Compilazione trimestrale delle griglie di controllo   | ANTIRICICLAGGIO           |  |                            |  |
| 25 | Concordare un incontro con funzionario della UIF (o GdF) per delucidazione sulla normativa e sulla individuazione delle banche dati per l'analisi di II livello | ANTIRICICLAGGIO           |  |                            |  |
| 26 | Verifica attuazione obblighi contenuti nei Patti di integrità   | PATTI DI INTEGRITA'       |  | x (audit)                  | Attivazione audit entro la fine del 2023 |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |   |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |   |  |  |  |
|---------------------------------|----------------------|-------------|---|----------------|---|--|--|---|---|--|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                              | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedur e interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Responsore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione)                      | Relevante attività (Indicare se l'operazione della fase è di competenza del dirigente, del Membro di Elettione, del Funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)             | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. AFFARI GENERALI | 2           | contratto di sponsorizzazione ad iniziativa interna | 1              | Proposta da parte di una struttura interna di attivare la procedura per la selezione dello sponsor con proposta di bozza contratto sponsorizzazione e progettualità da implementare   |  | Struttura aziendale che ha necessità di attivare una sponsorizzazione                                    |   | <b>criteri di individuazione dello sponsor che possono favorire un particolare soggetto</b> |  |  |  |
|                                 |                      |             |   | 2              | Valutazione della bozza di contratto con particolare riferimento alla conformità della stessa alla normativa e al regolamento aziendale   | ENTRO 30 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA PROPOSTA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA PROPONENTE  | S.C. AFFARI GENERALI   | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO  |   |  |  |  |
|                                 |                      |             |   | 3              | Riscontro alla struttura proponente e alla S.C. Acquisti e gestione degli approvvigionamenti per la predisposizione dei successivi provvedimenti  | ENTRO 20 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA PROPOSTA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA PROPONENTE  | S.C. AFFARI GENERALI   | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO  |   |  |  |  |
|                                 |                      |             |   | 4              | Predisposizione di avviso per la manifestazione d'interesse   |  | S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti  |   | <b>criteri atti a favorire un determinato sponsor a discapito di altri</b>                  | <b>ESTERNO (altra struttura aziendale)</b> | <p>La struttura proponente nel valutare dei fattori abilitanti che costituiscono potenziali difficoltà in un'eventuale sponsorizzazione, del personale/risponibilità di garantire la selezione del candidato/contrattazione di funzioni in un unico gestore</p> <p>Metodo di controllo</p> <p>Metodo di monitoraggio di controllo in fase</p> <p>Metodo di monitoraggio</p> <p>Metodo di gestione e comunicazione (obiettivi e tecniche) (metodi di criteri predefiniti)</p> <p>Metodo di gestione</p> <p>Metodo di gestione del personale (strategie di competenza)</p> <p>Metodo di gestione (strategie di competenza amministrativa, professionalità e tecnici)</p> <p>Metodo di gestione (strategie di responsabilità (prestanome di persona) (manca)</p> <p>Metodo di gestione</p> <p>Metodo di gestione del controllo d'interesse</p> <p>Metodo di gestione della cultura (integrare) (culturale) (organizzazione)</p> |  |
|                                 |                      |             |   | 5              | Valutazione offerte e individuazione dello sponsor con apposito provvedimento amministrativo previa valutazione ed autorizzazione da parte della Commissione di garanzia  |  | S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti/struttura aziendale proponente/Commissione di Garanzia |   |   |  |  |  |
|                                 |                      |             |   | 6              | Nell'ipotesi in cui si manifestino una delle seguenti condizioni: a) procedure e esperte rimaste senza esito b) sponsorizzazioni inferiori a 40.000€ offerte spontaneamente all'ASL3 o su progetto ASL3, c) Affidamento senza avviso ed in forma semplificata, qualora il contributo economico offerto spontaneamente non superi i 2.000,00 euro (IVA esclusa), si procede, previa valutazione ed autorizzazione della Commissione di garanzia, ad affidamento diretto mediante predisposizione del provvedimento aziendale di autorizzazione e stipula del conseguente contratto | ENTRO 30 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELL'ISTRUTTORIA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA PROPONENTE  | Struttura proponente/Commissione di Garanzia/S.C. AFFARI GENERALI  | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO  | <b>criteri atti a favorire un determinato sponsor a discapito di altri</b>                  | <b>ESTERNO (altra struttura aziendale)</b> | <p>La struttura proponente nel valutare dei fattori abilitanti che costituiscono potenziali difficoltà in un'eventuale sponsorizzazione, del personale/risponibilità di garantire la selezione del candidato/contrattazione di funzioni in un unico gestore</p> <p>Metodo di controllo</p> <p>Metodo di monitoraggio di controllo in fase</p> <p>Metodo di monitoraggio</p> <p>Metodo di gestione e comunicazione (obiettivi e tecniche) (metodi di criteri predefiniti)</p> <p>Metodo di gestione</p> <p>Metodo di gestione del personale (strategie di competenza)</p> <p>Metodo di gestione (strategie di competenza amministrativa, professionalità e tecnici)</p> <p>Metodo di gestione (strategie di responsabilità (prestanome di persona) (manca)</p> <p>Metodo di gestione</p> <p>Metodo di gestione del controllo d'interesse</p> <p>Metodo di gestione della cultura (integrare) (culturale) (organizzazione)</p> |  |

| DIPARTIMENTO                                   |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                |  |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |                                |   |  |  |  |
|--|-------------|--|----------------|--|---|---|--|--|--------------------------------|---|--|--|--|
| STRUTTURA                                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI-AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI-AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/eseguire della implementazione)        | Procedere attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro superiore o essere di personale collaboratore) | Evento(rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO (COME) | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S.C. AFFARI GENERALI | 3           | contratto di sponsorizzazione ad iniziativa di soggetti terzi pubblici e privati | 1              | Manifestazione da parte di un soggetto pubblico o privato dell'intenzione di assumere la qualità di sponsor e relativa acquisizione al protocollo aziendale  | ENTRO TRE GIORNI LAVORATIVI   | S.C. AFFARI GENERALI  | UN OPERATORE PROTOCOLLO  | criteri di individuazione dello sponsor che possono favorire un particolare soggetto |                                |   |  |  |  |
|  |             |  | 2              | Valutazione della sussistenza dell'interesse da parte dell'Azienda a reperire una sponsorizzazione al fine di finanziare un determinato progetto   |   | Struttura aziendale interessata (Direzione Sanitaria, Socio Sanitaria, altra struttura) |  |  |                                |   |  |  |  |
|  |             |  | 3              | Valutazione della bozza di contratto proposto da potenziale sponsor pubblico o privato con particolare riferimento alla conformità della stessa alla normativa e al regolamento aziendale  | ENTRO 30 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA PROPOSTA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA INTERESSATA  | S.C. AFFARI GENERALI  | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO   |  |                                |   |  |  |  |
|  |             |  | 4              | Riscontro alla struttura interessata e alla S.C. Acquisito e gestione degli approvvigionamenti per la predisposizione dei successivi provvedimenti previa valutazione da parte della Commissione di Garanzia   | ENTRO 30 GIORNI DALLA RICEZIONE DELLA PROPOSTA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA INTERESSATA  | S.C. AFFARI GENERALI  | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO   |  |                                |   |  |  |  |
|  |             |  | 5              | Predisposizione di avviso per la manifestazione d'interesse  |   | S.C. Acquisiti e Gestione degli Approvvigionamenti/struttura aziendale interessata      |  |  |                                | criteri atti a favorire un determinato sponsor a discapito di altri | ESTERNO (altra struttura aziendale)  |  | La struttura procede ad un'analisi dei fattori abilitanti che tecnicamente potrebbero verificarsi in un'Amministrazione. Potenzia/curata del personale/imponibilità di garantire la rotazione del personale/accantonamento di funzioni in un unico operatore. Mancanza di meccanismi di controllo ex post. Mancanza di trasparenza. Mancanza di professionalità. Mancanza di procedure amministrative informatiche e tecniche/assenza di criteri procedurali validi di regole. Bassa professionalità (monopolio di competenza amministrativa, professionale e tecnica). Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere/impossibilità rotazione del personale). Mancata verifica dei conflitti d'interesse. Inadeguata diffusione della cultura della legalità/cultura organizzativa. |
|  |             |  | 6              | Valutazione offerte e individuazione dello sponsor con apposito provvedimento amministrativo   |   | S.C. Acquisiti e Gestione degli Approvvigionamenti/struttura aziendale interessata      |  |  |                                |   |  |  |  |
|  |             |  | 7              | Nell'ipotesi in cui si manifestano una delle seguenti condizioni: a) procedure esperte rimaste senza esito b) sponsorizzazioni inferiori a 40.000 € offerte spontaneamente all'ASL3 o su progetto ASL3, c) Affidamento senza avviso ed in forma semplificata, qualora il contributo economico offerto spontaneamente non superi i 2.000,00 euro (IVA esclusa), si procede, previa valutazione ed autorizzazione della Commissione di Garanzia, ad affidamento diretto mediante predisposizione del provvedimento aziendale di autorizzazione e stipula del conseguente contratto | ENTRO 30 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELL'ISTRUTTORIA FATTE SALVE EVENTUALI URGENZE SEGNALATE DALLA STRUTTURA PROPONENTE   | Struttura proponente/Commissione di Garanzia/S.C. AFFARI GENERALI                       | UN DIRETTORE, UN TITOLARE DI FUNZIONE E/O UN FUNZIONARIO   |  |                                |   |  |  |  |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |   |         |  | IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO  |   |   |                  |   |
|---------------------------------|----------------------|-------------|---|---------|--|--|---|---|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. AFFARI GENERALI | 4           | Gestione donazioni di beni (a causa dell'emergenza alcune strutture che hanno ricevuto elargizioni, soprattutto se "immobilizzazioni immateriali" non le hanno segnalate tutte all'ufficio competente e hanno subito provveduto ad utilizzare i beni) | 1       | Proposta da parte del donante  | S.C. Affari Generali   | Un soggetto elargisce una donazione in cambio di favori personali (Mancato rispetto finalità della donazione) |   |                  |   |
|                                 |                      |             |   | 2       | Accettazione beni  | S.C. Affari Generali/Strutture ASL destinatarie della donazione          |   |   |                  |   |
|                                 |                      |             |   | 3       | Formalizzazione Regolamento con provvedimento                                    | S.C. Affari Generali   |   |   |                  |   |
|                                 |                      |             |   | 4       | Publicazione in internet della documentazione necessaria a presentare la domanda |  |   |   |                  |   |

| DIPARTIMENTO |                 | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |  |   |  |   |
|--------------|-----------------|---------------------------------|---|---|---|--|---|--|---|--|---|
| STRUTTURA    | N. processo     | DENOMINAZIONE PROCESSO          | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/espertare della implementazione)   | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del giudice di pace, del funzionario o di altro soggetto) | Evento(rischio)                                     | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |   |
| GIURIDICO    | S.C. AVVOCATURA | 1                               | Affidamento incarico di difesa e rappresentanza dell'Azienda ad un avvocato del libero foro                             | 1   | previa verifica dell'effettiva competenza, accettazione dell'atto notificato tramite protocollo aziendale   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente ; 2 funzionari                          | eccessiva discrezionalità nell'individuare e gli avvocati del libero foro a discapito di altri | individuazione sempre degli stessi nominativi di professionisti presenti nell'Elenco Avvocati a discapito di altri inseriti in Elenco | S.C. AVVOCATURA  | mancanza di trasparenza/eccessiva discrezionalità |
|              |                 |                                 |   | 2   | salvataggio del ricorso in formato pdf sulla cartella condivisa della Struttura e formazione di un fascicolo cartaceo contenente l'originale dell'atto notificato - conseguente attribuzione di un repertorio (anno/materia)  | S.C. AVVOCATURA  | 2 funzionari  |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 3   | assegnazione da parte del Direttore della Struttura al responsabile del procedimento  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente   |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 4   | il responsabile del procedimento invia alla Struttura aziendale competente una formale richiesta istruttoria  | S.C. AVVOCATURA  | 2 funzionari  |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 5   | valutazione da parte del Direttore della Struttura se gestire direttamente il contenzioso o, per la specificità della materia o dati i carichi di lavoro della S.C. AVVOCATURA, procedere all'individuazione di un avvocato del libero foro   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente   |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 6   | viene esaminato l'Elenco Avvocati a cui attingere per l'affidamento di incarichi per la difesa in giudizio di ASI n.3 ed a seconda della materia oggetto del contenzioso- si individua l'avv. al quale conferire l'incarico nel rispetto del principio di rotazione degli incarichi | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari                           |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 7   | preliminamente, il Direttore della Struttura e/o il funzionario contatta telefonicamente l'Avvocato del libero foro per descrivere la natura del contenzioso e richiederne la disponibilità ad accettare l'incarico   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari                           |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 8   | successivamente, il Direttore della Struttura e/o il funzionario invia una mail al medesimo Avvocato inviando l'atto notificato e richiedendo formalmente la disponibilità ad accettare l'incarico, con definizione del compenso secondo i parametri previsti nel citato Elenco     | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari                           |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 9   | l'Avvocato del libero foro, risponde alla mail inviata, accettando l'incarico ed il compenso  | avvocato del libero foro   | avvocato del libero foro                            |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 10  | il responsabile del procedimento invia all'avvocato esterno la modulistica relativa alla verifica di eventuali incompatibilità/conflicti di interessi sopravvenuti rispetto alla formulazione dell'elenco Avvocati esterni aziendale  | S.C. AVVOCATURA  | 2 funzionari  |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 11  | nel caso di assenza di incompatibilità/conflicti di interessi, il responsabile del procedimento stende il provvedimento deliberativo relativo al conferimento dell'incarico e lo inserisce nella procedura informatica per l'approvazione da parte della Direzione aziendale        | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari                           |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 12  | l'incarico viene formalizzato con l'approvazione della deliberazione della Direzione Aziendale e la firma del mandato a firma del Direttore Generale  | S.C. AVVOCATURA/ DIREZIONE AZIENDALE   | 1 dirigente; 2 funzionari                           |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 13  | la deliberazione, il mandato a firma del Direttore Generale e l'istruttoria predisposta con i relativi documenti vengono consegnati all'avvocato del libero foro  | avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA   | 1 dirigente; 2 funzionari; avvocato del libero foro |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 14  | l'avvocato del libero foro invia alla Struttura l'atto di costituzione in giudizio e le successive memorie (archivate digitalmente) ed aggiorna sullo stato della vertenza, sino alla conclusione della stessa.   | avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA   | avvocato del libero foro/1 dirigente; 2 funzionari  |  |   |  |   |
|              |                 |                                 |   | 15  | una volta conclusa la vertenza all'avvocato viene liquidata la parcella già concordata secondo i parametri di riferimento   | avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA   | avvocato del libero foro/1 dirigente; 2 funzionari  |  |   |  |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                 |           |  |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |   |  |  |                     |   |   |
|---------------------------------|-----------------|-----------|--|----------------|---|---|--|---|--|--|---------------------|---|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA       | A_Preciso | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrizione le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)                    | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Eventi fase (Struttura responsabile/emergente della implementazione) | Risorse attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Evento(rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)    | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |   |
| Giudicio                        | S.C. AVVOCATURA | 2         | "Recupero crediti stragiudiziali e giudiziale a seguito di sentenza" | 1              | REDAZIONE ED INVIO DELLA RICHIESTA ISTRUTTORIA  | ENTRO 20GG. DALLA RICEZIONE DELLA PRATICA DA PARTE DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   | Agevolazione indebita di particolari soggetti attraverso applicazione di criteri non oggettivi | NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE DI SOLLECITO AI FINI DELL'INTERRUZIONE DELLA PRESCRIZIONE A DETERMINATI | INTERNO ALL'UFFICIO | Assenza/scarità/mancata rotazione del personale<br>Accentramento di funzioni in un unico operatore                    |   |
|                                 |                 |           |  | 2              | MESSA IN MORA DEL DEBITORE  | ENTRO 30 GG. DALLA RICEZIONE DELL'ISTRUTTORIA-TERMINE MASSIMO PRESCRIZIONE  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  |  |                     | MANCATA RILEVAZIONE DA PARTE DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DI INCOMPATIBILITA' CO | Assenza di meccanismi di controllo ex post<br>Mancanza di trasparenza<br>Eccessiva discrezionalità<br>Scarità di competenze del personale (monopolio di competenze)<br>Bassa professionalità (monopolio di competenza amministrative, professionali e tecniche) |
|                                 |                 |           |  | 3              | RICHIESTA EMISSIONE DECRETO INGUNTIVO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA COMPETENTE. FATTI SALVI TERMINI DI VALUTAZIONE PRECEDENTI GIURISPRUDENZIALI | ENTRO 6 MESI DAL MANCATO PAGAMENTO  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  |  |                     |   |   |
|                                 |                 |           |  | 4              | COSTITUZIONE IN GIUDIZIO NELL'EVENTUALE FASE DI OPPOSIZIONE   | TEMPI TECNICI SECONDO QUANTO PREVISTO DAL CODICE DI PROCEDURA CIVILE  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari; avvocato del libero foro (eventuale se non gestita internamente dalla struttura)   |  |  |                     |   |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                 |             |   |                |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                  |   |  |  |                     |  |
|---------------------------------|-----------------|-------------|---|----------------|--|---|--|---|--|--|---------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA       | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalle norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/impianto della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzioni, del funzionario o di altro soggetto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                                  | PERIMETRO (DOVE)    | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Avvocatura | 7           | "Recupero danni arrecati al patrimonio aziendale mediante richiesta istruttoria alle strutture competenti, finalizzata alla quantificazione del danno ed all'individuazione dei soggetti debitori e conseguente attivazione della procedura di liquidazione assicurativa" | 1              | a seguito della segnalazione del danno al patrimonio aziendale richiesta della quantificazione economica al competente servizio tecnico                                | ENTRO 10 GG. DALLA RICEZIONE DELLA PRATICA DA PARTE DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   | mancato ristoro del danno subito al patrimonio aziendale | NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE DI RICHIESTA ISTRUTTORIA                | INTERNO ALL'UFFICIO | Assenza/scarità/mancata rotazione del personale<br>Accentramento di funzioni in un unico operatore   |
|                                 |                 |             |   | 2              | eventuale richiesta di integrazione dei dati relativi al sinistro alla Struttura aziendale ove si è verificato il danno (es. targhe veicoli, testimoni, fotografie...) | ENTRO 10 GG. DALLA RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  | NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE RACCOMANDATE DI CONTESTAZIONE DEL DANNO | INTERNO ALL'UFFICIO | Assenza di meccanismi di controllo ex post<br>Mancanza di trasparenza<br>Eccessiva discrezionalità<br>Scarità di competenze del personale (monopolio di competenze)<br>Bassa professionalità (monopolio di competenza amministrativa, professionali e tecniche)<br>Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere) |
|                                 |                 |             |   | 3              | nota raccomandata a/r contestazione del danno e di messa in mora alla compagnia assicurativa e/o al danneggiante   | ENTRO 10 GIORNI DAL RICEVIMENTO DELL'INTEGRAZIONE ISTRUTTORIA   | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  |  |                     |  |
|                                 |                 |             |   | 4              | valutazione della proposta di risarcimento del danno di concerto con il competente servizio aziendale  | TEMPI TECNICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  |  |                     |  |
|                                 |                 |             |   | 5              | accettazione della proposta di risarcimento  | TEMPI TECNICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO  | S.C. AVVOCATURA  | 1 dirigente; 2 funzionari   |  |  |                     |  |

| DIPARTIMENTO           | STRUTTURA                                    | N. Processo | Mappatura ATTIVITA'-FASIAZIONI   |                           |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                    |                                 |   |   |   |  |
|------------------------|--|-------------|--|---------------------------|--|--|---------------------------------|---|---|---|--|
|                        |  |             | PROCESSO   | N. Fase/iter (articolata) | DESCRIZIONE FASIAZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/completate della implementazione) | Evento (rischio)                | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 9           | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di SC non PTA/comparto: predisposizione bando | 1 a)                      | Deroghe: Sono richieste alla Regione con Piano assunzioni (indicativamente entro il mese di ottobre di ogni anno) oppure, se non è previsto nel piano, con Relazione informativa ai sensi della normativa regionale ( sotto paragrafo A7).   | da definire  | Richio di favorire un candidato | La mancata definizione del settore competente allo svolgimento dell'attività può determinare un rallentamento della procedura e quindi dell'efficacia ed efficacia del processo | interno   | assenza di procedure/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole            |  |
|                        |  |             |  | 1 b)                      | Deroghe: I Direttori delle Strutture Complesse e il Dirigente delle Professioni Sanitarie segnalano alla Direzione Sanitaria e Sociosanitaria l'esigenza di disporre di personale e se non previsto dal Piano assunzione si dovrà procedere ad attivare la nota informativa (sotto paragrafo A7)   | Ufficio richiedente/Regione  |                                 |   | interno/esterno   |   |  |
|                        |  |             |  | 1 c)                      | Deroghe: Invio nota deroghe alla Regione (sotto paragrafo A7) - dopo 15 gg lavorativi silenzio assenso (deroga concessa)   | da definire  |                                 |   | interno/esterno   | assenza di procedure/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole            |  |
|                        |  |             |  | 1 b)                      | Procedure preconcorsuali: Assentita una nuova deroga (sia da Piano Assunzioni sia da procedura A7) si rende necessaria la trasmissione alla funzione pubblica di una nota di comunicazione ai sensi dell'art 34 bis d.lgs. 165/2001 per verificare la presenza di personale collocato in disponibilità ex art 7 legge 3/2003 nel medesimo profilo oggetto della deroga. La comunicazione deve essere rinnovata ogni 6 mesi.  | Settore concorsi   |                                 |   | interno   |   |  |
|                        |  |             |  | 2 a)                      | Procedure preconcorsuali: I Direttori delle Strutture Complesse e il Dirigente delle Professioni Sanitarie segnalano alla Direzione Sanitaria e Sociosanitaria della loro preferenza ad avvalersi di un Avviso di mobilità o richiesta utilizzo graduatorie ancora disponibili. In assenza dell'Avviso di mobilità può optare di chiedere l'attivazione delle procedure concorsuali.   | Settore concorsi/ufficio richiedente                                     |                                 |   | interno   |   |  |
|                        |  |             |  | 2 b)                      | Procedure preconcorsuali: L'ufficio concorsi verifica l'esistenza presso Alfas e presso Aziende Sanitarie extra regione di valide graduatorie concorsuali consultando siti istituzionali aziende, a volte su indicazione dei Direttori delle Strutture.  | Settore concorsi/ufficio richiedente                                     |                                 |   | interno   |   |  |
|                        |  |             |  | 3                         | Indizione bando di concorso: La direzione Sanitaria e Sociosanitaria invia una nota con la richiesta di attivazione bando di concorso sulla base della di richiesta direttore SC/SSD la quale indica il livello di priorità da assegnare alla procedura in questione. Per la predisposizione del bando, anche in riferimento alla definizione dei profili e dei requisiti, ci si attiene alla normativa concorsuale che regola la dirigenza ovvero DPR 483/1997 DPR 484/1994 e al DPR 220/2001 per il comparto, compresi i contenuti delle prove. Per quanto riguarda l'Avviso pubblico per l'incarico quinquennale di direttore di SC (non PTA) il Collegio dirigenziale trasmette una comunicazione, prima di indizione del bando, con i profili oggettivi e soggettivi. | Settore concorsi   |                                 |   | contenuti delle prove sono troppo generici  | interno   | manca di competenza  |
|                        |  |             |  | 1 d)                      | Ammissione candidati: Dopo avere scaricato dal protocollo tutte le domande pervenute sia a mezzo raccomandata sia a mezzo posta certificata, l'ufficio concorsi verifica il rispetto della tempistica e della sussistenza dei requisiti generali e specifici per l'ammissione (gli eventuali non ammessi ricevono comunicazione a mezzo raccomandata/Pec, dopo l'approvazione del relativo provvedimento)  | Settore concorsi   |                                 |   | interno   |   |  |
|                        |  |             |  | 2 d)                      | Ammissione candidati: I candidati sono ammessi con una apposita determina dirigenziale nella quale è specificata anche la motivazione delle eventuali esclusioni.  | Settore concorsi   |                                 |   | interno   |   |  |
|                        |  |             |  | 1 e)                      | Nomina commissione per concorso dirigenza: a) dopo 10 giorni dalla scadenza del bando, la commissione di sorteggio, riunitasi ai sensi dell'art. 6 DPR 483/1997, procede al sorteggio dei componenti (n. 1 Titolare + n. 5 supplenti) tra gli iscritti nei ruoli nominativi regionali ove esistenti, ovvero tra i dirigenti di secondo livello in servizio presso le strutture sanitarie ubicate nel territorio della regione previa comunicazione da pubblicare sul sito; b) La nomina del Presidente della Commissione è designato da parte del DG, ai sensi dell'art. 25 DPR 483/1997; c) la comunicazione alla Regione Liguria dei nominativi sorteggiati e del presidente: la stessa individua il terzo componente rispettando l'equilibrio di genere.                | Regione e Dirigenza di vertice   |                                 |   | La mancata pubblicazione dell'avviso può favorire potenzialmente rischi di favoritismi                | interno/esterno   | manca di trasparenza   |
|                        |  |             |  | 2 e)                      | Nomina commissione per concorso incarico quinquennale per Direttore di SC.: dopo 10 giorni dalla scadenza del bando, la commissione di sorteggio, riunitasi ai sensi dell'art. 15 dlgs 502/92 smi, procede al sorteggio dei componenti (n. 3 Titolari + n. 15 supplenti) reperito nell'apposita sezione del sito del Ministero della Salute previa comunicazione da pubblicare sul sito; b) La nomina del Presidente della Commissione è designato dalla stessa Commissione di valutazione in seduta preliminare. Il quarto componente di diritto è il Direttore Sanitario il quale non può essere scelto come Presidente della Commissione.   | Dirigenza di vertice   |                                 |   | Manca di requisiti oggettivi nell'individuazione dei membri della commissione                         | interno   | eccessiva discrezionalità  |
|                        |  |             |  | 3 e)                      | Nomina commissione per comparto: individuato direttamente dal DG, DS, DA o DSS ai sensi del DPR 220/2001   | Settore concorsi   |                                 |   | 1) Mancato utilizzo dell'albo e/o per mancanza di personale adeguato; 2) Favorire lo stesso personale | interno   | 1) Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche); 2) mancanza di trasparenza |
|                        |  |             |  | 4 e)                      | Nomina commissione per comparto: Nomina del segretario della Commissione è scelto a rotazione tra i dipendenti amministrativi di Cat. C e D che hanno manifestato la disponibilità ad assumere l'incarico in questione. In assenza di una disponibilità espressa da un candidato esterno all'ufficio concorsi è necessario effettuare la scelta tra i componenti dello stesso ufficio, a rotazione.  | Settore concorsi   |                                 |   |   | interno   |  |
|                        |  |             |  | 5 e)                      | Nomina commissione comparto/dirigenza: predisposizione provvedimento di nomina e successivo inoltro dello stesso alla Consiglieria per le pari opportunità   | Settore concorsi   |                                 |   |   | interno   |  |
|                        |  |             |  | 6 e)                      | Nomina commissione comparto/dirigenza: Trasmissione della modulistica, ai componenti della Commissione di valutazione attestante assenza conflitti di interesse allegando la lista dei candidati partecipanti al concorso.   | Settore concorsi   |                                 |   | Mancato utilizzo di sistemi informativi per identificare soggetti particolari                         | interno   | comportamento orientato/conflicto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)                   |
|                        |  |             |  | 7 e)                      | Attività Commissione: La Commissione stabilisce le modalità di svolgimento della prova scritta ( su supporto cartaceo o informatico) e dei criteri di valutazione dei titoli (necessari per la predisposizione delle schede di valutazione per tutti i candidati che avranno superato la prova scritta), ai sensi della normativa concorsuale vigente. Il segretario redige un verbale dal quale devono risultare descritte tutte le fasi del concorso.  | Settore concorsi   |                                 |   |   | interno   |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |                  |  |                           |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                     |                                  |  |                |  |
|---------------------------------|--|------------------|--|---------------------------|---|---|----------------------------------|--|----------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA  | N. Processo      | PROCESSO   | N. Fase (azione attività) | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore Fase (Incaricato responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                 | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)      | PERIODO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DEPARTAMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane   | 10               | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di SC non PTA/comparto: esecuzione, esito e di reclutamento | 1 a)                      | Svolgimento concorso: Assegnazione al Segretario della Commissione di tutte le domande di partecipazione dei candidati ammessi al concorso  | ?   | Rischio di favorire un candidato |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 1 b)                      | Svolgimento concorso (prove scritte): La Commissione si attiene alle disposizioni del DLGS n. 489/2220  | Ufficio richiedente   |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 1 c)                      | Svolgimento concorso (prove orali):   | ?   |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 2 a)                      | Approvazione della graduatoria: predisposizione della graduatoria sulla base dei criteri prefissati   | Settore concorsi  |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 2 b)                      | Approvazione della graduatoria: acquisizione della graduatoria e dei verbali della Commissione e di tutti gli atti delle prove  | Segretario della Commissione  |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 2 c)                      | Approvazione della graduatoria: predisposizione provvedimento di approvazione della graduatoria e pubblicazione su Amministrazione Trasparente a mezzo mail   | Approvazione della graduatoria:   |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 3 a)                      | Liquidazione compensi Commissione: compilazione dei moduli per la liquidazione dei compensi per i componenti e del segretario della Commissione: gettone presenza (258 euro lordi) per i componenti del comparto -----          | Settore concorsi  |                                  | Assegnati compensi non conformi alla normativa |                | mancanza di trasparenza  |
|                                 |  |                  |  | 3 b)                      | Liquidazione compensi   | Settore economico   |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 1 c)                      | Assunzione: Delibera di assunzione e successiva comunicazione di notifica dell'assunzione del termine di 7 gg per l'accettazione e di 30 per prendere e servizio allegando l'elenco dei documenti da presentare/autocertificare | Settore concorsi  |                                  |  |                |  |
|                                 |  |                  |  | 2 c)                      | Assunzione: Individuazione tramite nota formale della Struttura tra quelle che avevano fatto richiesta che in quel momento ha maggiore carenza di personale   | DG/DA/DS/SS a seconda dell'ambito di competenza                           |                                  |  |                |  |
| 3 c)                            | Assunzione: Richiesta al Responsabile della Struttura l'assegnazione ed il relativo CdC conformemente alle deroghe in possesso per ciascun candidato | Settore concorsi |  |                           |   |   |                                  |  |                |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |                                  |                         |  | SCHEMA EVENTI RINCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                    |                                  |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|----------------------------------|-------------------------|--|--|----------------------------------|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO                         | N. Fase (vedere art.10) | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                 | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 11          | Procedura di mobilità in entrata | 1                       | Richiesta attivazione di indizione bando di mobilità dirigenza da parte della direzione (DG/DA/DS/DSS) e per il comparto da parte del Dirigente Responsabile delle Professioni Sanitarie   | DG/DA/DS/DSS   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 2                       | Prima della pubblicazione del bando si invia Richiesta Assegnazione Personale collocato in disponibilità, previsto dall'ex art. 7 Legge 16/01/2003, n. 3 – Assegnazione di personale collocato in disponibilità ai sensi degli art. 23 e 24 del D.lg. 30/03/2001, n. 165 e s.m.l. al Dipartimento della Funzione Pubblica Presidenza del Consiglio dei Ministri e al Centro per l'Impiego Genova Centro – Servizi Amministrativi. Pubblicazione bando di mobilità e sua pubblicazione  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 3                       | In caso di risposta negativa (come normalmente accade) il bando di mobilità viene pubblicato sul sito istituzionale aziendale.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 4                       | L'ufficio concorsi recepisce, acquisendole dal protocollo generale, le domande di partecipazione, attendendo, dopo la scadenza del bando, un termine congruo a garantire la ricezione anche dei candidati che eventualmente avessero optato per il solo invio cartaceo attraverso A/R.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 5                       | Per ogni Avviso di Mobilità, concernente tanto la Dirigenza quanto il Comparto, l'ufficio provvede a chiedere alla Direzione Competente la designazione dei componenti della Commissione Esaminatrice (3 membri, nel rispetto delle quote di genere, secondo i criteri stabiliti nel bando)  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 6                       | Acquisite le designazioni della Commissione di Valutazione, l'ufficio concorsi provvede ad emettere il provvedimento contestuale di nomina Commissione ed ammissione candidati procedendo ad informare, a mezzo raccomandata o posta certificata, gli eventuali esclusi.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 7                       | Una volta approvato la determinazione dirigenziale di ammissione candidati e nomina della Commissione, l'ufficio consegna al Segretario della Commissione Esaminatrice le domande di partecipazione dei candidati ammessi alla mobilità e la normativa di riferimento e provvede dare le istruzioni e le spiegazioni necessarie per il corretto svolgimento delle prove. Nella maggior parte dei casi i componenti dell'ufficio svolgono le funzioni di segreteria. Consultati i membri della Commissione, stabilita la data del colloquio, il segretario provvede alla convocazione attraverso la procedura stabilita nel bando (pubblicazione sul sito, garantendo ai candidati almeno 10 giorni di preavviso). Nella pressoché totalità dei casi, li si contatta anche telefonicamente. | Settore concorsi   | Rischio di favorire un candidato |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 8                       | Predisposti i criteri di valutazione, da parte della Commissione, conclusa la procedura e acquisiti i verbali della Commissione Esaminatrice, il Segretario comunica al sito Aziendale i risultati del colloquio per la loro pubblicazione e (qualora non ne faccia parte) consegna all'ufficio la documentazione concernente il colloquio, le schede di valutazione, e le dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi dei membri della Commissione.  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 9                       | Sulla base del verbale, l'ufficio provvede all'emissione dell'atto di approvazione delle graduatorie e contestuale assunzione del vincitore (deliberazione di assunzione di personale).  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 10                      | Approvata la deliberazione dirigenziale d'esito, si effettua l'invio di una prima comunicazione che ha un duplice scopo: a) informare l'Ente di appartenenza del fatto che un suo dipendente è risultato vincitore dell'avviso in questione 2) richiedere al candidato di notificare al suo Ente la sua richiesta di nulla osta al trasferimento entro 7 giorni dal ricevimento, e di far pervenire copia di tale richiesta protocollata all'ufficio Concorsi.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 11                      | La maggior parte delle volte il candidato per manifestare la volontà di accettare trasmette copia della richiesta di nulla osta entro 17 giorni.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 12                      | Nel momento in cui l'interessato contatta l'ufficio per informazioni ulteriori sull'assunzione di che trattasi si comunica il nominativo e il recapito telefonico del Responsabile della Struttura di assegnazione a cui chiedere chiarimenti sull'attività da svolgere.   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 13                      | In caso di mancata risposta da parte dell'Ente di appartenenza, solitamente si aspetta un mese prima di sollecitare una risposta (normalmente si intende concludere la procedura entro tre mesi)   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 14                      | In caso di concessione di nulla osta l'Azienda di appartenenza comunica la decadenza del trasferimento, data entro la quale il candidato deve aver usufruito di tutte le ferie maturate. Sulla scorta degli accordi intercorsi tra i due Enti, viene redatta una determinazione dirigenziale di presa d'atto di trasferimento e assunzione del candidato.  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 15                      | Viene convocato il candidato per acquisire autocertificazione, allegata alla presente, per consegnare i moduli per la vista di idoneità fisica. Prima dell'immissione in servizio l'ufficio deve acquisire il certificato del casellario giudiziale inviando richiesta alla procura della Repubblica.  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 16                      | Ottenuta l'idoneità del Medico competente il candidato contatta l'ufficio per concordare la data in cui firmare il relativo contratto di lavoro e gli viene comunicato che in tale giorno dovrà presentare copia di documento d'identità, codice fiscale, l'ultima busta paga e IBAN.  | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 17                      | Invio comunicazione on line alla Regione dell'avvenuta assunzione (Modello UNILAV)   | Settore concorsi   |                                  |   |                  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |   |                          |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|---|--------------------------|--|--|---|---|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase (vedere annesso) | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 12          | Procedura concorsuale rivolta alle categorie protette art. 18 L. n. 68/99 | 1 a)                     | Piano assunzioni (Anno 2021) ai sensi della Legge 68/1999 e in conformità alla convenzione stipulata con la Città Metropolitana di Genova approvata con deliberazione n. 672/2014 integrata con note autorizzatorie della Città Metropolitana n. 69880/2016 e n. 75550/2020 della Regione Liguria  | Ufficio Giudicio   | Rischio di favorire un candidato                      |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 1 b)                     | Il Piano assunzioni di ogni anno prevede un numero di assunzioni di personale appartenente alle categorie disabili art. 1 L. 68/99 e alle categorie protette art. 18 L. 68/99 stabilito in percentuale rispetto alle assunzioni complessive.   | Ufficio Giudicio   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 1 c)                     | con una nota trasmessa all'ufficio concorsi da parte di Direzione Generale/DA/DS/DSS si richiede l'attivazione di un bando di concorso ai sensi della L.68/99 per ciascuna delle categorie suddette.   | Direzione  |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 a)                     | Ammissione candidati: Dopo avere scaricato dal protocollo tutte le domande pervenute sia a mezzo raccomandata sia a mezzo posta certificata, l'ufficio concorsi verifica il rispetto della tempistica e della sussistenza dei requisiti generali e specifici per l'ammissione (gli eventuali non ammessi ricevono comunicazione a mezzo raccomandata/Pec, dopo l'approvazione del relativo provvedimento)  | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 b)                     | Ammissione candidati: I candidati sono ammessi con una apposita determina dirigenziale nella quale è specificata anche la motivazione delle eventuali esclusioni.  | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 c)                     | Nomina commissione per comparto: individuato direttamente dal DG, DS, DA o DSS ai sensi del DPR 220/2001   | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3 a)                     | Nomina commissione per comparto: Nomina del segretario della Commissione è scelto a rotazione tra i dipendenti amministrativi di Cat. C e D che hanno manifestato la disponibilità ad assumere l'incarico in questione. In assenza di una disponibilità espressa da un candidato esterno all'ufficio concorsi è necessario effettuare la scelta tra i componenti dello stesso ufficio, a rotazione.  | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3 b)                     | Nomina commissione comparto: Trasmissione della modulistica, ai componenti della Commissione di valutazione attestante assenza conflitti di interesse allegando la lista dei candidati partecipanti al concorso.   | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 1 c)                     | Attività Commissione: La Commissione stabilisce le modalità di svolgimento della prova scritta ( su supporto cartaceo o informatico) e dei criteri di valutazione dei titoli (necessari per la predisposizione delle schede di valutazione per tutti i candidati che avranno superato la prova scritta), ai sensi della normativa concorsuale vigente. (DPR 220/2001 e smi) Il segretario redige un verbale dal quale devono risultare descritte tutte le fasi del concorso. | Ufficio concorsi   |   |   |                  |  |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |   |                              |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                    |                                  |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|---|------------------------------|--|--|----------------------------------|---|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO                                  | N. Fase (lettere alfabetico) | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                 | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DEPARTAMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 13          | Procedura concorsuale ex art. 16 L. 56/87 | 1 a)                         | n base alle deroghe assentite da parte della Regione, con una nota trasmessa all'ufficio concorsi da parte di Direzione Generale/DG/DS/SS si richiede l'attivazione della procedura di selezione ex art. 16 L. 56/87 all'ufficio Centro del Impiego.   | Direzione  | Rischio di favorire un candidato |   |                  |  |
|                                 |  |             |   |                              | Procedure di richieste all'Agenzia Regionale per il Lavoro   | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 1 c)                         | nella nota della Direzione devono essere specificati i requisiti o la qualifica richiesta del profilo richiesto  | Direzione  |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 a)                         | Si invia all'Agenzia Regionale per il Lavoro una richiesta, in cui si dichiara l'intenzione che questa Azienda ha, di assumere a tempo indeterminato, in prima istanza, il totale del personale con la qualifica specifica, inoltre, si chiede l'invio degli iscritti al centro dell'impiego nella qualifica richiesta, al fine di avviare le procedure previste dalla L. 56/87. In tale lettera si elencano i requisiti e le disponibilità di servizio. | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 b)                         | Ottenuti gli elenchi dei nominativi (Graduatoria) da parte dell'Agenzia Regionale per il Lavoro si procede alla redazione dell'indizione del bando dell'avvio a selezione ex art. 16 della Legge 28/2/1987.  | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 c)                         | Si richiede al Direttore della S.C. interessata alla selezione, i componenti della commissione di valutazione delle selezioni (sono 3 componenti tra cui uno del funzionario dovrà redigere un verbale).   | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3 a)                         | Ottenuti i nominativi si procede alla redazione della nomina della commissione di valutazione  | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3 b)                         | Viene passato tutto il materiale inerente alla procedura al segretario.  | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 1 c)                         | Svolta la selezione si redige la delibera di esito e si procede all'assunzione.  | Ufficio Concorsi   |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2 c)                         |  |  |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3 c)                         |  |  |                                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |   |                              |  |  |                                  |   |                  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |  |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|-------------|--|---|--|--|------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio) | MOBILITA' - COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERMETTO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |  |  |
| GIURIDICO                       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 14          | Processo relativo al collocamento a riposo del personale con corresponsione del trattamento pensionistico e della liquidazione | 1   | specifico appuntamento con il dipendente al fine di una puntuale verifica dei requisiti pensionistici e del relativo trattamento pensionistico in osservanza della normativa vigente   | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   | Basso            |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 2   | presentazione di un'apposita domanda di collocamento a riposo nel rispetto del preavviso contrattuale e legale ivi previsto e conseguente presa d'atto dell'Ente datore di lavoro con un provvedimento interno a firma Dirigenziale  | Dipendente/S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                        |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 3   | trasmissione della domanda di accredito pensionistico all'INPS da parte del dipendente per via telematica se munito di SPID/CNS oppure tramite fascicolo di un Patronato di fiducia  | Dipendente/Patronato   |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 4   | istruttoria interna: ricostruzione dell'intera carriera del dipendente, anche presso Enti o servizi esterni all'attuale datore di lavoro, sia dal punto di vista giuridico che retributivo con l'utilizzo della documentazione cartacea presente nel fascicolo personale e di quella elettronica caricata nelle distinte anche dati in possesso del datore di lavoro | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   |                  | irregolare istruttoria a seguito di errore materiale nella fase di elaborazione del dato giuridico o retributivo, tuttavia sottoposto a due fasi di controlli la prima da parte del Responsabile dell'Ufficio e quella conclusiva del procedimento dall'INPS |                 | scarsità del personale   |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 7   | comunicazione dell'esito dell'istruttoria e dei relativi dati all'INPS tramite applicativo in condivisione   | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   |                  | irregolare trasmissione informatica dei dati utili al pensionamento, tuttavia preliminare e controllo automatizzato da parte dell'INPS   |                 | scarsità del personale   |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 8   | acquisizione ed elaborazione di tutti i dati emessi dal datore di lavoro ed emissione del decreto di pensione o rigetto dell'istanza pensionistica   | INPS   |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  | 9   | acquisizione ed elaborazione di tutti i dati del datore di lavoro ed emissione del decreto di I.P.S. o T.F.R.  | INPS   |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  |   |  |  |                  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                 |  |             |  |   |  |  |                  |  |                 |  |  |  |  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  |         | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |                  |  |                  |   |
|---------------------------------|--|-------------|--|---------|---|--|------------------|--|------------------|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| GIURIDICO                       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 15          | Processo relativo alla ricongiunzione e riscatto | 1       | specifico appuntamento con il dipendente al fine di una puntuale verifica dei presupposti di legge per accedere alla domanda di ricongiunzione e/o riscatto ai fini pensionistici   | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   | Basso            |  |                  |   |
|                                 |  |             |  | 2       | trasmissione della domanda all'INPS da parte del dipendente per via telematica se munito di SPID/CNS oppure tramite l'ausilio di un Patronato di fiducia  | Dipendente/Patronato   |                  |  |                  |   |
|                                 |  |             |  | 3       | istruttoria interna: ricostruzione dell'intera carriera del dipendente, anche presso Enti o servizi esterni all'attuale datore di lavoro, sia dal punto di vista giuridico che retributivo con l'utilizzo della documentazione cartacea presente nel fascicolo personale e di quella elettronica caricata nelle distinte banche dati in possesso del datore di lavoro | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   |                  | irregolare istruttoria a seguito di errore materiale nella fase di elaborazione del dato giuridico o retributivo, tuttavia sottoposto a due fasi di controlli la prima da parte del Responsabile dell'Ufficio e quella conclusiva del procedimento dall'INPS |                  | scarsità del personale  |
|                                 |  |             |  | 4       | comunicazione dell'esito dell'istruttoria e dei relativi dati all'INPS tramite applicativo in condivisione  | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                                   |                  | irregolare trasmissione informatica dei dati utili al pensionamento a causa malfunzionamento dei programmi in condivisione tra l'Ente datore di lavoro e l'INPS, tuttavia preliminare controllo automatizzato da parte dell'INPS                             |                  | scarsità del personale  |
|                                 |  |             |  | 5       | acquisizione ed elaborazione di tutti i dati emessi dal datore di lavoro ed emissione del decreto di ricongiunzione e/o riscatto ai fini pensionistici o di rigetto dell'istanza  | INPS   |                  |  |                  |   |

| DIPARTIMENTO   |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASIAZIONI   |   |  |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |  |   |
|--|-------------|--|---|--|--|---|---|---|--|---|
| STRUTTURA  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrive le singole fasi del processo prendendo anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme e da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività descritte)  | Esecutore fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventi (rischio)  | MODALITA' (COMPORTAMENTO CORRUTTIVO) (COME)           | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 16          | Gestione delle richieste di attività extralavorativa da parte del personale dipendente ex art. 53 D.Lgs. n. 163/2001 | 1   | Il dipendente che desidera svolgere attività extralavorativa deve compilare on-line i relativi moduli reperibili sulla intranet aziendale Modulo A (comunicazione preventiva) oppure Modulo B (richiesta di autorizzazione) e eventualmente Modulo C (dichiarazione ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000)  |  |   |   |   |  |   |
|  |             |  | 2   | Il richiedente invia all'Ufficio Protocollo tutta la documentazione necessaria (comunicazione preventiva / richiesta di autorizzazione, lettera di incarico, ev. dichiarazione ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000), nei tempi previsti dal regolamento (30 giorni prima dell'inizio attività)  | 30 gg. Prima dell'evento   |   |   | Le richieste vengono trasmesse in ritardo vanificando le attività di verifica   |  |   |
|  |             |  | 3   | Viene effettuata una prima verifica sulla completezza / correttezza della documentazione inviata, sollecitando eventualmente il richiedente a correggere / integrare fino a completa conformità  |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   | I documenti richiesti non vengono trasmessi, o vengono trasmessi in forma incompleta celando informazioni utili all'Istruttoria (ad esempio: presenza di sponsor) | interno  | specificità / materiale del richiedente |
|  |             |  | 4   | In fase istruttoria si verifica la non sussistenza di cause di incompatibilità. <b>IMPORTANTE:</b> la veridicità delle dichiarazioni rese dal dipendente sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 NON viene verificata in questa fase  |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 5   | A seguito dell'istruttoria il Dirigente firma l'autorizzazione o il nulla osta, oppure un motivato diniego allo svolgimento dell'attività  | 30 gg. Dalla data di protocollazione   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 6   | L'autorizzazione o il nulla osta (o diniego) viene inviato al richiedente  |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 7   | Tutti i dati relativi alla pratica vengono registrati su documenti interni   |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 8   | I dati relativi alle autorizzazioni vengono inseriti sul portale Perlapa   | 15 gg. dalla data di firma dell'autorizzazione                                     | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 9   | Il richiedente invia l'autorizzazione o il nulla osta al committente   |  | Richiedente   |   |   |  |   |
|  |             |  | 10  | A seguito dell'attività svolta il committente liquida i compensi spettanti al dipendente e lo comunica alla As3 (Anagrafe delle prestazioni)   | La comunicazione deve avvenire entro 15 gg. Dal pagamento                          | Committente   |   | L'ente privato dimentica di trasmettere la comunicazione di avere pagato il dipendente  | esterno  | mancanza di controlli                   |
|  |             |  | 11  | Al ricevimento di una comunicazione relativa all'Anagrafe delle prestazioni (avvenuto pagamento ad un dipendente) viene verificato che la per la prestazione specificata sia presente un nulla osta o una autorizzazione e che il relativo importo sia congruo   |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 12  | I dati sul numero di autorizzazioni e nulla osta concessi/rifutati nel corso dell'anno vengono inviati al RPCT   |  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            |   |   |  |   |
|  |             |  | 13  | Vari controlli ex-post possono essere effettuati secondo le modalità previste dall'art. 14 del Regolamento per le Attività extralavorative (ad esempio, ma non solo, veridicità delle dichiarazioni rese dal dipendente sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, svolgimento di attività extralavorativa non comunicata preventivamente o comunque non autorizzata) |  | Servizio Ispettivo<br>—<br>Comitato tecnico scientifico |   | Il comitato tecnico scientifico non viene istituito   |  |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |   |         | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |                                    |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|---|---------|---|--|------------------------------------|---|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 17          | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese | 1       | ricezione comunicazione da Ufficio Concorsi dei nominativi dei nuovi assunti o di chi ha ricevuto altro tipo di incarichi (CO.CO.CO. - medici convenzionati, ecc) | S.C. Amministrazione del Personale - Ufficio Concorsi                    | errori in fase di inserimento dati |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 2       | predispensione moduli da far compilare al personale: - trattamento fiscale (cuneo fiscale); - detrazioni fiscali; - codice iban per accrediti emolumenti          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |                                    |   |                  |  |
|                                 |  |             |   | 3       | ricevimento del dipendente, spiegazione dei moduli da compilare, assistenza in fase di compilazione   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |                                    | possibilità di chiedere trattamento di favore o priorità nella gestione della pratica |                  |  |
|                                 |  |             |   | 4       | inserimento dei dati comunicati sia dagli uffici competenti che dal dipendente neo assunto/incaricato previo controllo della correttezza degli stessi             | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |                                    |   |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |
|                                 |  |             |   | 5       | modifiche in corso del rapporto di lavoro dovute a cambi richiesti dal soggetto   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |                                    |   |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |             |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |  | PROGAMMAZION   |  |                  |  |   |                  |
|--|-----------|-------------|---|---|--|--|--|--|------------------|--|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |   |   |  |  |  |  |                  |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 18        |             | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: rimborsi chilometrici e spese di viaggio | 1   | ricezione delle richieste di rimborsi chilometrici e spese di viaggio da parte dei soggetti che ne hanno diritto in quanto svolgenti servizi esteri/missioni di servizio | dipendente   |  |  |                  |  |   |                  |
|  |           |             |   | 2   | controlli sulla correttezza e conformità della modulistica   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          | errori in fase di inserimento dati / rischio di erogare somme più alte rispetto a quelle a cui si ha diritto |  |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |   |                  |
|  |           |             |   | 3   | erogazione del rimborso dovuto   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |  | inserire una somma più alta a titolo di rimborso sebbene il rischio sia molto basso stante la presenza di controlli successivi |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |   |                  |

| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI   |         |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |                  | PROGAMMAZION   |  |  |  |
|--|-----------|-------------|---|---------|--|--|---|---|------------------|--|--|--|--|
|  |           |             | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis  |  |  |
|  |           |             |   |         |  |  |   |   |                  |  | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso                                     |  |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 19          | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: cessione volontaria del quinto dello stipendio | 1       | ricezione delle richieste di cessione del quinto dello stipendio/piccoli prestiti  | Istituti di credito/società finanziarie                                  | errori in fase di inserimento dati / pressioni da parte delle società finanziarie per il rilascio dell'autorizzazione |   |                  |  |  |  |  |
|  |           |             |   | 2       | controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e sulla erogabilità della prestazione   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |   |   |                  |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale   |  |  |
|  |           |             |   | 3       | verifiche sullo stipendio circa la presenza di altre cessioni e/o pignoramenti - calcolo della quota di stipendio che può essere oggetto di cessione | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |   |   |                  |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale   |  |  |
|  |           |             |   | 4       | rilascio del beneplacito per la cessione del quinto o concessione del prestito   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |   |   |                  |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale   |  |  |
|  |           |             |   | 5       | elaborazione del cedolino operando la trattenuta deliberata e aggiornare il programma di gestione dello stipendio                                    | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |   |   |                  |  | favorire un dipendente nella procedura accettando le pressioni della società finanziaria creditrice - rischio basso stante la presenza di controlli successivi | impossibilità a garantire la rotazione del personale |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |  | PROGAMMAZION                       |   |                  |  |   |  |  |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|---|--|--|------------------------------------|---|------------------|--|---|--|--|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Strettura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                   | MODALITA' COMPORTAMENTO COERUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |  |  |  |
|                                 |           |             |  |   |  |  |                                    |   |                  |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso                                     |  |  |
|                                 |           |             | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genova - inserimento variabili: pignoramento stipendi | 1   | ricevimento della notifica dei pignoramenti del quinto dello stipendio | Uffici Giudizari   | errori in fase di inserimento dati |   |                  |  |   |  |  |  |
|                                 |           | 2           |  | controlli sullo stipendio del dipendente pignorato per verificare la presenza di eventuali altri pignoramenti e/o cessazioni del quinto   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi        |  |                                    |   |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale   |   |  |  |  |
|                                 |           | 3           |  | calcolo della quota da accantonare in attesa del provvedimento di assegnazione e aggiornamento del programma di elaborazione della busta paga con inserimento della quota da accantonare                  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi        |  |                                    |   |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale   |   |  |  |  |
|                                 |           | 4           |  | predisposizione ed invio al creditore pignorante della dichiarazione del terzo con indicazione delle somme dovute dall'azienda al dipendente e della somma che si è provveduto ad accantonare mensilmente | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi        |  |                                    |   |                  | possibilità di dichiarare cifre minori rispetto a quelle reali per favorire il dipendente e operare un accantonamento inferiore rispetto al dovuto |   | impossibilità a garantire la rotazione del personale |  |  |
|                                 |           | 5           |  | ricezione del provvedimento di assegnazione delle somme pignorate   | creditore procedente/Uffici giudiziari                                 |  |                                    |   |                  |  |   |  |  |  |
|                                 |           | 6           |  | esecuzione del provvedimento giudiziale mediante aggiornamento del programma di elaborazione stipendi   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi        |  |                                    |   |                  |  |   |  |  |  |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |   |          | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |   | PROGAMMAZION  |  |  |   |   |                  |
|--|-----------|---|----------|--|---|---|---|--|--|---|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo   | PROCESSO | N. Fase  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)  | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)            | PERIMETRO (DOVE)                                     | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |   |          |  |   |   |   |  |  |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 21        | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: gettoni presenza | 1        | ricezione dei dati relativi alle prestazioni a gettone di presenza / ore di lavoro                     | Coordinatori Infermieristici/Responsabili di Struttura          |   |   |  |  |   |   |                  |
|  |           |   | 2        | controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e dei dati inviati                          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi |   |   |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale |   |   |                  |
|  |           |   | 3        | inserimento dei dati nel programma di elaborazione degli stipendi e verifiche sugli importi da erogare | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi | errori in fase di inserimento dati / pressioni da parte degli aventi diritto a inserire più ore lavorate rispetto a quelle comunicate | favorire un dipendente nella erogazione dell'emolumento a cui ha diritto indicando più ore o gettoni di presenza rispetto a quelli inviati dalle strutture di competenza - rischio basso stante la presenza di controlli successivi | impossibilità a garantire la rotazione del personale |  |   |   |                  |
|  |           |   | 4        | controlli finali sugli stipendi erogati ogni mese e monitoraggio delle variabili inserite              | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi |   |   |  |  |   |   |                  |
|  |           |   | 5        | verifica periodica delle somme erogate per le causali relative ai gettoni di presenza                  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi |   |   |  |  |   |   |                  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |             |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |   | PROGAMMAZION                       |  |                  |  |   |                  |
|--|-----------|-------------|--|---|---|---|------------------------------------|--|------------------|--|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)  | Evento (rischio)                   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |  |   |   |   |                                    |  |                  |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 22          | Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili - corresponsione quota a favore del sindacato a cui il dipendente intende iscriversi | 1   | ricezione della comunicazione attraverso il protocollo del nominativo del dipendente che intende iscriversi al sindacato prescelto          | Siga Sindacale che inoltra l'iscrizione del dipendente tramite protocollo |                                    |  |                  |  |   |                  |
|  |           |             |  | 2   | controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e dei dati inviati   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi           |                                    |  |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |   |                  |
|  |           |             |  | 3   | inserimento dei dati nel programma di elaborazione degli stipendi e verifiche sugli importi da trattenere e versare in favore del sindacato | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi           | errori in fase di inserimento dati | pressioni da parte dei delegati sindacali a caldeggiare l'adesione alla relativa singola in fase di assunzione dei vari dipendenti |                  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                           |   |                  |
|  |           |             |  | 4   | controlli finali sugli stipendi erogati ogni mese e monitoraggio delle variabili inserite   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi           |                                    |  |                  |  |   |                  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |             |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |  | PROGAMMAZION                                       |   |                  |  |   |                  |
|--|-----------|-------------|---|---|--|--|--|---|------------------|--|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                                   | MODALITA' COMPORTAMENTO COERUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |   |   |  |  |  |   |                  |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 23          | Richiesta dati stipendiali per denuncia infortuni INAIL | 1   | ricezione della comunicazione da parte dei responsabili/referenti della gestione cartellini nei luoghi di lavoro | Referenti Cartellini presso le Strutture competenti                      |  |   |                  |  |   |                  |
|  |           |             |   | 2   | redazione prospetto contenete i dati anagrafici e stipendiali del soggetto infortunato                           | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          |  |   |                  |  |   |                  |
|  |           |             |   | 3   | invio in tempi brevi del prospetto predisposto   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi          | errori in fase di inserimento dati - rischio basso |   |                  |  |   |                  |

| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |         |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |  | PROGAMMAZION  |   |                  |
|--|-----------|-------------|--|---------|--|---|---|--|--|---|---|------------------|
|  |           |             | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase<br>(Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO<br>CORRETTIVO (COME) | PERIMETRO<br>(DOVE)                                  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE,<br>SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |  |         |  |   |   |  |  |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 24          | Procedura stipendiale relativa al riconoscimento degli assegni familiari spettanti ex lege | 1       | ricezione del modulo di autocertificazione dei redditi e contestuale richiesta di erogazione degli assegni familiari | dipendente  |   |  |  |   |   |                  |
|  |           |             |  | 2       | verifica dei dati e correttezza degli stessi   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |   |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale |   |   |                  |
|  |           |             |  | 3       | inserimento dei dati nella procedura stipendiale   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             | errori in fase di inserimento dati                    |  |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |
|  |           |             |  | 4       | verifica successiva alla elaborazione del cedolino - verifica mensile degli importi erogati                          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |   |  |  | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |             |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |   | PROGAMMAZION                                       |  |                     |   |   |                  |
|--|-----------|-------------|---|---|---|---|--|--|---------------------|---|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore Fase<br>(Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                                   | MODALITA' COMPORTAMENTO<br>CORRETTIVO (COME) | PERIMETRO<br>(DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE,<br>SOCIALI, AMBIENTALI | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |   |   |   |   |  |  |                     |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 25          | Liquidazione di indennità sostitutiva di mancato preavviso, ferie anni pregressi ed ore accantonate in caso di dipendenti dispensati e/o deceduti | 1   | ricezione della comunicazione da parte del settore Giuridico del decesso o dispensa per motivi di salute          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             | errori in fase di inserimento dati - rischio basso |  |                     |   |   |                  |
|  |           |             |   | 2   | verifica della completezza dei dati forniti e della situazione stipendiale alla data del decesso o dispensa       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |  |  |                     | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |
|  |           |             |   | 3   | predisposizione dei conteggi relativi ai giorni di mancato preavviso, ferie non godute, oneri e irap              | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |  |  |                     | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |
|  |           |             |   | 4   | creazione nuova matricola per gli eredi del dipendente deceduto al fine di elaborare il cedolino a loro intestato | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |  |  |                     | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |
|  |           |             |   | 5   | inserimento dati nella procedura stipendiale ed elaborazione cedolino   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi             |  |  |                     | impossibilità a garantire la rotazione del personale                              |   |                  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI              |           |             |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |   | PROGAMMAZION                       |  |                  |  |   |                  |
|--|-----------|-------------|--|---|---|---|------------------------------------|--|------------------|--|---|------------------|
| DEPARTAMENTO                                 | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)                      | Evento (rischio)                   | MODALITA' COMPORTAMENTO OBIETTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                             | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la mis |                  |
|  |           |             |  |   |   |   |                                    |  |                  |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso |
| S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |           | 26          | Procedimento stipendiale per liquidazione di somme autorizzate dall'Ufficio Bilancio relative a sperimentazioni, consulenze, docenze, commissioni invalidi e patenti | 1   | ricezione di avvenuto incasso fatture e contestuale richiesta di pagamento compensi dall'Ufficio Bilancio o richiesta di pagamento compensi dall'Ufficio Formazione o Commissioni di Concorso | S.C. Bilancio e Contabilità - S.C. Aggiornamento e Formazione - S.C. Sviluppo e Risorse Umane | errori in fase di inserimento dati | manca di trasparenza   |                  | manca di trasparenza in quanto si prendono dati forniti da altre strutture senza possibilità di verificare |   |                  |
|  |           |             |  | 2   | verifica, redazione/elaborazione dati per inserire le voci relative sul cedolino  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi                               |                                    | possibilità di intercettare con il personale che inserisce i dati per modificare gli importi a proprio favore - rischio basso a causa di verifiche e controlli documentali |                  | accentramento di funzioni ad un unico operatore/impossibilità a garantire la rotazione del personale       |   |                  |
|  |           |             |  | 3   | inserimento dati in procedura stipendiale e successiva verifica della correttezza sulla base del cedolino emesso  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi                               |                                    |  |                  | accentramento di funzioni ad un unico operatore/ impossibilità a garantire la rotazione del personale      |   |                  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASE-AZIONI                           |   |                |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                             |   |   |  |   |  |
|---|---|----------------|---|---|---|---|---|--|---|--|
| DIPARTIMENTO<br>STRUTTURA<br>N. Processo                  | DENOMINAZIONE PROCESSO                                | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FAS/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                          | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/impiegato della implementazione) | Indicatori attività (indicare in Funzionamento della fase e di competenza del dirigente, del Titolare di funzione, del Responsabile o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                            | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S.C. Aggiornamento e Formazione | Individuazione docenti per attività formativa interna | 1              | prefinito la S.C. Aggiornamento e Formazione trasmette la "scheda attività formative" alle strutture aziendali. La S.C. Aggiornamento e Formazione valuta la fattibilità delle proposte pervenute sulla base di:<br>• congruenza con gli obiettivi regionali<br>• possibilità di coinvolgere nell'attività altre strutture e aziendali<br>• valutazione delle risorse necessarie.   | Entro il mese di luglio trasmissione della "scheda di attività formative" o apertura sulla piattaforma Moodle per l'inserimento delle stesse; Entro il mese di ottobre ricezione delle proposte | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Titolare di incarico di funzione  | Falso fabbisogno/alterazione del fabbisogno/sovranza del fabbisogno   | Struttura richiedente l'attivazione del corso di formazione          | Manca di controllo da parte della direzione della struttura richiedente |  |
|   |   | 2              | Viene redatta la prima bozza di Piano Formativo Aziendale articolata in:<br>• attività formative Dipartimentali<br>• attività formative per obiettivi aziendali e obbligo normativo<br>Tale bozza viene presentata e discussa con la Direzione Aziendale. A seguito della approvazione della Direzione Aziendale, viene approvata dal Comitato scientifico e ne viene chiesto parere al CUG. Successivamente ne viene data informativa alle Organizzazioni Sindacali del comparto e della dirigenza | Entro il mese di novembre   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Direttore e Titolare incarico di funzione   | Non inserimento di corsi richiesti  | S.C. Aggiornamento e Formazione                                      | Eventuale distrazione o disorganizzazione nell'attività                 |  |
|   |   | 3              | Predisposizione del Piano formativo annuale attraverso deliberazione aziendale che ne definisce anche il budget   | Entro il mese di dicembre dell'anno precedente cui si riferisce il PFA  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Direttore   | Non inserimento di corsi richiesti  | S.C. Aggiornamento e Formazione                                      | Eventuale distrazione o disorganizzazione nell'attività                 |  |
|   |   | 4              | Progettazione del singolo evento formativo: il responsabile scientifico della struttura proponente contatta la Formazione per la redazione del progetto   | Nel corso dell'anno solare relativo al PFA considerato  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Titolare di incarico di funzione  |   |  |   |  |
|   |   | 5              | Individuazione del/dei docente/i idoneo/i   | Contestualmente alla progettazione del singolo evento formativo   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Responsabile scientifico del corso  | Individuazione degli stessi dipendenti per l'attività di docenza senza utilizzare il principio di rotazione | Struttura preposta richiedente l'attivazione del corso di formazione | Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate              |  |
|   |   | 6              | Nell'ambito dei corsi "area emergenza" i docenti devono possedere certificazioni abilitanti per cui l'individuazione è effettuata dalla S.C. Aggiornamento e Formazione, con criteri di rotazione, sulla base del possesso della certificazione docenti INC (Italian Resuscitation Council)   | Contestualmente alla progettazione del singolo evento formativo   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Responsabile scientifico del corso  |   | interno  |   |  |
|   |   | 7              | Se corso ECM (Education Continua Medicina) accreditamento presso la Commissione Regionale ECM   | Almeno 30 giorni prima la data di inizio del corso ECM  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo  |   | interno  |   |  |
|   |   | 8              | Attivazione del corso attraverso provvedimento  | Prima dell'avvio del corso ECM  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Direttore e Referente amministrativo  |   | interno  |   |  |
|   |   | 9              | Erogazione del corso  | //  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Direttore e Titolare di incarico di funzione  |   | interno  |   |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASE-AZIONI                           |           |             |  |                | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |   |   |  |   |   |  |
|---|-----------|-------------|--|----------------|---|--|---|---|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO  | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura e Settore responsabili/impiegati della implementazione) | Indicatore attività (indicare se l'incarico della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S.C. Aggiornamento e Formazione |           |             | Corso di Formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) | 1              | pianificazione delle edizioni di corso da attivare nell'anno solare e con relativo calendario delle attività  | entro marzo in riferimento alle edizioni dell'anno solare successivo   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118   | Favorire un candidato o un docente a discapito di altri  |   | Interno   |  |
|   |           |             |  | 2              | ricezione, protocollazione e inserimento in un file in ordine di arrivo delle domande di partecipazione al corso da parte dei medici sia di provenienza regionale che extra regionale | il bando per la partecipazione al corso è aperto tutto l'anno  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118   | Non rispetto dei criteri di ammissione al corso (criterio della cronologia di arrivo delle istanze)  | Interno                                   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità |  |
|   |           |             |  | 3              | costituzione dell'edizione del corso (chiamata dei partecipanti e adesione attraverso compilazione di moduli dedicata alla singola edizione e versamento quota di iscrizione)         | Almeno 2 mesi prima la data prevista dell'inizio del corso   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118   | Non rispetto dei criteri di ammissione al corso (criterio della cronologia di arrivo delle istanze)  | Interno                                   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità |  |
|   |           |             |  | 4              | predispone determina per accertamento in entrata e contestuale impegno di spesa per acquisti materiale didattico  | Successiva alla costituzione dell'edizione del corso   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118 e referente amministrativo  |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 5              | Attività finalizzate alla realizzazione del corso (prenotazione aule, acquisto materiali, lettere incarico ai docenti, inserimento dati su sw di gestione, ecc)                       | Prenotazione aule contestualmente alla pianificazione delle edizioni; almeno le attività finalizzate alla realizzazione del corso                                      | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118   |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 6              | predispone determina di attivazione del corso con individuazione dei nominativi dei partecipanti e autorizzazione per le spese previste   | Successiva alla costituzione dell'edizione del corso   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo del corso  | Mancata trasparenza sulle modalità di individuazione dei docenti   | Interno                                   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità |  |
|   |           |             |  | 7              | Realizzazione del corso (teoria, esercitazioni e tirocinio)   | Durata da 6 a 7 mesi   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118 e docenti individuali   |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 8              | Provvedimento di liquidazione compensi dei docenti e altri costi, liquidazione attraverso procedura AREAS e procedura S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane                          | Entro 90 giorni dal termine di ogni semestre dell'anno solare di riferimento   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118 e referente amministrativo  |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 9              | Monitoraggio delle attività di tirocinio e verifica dell'ammissibilità all'esame finale   | Monitoraggio durante il percorso formativo, al termine dell'intero corso, se superate tutte le fasi del percorso formativo, ammissibilità all'esame finale             | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118   |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 10             | convocazione del Comitato del 118 (comitato didattico) per predisposizione delle domande per la prova d'esame e individuazione componenti della commissione d'esame                   | Almeno 15 giorni prima della data dell'esame finale  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente sanitario del corso 118 e referente amministrativo  | Non rispetto del vincolo della segretezza a favore di candidati particolari o mancato rispetto anonimato nell'espletamento della prova scritta | Interno                                   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità |  |
|   |           |             |  | 11             | predispone della determinazione di nomina commissione e ammissione candidati esame finale   | Almeno 10 giorni prima della data dell'esame finale  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo del corso  |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 12             | Svolgimento esame finale e redazione verbale  | Giomata prestabilita   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Componenti Commissione e referente sanitario del corso  | Non rispetto del vincolo della segretezza a favore di candidati particolari o mancato rispetto anonimato nell'espletamento della prova scritta | Interno                                   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità |  |
|   |           |             |  | 13             | Predisposizione determina di presa d'atto svolgimento esame finale e liquidazione costi commissione   | Entro 1 settimana dalla data dell'esame  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo del corso  |  | Interno                                   |   |  |
|   |           |             |  | 14             | Predisposizione attestati di idoneità per partecipanti  | Almeno 20 giorni successivi alla data dell'esame   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo del corso  |  | Interno                                   |   |  |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASEAZIONI |                                  |             |                              |                  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |  |  |   |   |  |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------|------------------------------|------------------|--|--|---|--|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                   | STRUTTURA                        | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO       | N. Fase/Attività | DESCRIZIONE FASEAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPISTICHE FASEAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                                       | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/impiegati della implementazione) | Eventi (rischio) (Indicare attività (indicare in rosso) o fase (indicare in verde) di competenza della fase e di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                           | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI           |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO         | S. C. Aggiornamento e Formazione | 29          | Assegnazione Borse di Studio | 1                | Richiesta di attivazione della procedura per l'assegnazione di una borsa di studio proposta dal Direttore della S.C./SSD responsabile del progetto di ricerca e/o di studio. Acquisizione parere del Direttore del Dipartimento a cui afferisce la Struttura medesima e acquisizione parere obbligatorio e vincolante del Direttore Sanitario o Socio sanitario, secondo l'afferenza della struttura richiedente, per il ruolo sanitario e del Direttore Amministrativo per i ruoli amministrativo, tecnico e professionale. |  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | L'esecuzione di tale fase è in capo al Direttore della S.C./SSD responsabile che propone l'attivazione della borsa e il rilascio del parere e in capo al Direttore Sanitario o Socio Sanitario o   | Favorire un candidato a discapito di altri | Falsa necessità di attivazione progetti   | Struttura richiedente l'attivazione della borsa di studio | Eccessiva discrezionalità / No regole standardizzate                                     |
|                                |                                  |             |                              | 2                | Formulazione del bando di selezione, verifica formale dei contenuti del bando e approvazione relativo provvedimento con autorizzazione alla spesa  |  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio   |  | Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo | Struttura richiedente l'attivazione della borsa di studio | Eccessiva discrezionalità / No regole standardizzate                                     |
|                                |                                  |             |                              | 3                | Pubblicazione del Bando sul BURL e sul sito aziendale  | Pubblicazione del Bando sul BURL immediatamente dopo l'approvazione del provvedimento di emissione del bando; Pubblicazione sul sito aziendale: il giorno stesso della pubblicazione sul BURL.               | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio   |  | Interno   |   |  |
|                                |                                  |             |                              | 4                | Costituzione della Commissione Esaminatrice attraverso provvedimento   |  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Struttura richiedente la borsa e referente amministrativo S.C. per borse   |  | Nomina soggetti competenti/non competenti   | Struttura richiedente l'attivazione della borsa di studio | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate |
|                                |                                  |             |                              | 5                | Ricezione domande e verifica dei requisiti di ammissione   | Scadenza ricezione delle domande: 15 gg dal giorno dopo la pubblicazione del Bando sul BURL e sul sito aziendale   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio   |  | Comportamento della Commissione orientato / Abuso criteri discrezionali   | Commissione   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate |
|                                |                                  |             |                              | 6                | Provvedimento ammissione candidati   | Entro 8/10 giorni dalla scadenza della data di presentazione delle domande   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio e Direttore S.C.  |  |   | Interno   |  |
|                                |                                  |             |                              | 7                | Pubblicazione sul sito aziendale avviso di comunicazione data della/e prova/e  | la data della/e prova/e è da concordarsi con la Commissione esaminatrice tenendo presente che tra la pubblicazione dell'avviso di convocazione e la data della prova stessa devono passare almeno 15 giorni. | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio   |  |   | Interno   |  |
|                                |                                  |             |                              | 8                | Effettuazione prova di valutazione, redazione verbale della prova  | La redazione del verbale avviene durante l'espletamento della prova  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Commissione Esaminatrice individuata   |  | Comportamento della Commissione orientato / Abuso criteri discrezionali   | Interno   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate |
|                                |                                  |             |                              | 9                | Approvazione della graduatoria attraverso provvedimento di assegnazione della borsa  |  | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Commissione Esaminatrice individuata   |  |   | Interno   |  |
|                                |                                  |             |                              | 10               | Pubblicazione graduatoria sul sito aziendale   | Successivamente alla pubblicazione del provvedimento   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio   |  |   | Interno   |  |
|                                |                                  |             |                              | 11               | Assegnazione Borsa di studio attraverso comunicazione alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, alla Struttura proponente e al soggetto vincitore   | Successivamente alla pubblicazione del provvedimento   | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Referente amministrativo borse di studio e Direttore S.C.  |  | Mancata assegnazione alla Struttura richiedente   | Interno   | Monopolio potere/competenze - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASIAZIONI                             |           |             |                                  |                  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |  |  |  |  |
|--|-----------|-------------|----------------------------------|------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| DIPARTIMENTO   | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO           | N. Fase/Attività | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/impiante della implementazione) | Responsabile attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S. C. Aggiornamento e Formazione |           | 30          | Adozione Piano Formativo Annuale | 1                | Invio proposte formative   | entro fine ottobre   | Struttura richiedente il corso   | Direttore o RAF   | Assegnazione discrezionale del docente o ente formatore (vedi processo albo docenti) |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 2                | Raccolta esigenze formative formulate dalle singole strutture aziendali  | entro fine ottobre   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 3                | Valutazione costi  | entro fine novembre  | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 4                | Analisi delle proposte ed eventuale accorpamento   | entro fine novembre  | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore e Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 5                | Discussione del complesso delle proposte sistematizzate con Direzione strategica                                       | entro fine novembre  | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore e Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 6                | Redazione Piano Formativo per anno successivo  | entro 5 dicembre   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore e Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 7                | Presentazione del Piano al Comitato scientifico  | dopo redazione Piano e approvazione Direzione strategica   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore e Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 8                | Richiesta parere sul Piano al CUG  | dopo redazione Piano e approvazione Direzione strategica   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore e Titolare incarico funzione  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 9                | Informativa sul PFA alle OOS   | dopo redazione Piano e approvazione Direzione strategica   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore   |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 10               | Redazione provvedimento di approvazione e assegnazione budget  | Entro fine anno  | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Referente amministrativo e Direttore  |  |  |  |  |
|  |           |             |                                  | 11               | Realizzazione singoli progetti formativi   | Anno successivo  | Struttura proponente e S.C. Aggiornamento e Formazione                           | Referente struttura proponente, Titolare incarico funzione e referente amministrativo S.C. Aggiornamento e  |  | Individuazione degli stessi dipendenti per l'attività di docenza senza utilizzare il principio di rotazione o docenti esterni non competenti | Struttura preposta richiedente l'attivazione del corso di formazione | Eccessiva discrezionalità  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |             |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |  |   |                  |  |  |   |
|---------------------------------|---|-------------|---|--|---|---|--|---|------------------|--|--|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA   | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)                                 | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura e Settore responsabile/impiegato della implementazione)                                    | Responsabile attività (indicare in caso di delegazione del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro responsabile il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                            | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Aggiornamento e Formazione   | 31          | Attivazione dello smart – working in attuazione al POLA di cui alla deliberazione n. 312/2022 e alla Procedura aziendale del 8.6.2022 | 1  | Aggiornamento costante sulla normativa di riferimento   |   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 2  | Comunicazioni ai dipendenti relative all'aggiornamento delle modalità di fruizione in base all'evoluzione normativa e aggiornamento modello di accordo. |   | S.C. Aggiornamento e Formazione, in collaborazione con S.C. Gestione e sviluppo risorse umane                        | Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione e Direttore S.C. Gestione e sviluppo risorse umane  |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 3  | Aggiornamento POLA  |   | S.C. Aggiornamento e Formazione  | Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 4  | Formalizzazione aggiornamento POLA con provvedimento  |   | D.G. su proposta della S.C. Aggiornamento e Formazione   | Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 5  | Inserimento del POLA quale allegato del PIAO  |   | D.G. su proposta S.C. Progettazione, Pianificazione e Controllo  | D.G. su proposta S.C. Progettazione, Pianificazione e Controllo   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 6  | Pubblicazione in intranet dell'aggiornamento normativo e del modello di accordo aggiornato  |   | Ufficio Comunicazione  | Ufficio Comunicazione   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 7  | Invio domanda da parte del dipendente al proprio responsabile   |   | Dipendente richiedente lo smart working  | Dipendente richiedente lo smart working   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 8  | Autorizzazione e controfirma dell'Accordo da parte del responsabile della struttura cui afferisce il dipendente richiedente                             |   | Struttura di afferenza del dipendente richiedente  | Responsabile della struttura di afferenza del dipendente richiedente  |                  | Mancata autorizzazione sull'Accordo a doppia firma con il dipendente | Struttura di afferenza del personale richiedente                                   | Esclusiva discrezionalità del dirigente concedente; mancanza di trasparenza; monopolio di competenza e assenza di meccanismi di controllo ex post |
|                                 |   |             |   | 9  | Invio dell'accordo a lavoro.agle@ast3.liguria.it e, in caso di nuovo accordo, a sia@ast3.liguria.it   |   | Struttura di afferenza del dipendente richiedente  | Responsabile della struttura di afferenza del dipendente richiedente  |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   | 10   | Ricezione e registrazione domande autorizzate pervenute   |   | S.C. Gestione e sviluppo risorse umane   | Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane  |                  | Registrazione di alcuni accordi e mancata registrazione di altri     | Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane | Esclusiva discrezionalità del dirigente concedente; mancanza di trasparenza; monopolio di competenza.   |
|                                 |   |             |   | 11   | Eventuale interfacciamento con dipendenti interessati per eventuali necessità informatiche relative al collegamento da remoto                           |   | S.C. S.I.A.  | Referente tecnico della S.C. S.I.A.   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   |  | Eventuale interfacciamento con dipendenti interessati o loro responsabili per aspetti procedurali   |   | S.C. Aggiornamento e Formazione e Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane | Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione e Referente Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane                                  |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   |  | Invio ad INAIL aggiornamento costante dei nominativi del personale in smart working   |   | Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane                                   | Referente Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane  |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   |  | Richiesta di autorizzazione sul portale del dipendente della fruizione di smart working per i giorni concordati con il responsabile                     |   | Dipendente richiedente lo smart working  | Dipendente richiedente lo smart working   |                  |  |  |   |
|                                 |   |             |   |  | Autorizzazione alla fruizione dello smart working sul portale del dipendente  |   | Struttura di afferenza del dipendente richiedente  | Responsabile della struttura di afferenza del dipendente richiedente  |                  | Mancata autorizzazione sul portale                                   | Responsabile struttura di afferenza del personale richiedente                      | Esclusiva discrezionalità del dirigente concedente; mancanza di trasparenza; monopolio di competenza.   |
|                                 | Verifica degli obiettivi inseriti nell'Accordo tramite report sottoscritto dal dipendente e feedback sull'attività svolta |             | Struttura di afferenza del dipendente richiedente   | Responsabile della struttura di afferenza del dipendente richiedente |   |   |  |   |                  |  |  |   |

| DIPARTIMENTO           |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI    |   |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |   |   |  |  |   |
|------------------------|-------------|------------------------------------|---|--|---|---|--|---|---|--|--|---|
| STRUTTURA              | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO             | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                                | Esecutori Fase (Struttura o Settore responsabile/segretario della implementazione)  | Descrivere attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro personale coinvolto) | Evento(rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |  |   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO | 32          | Conferimento incarichi di funzione | 1   | Predisposizione regolamento incarichi: Tipologia, graduazione, pesatura economica, requisiti, procedure e modalità di conferimento, durata, valutazione e revoca                                       |   | Direzione Generale  |  |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 2   | Istituzione assetto incarichi di Funzione Personale del Comparto con relativa indennità  |   | Direzione Generale  |  |   | Individuazione di incarichi di funzione senza tenere conto della effettiva importanza strategica dell'area        |  | Monopolio di competenze, eccessiva discrezionalità dell'area |   |
|                        |             |                                    | 3   | Individuazione incarichi di Funzione da bandire in base alle priorità aziendali  |   | Direzioni competenti  |  |   |   | Priorità data ai bandi non in funzione dell'effettiva necessità di coprire il posto  |  | Discrezionalità   |
|                        |             |                                    | 4   | Predisposizione bando  | Immediata   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                                 |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 5   | Provvedimento approvazione bando   | Immediata   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                                 |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 6   | Ammissione candidati secondo regolamento   | Immediata dopo la scadenza del Bando, procedendo eventualmente a step sulla base delle indicazioni della Direzione competente | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 2 Collaboratori Amministrativi-Professionali, n. 1 Assistente Amministrativo e n. 1 Coadiutore Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 7   | Individuazione Componenti Commissioni da designare in base al Regolamento  |   | Direzioni competenti  |  |   |   | Mancata alternanza nell'individuazione dei Componenti delle Commissioni  |  | Eccessiva discrezionalità   |
|                        |             |                                    | 8   | Individuazione Segretari Commissioni di valutazione  | Immediata dopo la scadenza del Bando, procedendo eventualmente a step sulla base delle indicazioni della Direzione competente | Direttore Amministrativo o, in sua vece, Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane   |  |   |   | Mancata alternanza nell'individuazione dei componenti addetti alle segreterie  |  | Eccessiva discrezionalità / Assenza/scarità del personale / Scarità di competenze del personale / Indisponibilità del personale individuato |
|                        |             |                                    | 9   | Nomina commissione interne di valutazione secondo regolamento sugli incarichi di Funzione  | Immediata dopo la scadenza del Bando, procedendo eventualmente a step sulla base delle indicazioni della Direzione competente | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale afferente alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 10  | Consegna materiale ai segretari delle commissioni di tutta la documentazione pervenuta da parte dei candidati dei provvedimenti di riferimento e dei modelli in uso per l'espletamento della Selezione | Immediata dopo l'adozione dei provvedimenti di ammissione candidati e composizione Commissioni di valutazione                 | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale afferente alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 11  | Individuazione data espletamento colloquio stabilita dalla Commissione   |   | Componenti della Commissione  |  |   | Agevolare candidati particolari privi della necessaria competenza o esperienza a ricoprire l'incarico di funzione | Richiesta di anticipo della data prevista per il colloquio mediante rinuncia ai termini da parte dei candidati   |  | Eccessiva discrezionalità / Comportamento orientato / Conflitto di interesse  |
|                        |             |                                    | 12  | Consegna documentazione candidati ai Segretari   | Immediata dopo la ricezione della comunicazione relativa alla data stabilita  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale, n. 2 Assistenti Amministrativi e n. 1 Coadiutore Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 13  | Predisposizione scheda di valutazione curriculum e colloquio da completare con la formulazione dei giudizi da parte dei Componenti della Commissione   | Dopo ricezione documentazione candidati   | Segretario della Commissione  |  |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 14  | Individuazione quesiti da proporre ai candidati partecipanti alla selezione da parte della Commissione vertenti su argomenti attinenti alle competenze dell'incarico da ricoprire                      |   | Componenti della Commissione  |  |   |   | Comunicazione ai candidati di tutti i quesiti preparati per l'espletamento del colloquio   |  | Comportamento orientato/Complicità dei Componenti della Commissione   |
|                        |             |                                    | 15  | Riconoscimento candidati   | Scaduto il tempo previsto nella lettera di convocazione, a seguito di disposizione del Presidente della Commissione           | Segretario della Commissione  | Segretario della Commissione   |   |   |  |  |   |
|                        |             |                                    | 16  | Assegnazione giudizio, a seguito valutazione curriculum, ad ogni candidato   |   | Componenti della Commissione  | Componenti della Commissione   |   |   | Predisposizione scheda di valutazione del curriculum in mancanza di criteri preordinati Formulazione di un giudizio non basato su elementi oggettivi / Assegnazione giudizio in modo orientato |  | Assenza di criteri preordinati/Discrezionalità / Comportamento orientato  |
|                        |             |                                    | 17  | Espletamento del colloquio   |   | Componenti della Commissione  |  |   |   | Eccessiva apertura / Disparità di trattamento  |  | Assenza di criteri preordinati/Comportamento orientato  |
|                        |             |                                    | 18  | Assegnazione giudizio, a seguito valutazione colloquio, al termine dello stesso, ad ogni candidato   |   | Componenti della Commissione  |  |   |   | Formulazione di un giudizio non basato su elementi oggettivi   |  | Discrezionalità / Comportamento orientato   |
|                        |             |                                    | 19  | Discussione della Commissione su valutazione curriculum e su esito colloquio con individuazione vincitore  |   | Componenti della Commissione  |  |   |   | Mancanza di meccanismi oggettivi nell'attribuire i giudizi   |  | Mancanza di controlli, mancanza di trasparenza  |
|                        |             |                                    | 20  | Ricezione verbale della Commissione riportante esito selezione (nominativo candidato ritenuto maggiormente idoneo al conferimento dell'incarico o esito negativo)                                      | Successivamente alla predisposizione del verbale e alla consegna alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale e n. 2 Assistenti Amministrativi afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                                 |   |   |  |  |   |

| DIPARTIMENTO   |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI   |   |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |   |  |  |  |  |
|--|-------------|---|---|--|--|---|---|---|--|--|--|--|
| STRUTTURA  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                              | Esecutore Fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |  |  |  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO<br>S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE | 33          | Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, di nuova istituzione, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Socio-sanitaria | 1   | Previsione della Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale nell'Atto di Autonomia Aziendale   |  | S.C. Affari Generali  |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 2   | Richiesta della Direzione di afferenza di indizione Avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice o della Struttura Semplice Dipartimentale |  | Direzione Sanitaria o Direzione Socio-sanitaria   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 3   | Graduazione della Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale   |  | Direttore S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 4   | Indizione Avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice o della Struttura Semplice Dipartimentale   | Immediata, dopo il ricevimento della graduazione                                   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo- Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 5   | Raccolta delle domande e consegna delle stesse alla Direzione di afferenza per predisposizione relazione   | Tempestiva, dopo la scadenza del Bando   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 2 Assistenti Amministrativi afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 6   | Predisposizione relazione contenente la proposta di conferimento dell'incarico   |  | - Direttore di Struttura Complessa di afferenza per l'incarico di Struttura Semplice quale articolazione interna di Struttura Complessa |   | Predisposizione relazione contenente la proposta di conferimento dell'incarico, in assenza di criteri preordinati |  |  | Eccessiva discrezionalità/Assenza di criteri preordinati |  |
|  |             |   | 7   | Predisposizione Deliberazione conferimento incarico di Responsabilità di Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale  | Tempestiva   | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo- Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 8   | Predisposizione contratto individuale d'incarico   | Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico                                     | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo- Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 9   | Eventuale rinnovo o proroga dell'incarico  | Alla scadenza dell'incarico  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  | n. 1 Collaboratore Amministrativo- Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 10  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 11  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 12  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 13  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 14  |  |  |   |   |   | Agevolare candidati privi della necessaria competenza o esperienza a ricoprire l'incarico di Responsabile di Struttura Semplice o di Struttura Semplice Dipartimentale |  |  |  |
|  |             |   | 15  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 16  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 17  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 18  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 19  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
|  |             |   | 20  |  |  |   |   |   |  |  |  |  |

| DIPARTIMENTO   |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |   |  |   |                |
|--|-------------|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|--|---|----------------|
| SIRTE/AREA   | N. Processo | DINOMINAZIONE PROCESSO          | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPERISTICA FASI/AZIONI (indicare la tempistica es. prevista dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)   | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/competente della implementazione)                      | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento(rischio)                                       | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI/AMBIENTALI |                |
|  |             |                                 |   |   |   |  |   |   |  |   | N. Fase/Azione |
| GIURIDICO<br>S.C. Credite e Sviluppo delle Risorse Umane | 34          | Rilevazione presenze            | 1   | Raccolta dati/documenti sia per via telematica (attraverso il programma Ascotweb) sia in formato cartaceo   | 2/3 mesi a seconda della tipologia  | Rilevazione presenze   | tutti i livelli per le varie competenze               | Falsificazione documentazione             | Inserimento giustificativi non autorizzati o inserimento variabili stipendiali non dovute                  | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 2   | Registrazione dei dati inoltrati in formato cartaceo (inserendoli su Ascotweb)  | circa 40 giorni dal mese di competenza  | Rilevazione presenze   | Personale della rilevazione presenze n. 14 dipendenti | Falsificazione documentazione             | Inserimento giustificativi non autorizzati o inserimento variabili stipendiali non dovute                  | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 3   | Controllo mensile liquidazioni variabili stipendiali (attuali e pregresse)  | nei circa 40 giorni successivi alla chiusura del mese   | Rilevazione presenze   | Cartellizzati n. 12 dipendenti                        | Falsificazione documentazione             | Inserimento variabili stipendiali non dovute   | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 4   | Controllo dei giustificativi cartacei per verificarne l'autenticità   | circa 40 giorni dal mese di competenza  | Rilevazione presenze   | Personale della rilevazione presenze n. 14 dipendenti | Falsificazione documentazione             | Inserimento giustificativi non autorizzati o inserimento variabili stipendiali non dovute                  | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 5   | Confronto dei giustificativi presentati dai dipendenti che hanno frequentato corsi obbligatori/facoltativi per verificarne la coerenza degli orari di ingresso e uscita | circa 40 giorni dal mese di competenza  | Rilevazione presenze   | Personale della rilevazione presenze n. 14 dipendenti | Falsificazione documentazione             | Inserimento giustificativo con orario non coerente con il relativo foglio firma della S.C. FORMAZIONE      | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 6   | Verifica tra quanto riportato su portale e il tipo e la quantità dei giustificativi di cui ha diritto il dipendente (attraverso la maschera giustificativi)             | circa 40 giorni dal mese di competenza  | Rilevazione presenze   | Personale della rilevazione presenze n. 14 dipendenti | Falsificazione documentazione             | Inserimento giustificativo non consoni con l'appartenenza al ruolo o la qualifica e/o incarico di funzione | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |
|  |             |                                 | 7   | Comunicazione straordinari e altre variabili all'ufficio stipendi   | comunicazione informatica con trasferimento dati alla data prevista da calendario del settore Economico | Rilevazione presenze   | Procedura informatica                                 | Falsificazione documentazione             | Inserimento di variabili non dovute o forzatura di variabili trasferire                                    | ascotweb fino al 31 ottobre 2022 dal 1.11.2022 HR-SUITE                       |                |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  |                |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |   |                  |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|--|----------------|--|---|---|---|------------------|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBSETTURA                                   | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                         | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)                          | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione)  | Responsabile attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 36          | Sottoscrizione contratti integrativi aziendali | 1              | Predisposizione della piattaforma contrattuale, costituente la base dell'inizio delle trattative per la sottoscrizione dell'ipotesi di contratto | ai sensi del vigente CCNL 2016/2018 art. 9 le trattative durano 30 o 45 giorni a seconda della materia prorogabili di ulteriori 30 o 45                                 | Delegazione trattante, come individuata con specifica nota del Direttore Generale   | delegazione trattante   |                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |  | 2              | Trovato l'accordo, sottoscritta dell'ipotesi: predisposizione relazione illustrativa da inviare al Collegio Sindacale                            | Entro 10 giorni dalla sottoscrizione dell'ipotesi   | Ufficio relazioni sindacali (predisposizione del documento e della lettera di invio)  | Direttore SC e Direttore Amministrativo (nota a doppia firma)   |                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |  | 3              | Trovato l'accordo, sottoscritta dell'ipotesi: predisposizione relazione tecnica da inviare al Collegio Sindacale                                 | Entro 10 giorni dalla sottoscrizione dell'ipotesi   | Settore Economico per la predisposizione del documento, Ufficio relazioni sindacali per trasmissione con lettera di cui sopra | Direttore SC e Direttore Amministrativo (nota a doppia firma unica con quella sopra descritta)  |                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |  | 4              | Acquisizione del Verbale del Collegio e recapimento dei contenuti (semplice approvazione o richiesta modifiche nel testo contrattuale)           | Tempistiche non di competenza dell'Ufficio  | Segreteria Collegio Sindacale   | Segreteria Collegio Sindacale in autonomia o su istanza dell'Ufficio relazioni sindacali  |                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |  | 5              | Sottoscrizione contratto integrativo aziendale (CCIA)  | tempestivamente dalla ricezione del verbale del Collegio Sindacale  | Delegazione trattante, come individuata con specifica nota del Direttore Generale   | delegazione trattante   |                  |   |                  |  |
|                                 |  |             |  | 6              | Trasmissione testo CCIA a Aran e pubblicazione sul sito aziendale - sezione trasparenza  | Entro 5 giorni dalla sottoscrizione del contratto (termine ordinario e non perentorio come chiarito dall'Aran)  | Ufficio relazioni sindacali   | Ufficio relazioni sindacali   |                  |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |   |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|---|----------------|---|--|---|--|-----------------|--|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBUNITA' | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                      | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                                  | Eseguire fase (Struttura e settore responsabili/impronta della implementazione) | Risorse attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento(rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                            | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          |           | 37          | Gestione ordinaria degli incontri sindacali | 1              | 1) Sulla base delle materie indicate dall'art. 4 dei CCNL (richiesta di) trasmissione dei dati/informazioni/elementi conoscitivi, al fine di consentire di prendere conoscenza della questione trattata e di esaminarla.  | 5 gg dalla richiesta non è prevista una data.  | Tutte le categorie sindacali. Oppure anche una soltanto                         |  |                 |  |                  |  |
|                                 |           |             |   | 2              | 2) richiesta di incontri sulle materie più disparate non previste dall'art. 4 dei CCNL (ad esempio, sul personale in distacco a tren, sulle ferie nei reparti, sulla mensa)... L'elenco è potenzialmente infinito e coinvolge soggetti diversi dalla delegazione trattante: partecipano, infatti, i sindacati e i soggetti di volta in volta interessati. | 5 gg dalla richiesta non è prevista una data. 5 giorni sono improrogabili. Non meno di 30. Comunque non è automatico che a seguito di richiesta si faccia l'incontro: potrebbe anche non essere concesso | Tutte le categorie sindacali. Oppure anche una soltanto                         |  |                 |  |                  |  |
|                                 |           |             |   | 3              | Non esiste calendarizzazione e non ci sono regolamenti che definiscano delle modalità di svolgimento della discussione.   |  |   |  |                 |  |                  |  |
|                                 |           |             |   | 4              | Predisposizione di un resoconto dell'incontro   | facoltativa poiché non prevista a livello contrattuale. Solo nel caso di confronto, redazione della sintesi dei lavori e delle posizioni emerse  |   |  |                 | Viene predisposto un documento interno non reso pubblico all'esterno |                  | manca di trasparenza non è mancanza di trasparenza. Spesso dopo gli incontri le sigle comunicano a mezzo mail cosa è accaduto nell'incontro. |
|                                 |           |             |   | 5              | In caso durante un incontro si trovasse un'intesa (come ad esempio un accordo che regola la materia relativa agli scioperi) redazione di apposito documento, siglato da tutti, e di questo viene data copia a tutte le strutture interessate  |  |   |  |                 |  |                  |  |



| DIPARTIMENTO           | STRUTTURA | N. Processo | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                           |  |  |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                      |   |                  |  |
|------------------------|-----------|-------------|---|--|--|---|---|--|---|------------------|--|
|                        |           |             | DENOMINAZIONE PROCESSO                                    | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)                        | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)  | Esecutore Fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione)  | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro superiore di numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO |           | 38          | Gestione procedimenti disciplinari (dirigenza e comparto) | 1a   | Responsabile Struttura viene a conoscenza di un fatto per il quale ritiene applicabile una sanzione disciplinare di propria competenza (Rimprovero verbale)  | Convocazione del dipendente entro 10 giorni dalla conoscenza del fatto  | Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente   | competenza del Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 1b   | Responsabile Struttura viene a conoscenza di un fatto per il quale ritiene applicabile una sanzione disciplinare superiore al rimprovero verbale e quindi di competenza dell'UPD   | trasmissione atti all'UPD, tramite formale segnalazione del fatto in forma specifica e circostanziata, da effettuarsi entro 10 giorni dalla conoscenza del fatto  | Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente   | competenza del Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 1c   | Un candidato di un concorso (in seguito assunto dall'Azienda) risulti essere destinatario di condanne penali (dopo verifica del casellario/carichi pendenti) ovvero in base a quanto dichiarato nella domanda di concorso  | Segnalazione  | Responsabile della S.C. Gestione e Sviluppo del Personale   | competenza del Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 1d   | In caso di segnalazioni di utilizzo improprio di social e/o mezzi di comunicazione   | Segnalazione  | URP   |  |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 2  | Fase preistruttoria, che inizia con la ricezione della segnalazione di un fatto disciplinarmente rilevante e si conclude con la contestazione di addebiti  | 30 giorni per la contestazione dell'addebito che decorrono dal ricevimento della segnalazione disciplinare ovvero dal momento in cui l'UPD abbia avuto piena conoscenza dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare  | Ufficio Procedimenti Disciplinari   | Funzionario Istruttore UPD   |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 3  | Contestazione di addebiti e contestuale convocazione a l'audizione personale   | La contestazione scritta dell'addebito (con l'individuazione del fatto soggettivamente, oggettivamente e temporalmente specificato e circostanziato, unitamente alla proposta di qualificazione dell'infrazione e della sanzione, deve essere notificata al dipendente entro 30 giorni dalla segnalazione. La convocazione dell'interessato per l'audizione, invece, deve rispettare un preavviso di almeno 20 giorni | Ufficio Procedimenti Disciplinari   | Funzionario Istruttore UPD   |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 4  | Audizione personale del dipendente: viene redatto un verbale dell'audizione ed il dipendente può farsi assistere da un procuratore o da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce. È sempre ammessa la possibilità di depositare memorie scritte. | Almeno 20 giorni dalla data di contestazione dell'addebito  | Ufficio Procedimenti Disciplinari   | Funzionario Istruttore UPD   |   |                  |  |
|                        |           |             |   | 5  | Eventuale ulteriore attività istruttoria a seguito dell'audizione del dipendente   |   | Ufficio Procedimenti Disciplinari   | Funzionario Istruttore UPD   |   |                  |  |
|                        |           |             | 6   | Conclusione del procedimento disciplinare che può avvenire o con l'atto di archiviazione oppure con l'irrogazione di una sanzione disciplinare | entro 120 giorni per la conclusione del procedimento disciplinare  | Ufficio Procedimenti Disciplinari   | Dirigente Responsabile UPD  |  |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |  |  |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |  |                  |  |
|---------------------------------|-----------|--|--|---|---|--|--|--|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA | DENOMINAZIONE PROCESSO   | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche o prassi da seguire o da prevedere in merito alla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)   | Funziario fase (incarico) o settore responsabile/competente della implementazione   | Responsabile attività (indicare se l'esecutore della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO COERUTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | 39        | Gestione procedimenti disciplinari medici in convenzione (umaiisti e immg) | 1  | Direttore di Distretto viene a conoscenza di un fatto per il quale ritiene applicabile una sanzione disciplinare di propria competenza (Rimprovero verbale o scritto)   | Convocazione del dipendente entro 15 giorni dalla conoscenza del fatto  | Direttore di Distretto   | competenza del Direttore di Distretto  |  |                  |  |
|                                 |           |  | 2  | Direttore di Distretto viene a conoscenza di un fatto per il quale ritiene applicabile una sanzione disciplinare superiore al rimprovero verbale/scritto e quindi di competenza dell'UPD  | trasmissione atti all'UPD, tramite formale segnalazione del fatto in forma specifica e circostanziata, da effettuarsi entro 20 giorni dalla conoscenza del fatto con contestuale comunicazione all'interessato  | Direttore di Distretto   | Direttore di Distretto   |  |                  |  |
|                                 |           |  | 3  | Fase preistruttoria, che inizia con la ricezione della segnalazione di un fatto disciplinarmente rilevante e si conclude con la contestazione di addebiti   | 30 giorni per la contestazione dell'addebito che decorrono dal ricevimento della segnalazione disciplinare ovvero dal momento in cui l'UPD abbia avuto piena conoscenza dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare  | Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Convenzionato  | Funzionario Istruttore UPD   |  |                  |  |
|                                 |           |  | 4  | Contestazione di addebiti e contestuale convocazione all'audizione personale  | La contestazione scritta dell'addebito (con l'individuazione del fatto soggettivamente, oggettivamente e temporalmente specificato e circostanziato, unitamente alla prospettata qualificazione dell'infrazione e della sanzione, deve essere notificata al dipendente entro 30 giorni dalla segnalazione. La convocazione dell'interessato per l'audizione, invece, deve rispettare un preavviso di almeno 20 giorni | Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Convenzionato  | Funzionario Istruttore UPD   |  |                  |  |
|                                 |           |  | 5  | Audizione personale del dipendente; viene redatto un verbale dell'audizione ed il dipendente può farsi assistere da un procuratore o da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce. E' sempre ammessa la possibilità di depositare memorie scritte. | Almeno 20 giorni dalla data di contestazione dell'addebito  | Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Convenzionato  | Dirigente Responsabile; Funzionario Istruttore, Medico in rapporto di convenzionamento |  |                  |  |
|                                 |           |  | 6  | Eventuale ulteriore attività istruttoria a seguito dell'audizione del dipendente  |   | Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Convenzionato  | Funzionario Istruttore UPD   |  |                  |  |
|                                 |           |  | 7  | Conclusioni del procedimento disciplinare che può avvenire o con l'atto di archiviazione oppure con l'irrogazione di una sanzione disciplinare  | entro 120 giorni per la conclusione del procedimento disciplinare   | Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Convenzionato  | Dott.ssa Damele (su delega del Direttore Generale) su proposta dell'UPD                |  |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                               |             |  |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |  |  |   |  |   |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------|--|---|---|---|--|--|--|---|--|---|
| DIPARTIMENTO                    | SUBUNITA'                     | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPORALITA' FASI/AZIONI (indicare la tempistica in merito alla data di inizio e alla scadenza della singola attività/fase/azione)                            | Eventuale fase Strutturale o Settore responsabile/competente della implementazione | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA       | S.C. FARMACUTICA TERRITORIALE | 40          | Controllo contabile di tutte le ricette presentate dalle 262 Farmacie convenzionate ASL3 | 1   | Le farmacie consegnano le ricette con distinta contabile alla S.C. Farmaceutica Territoriale. A decorrere da aprile 2020, a seguito dell'emergenza COVID 19, le farmacie consegnano anche i fogli di registro dove vengono applicati i fustelli dei prescritti con ricetta dematerializzata | consegnate le ricette del mese precedente, nel mese successivo secondo un calendario stabilito a inizio anno; comunque entro massimo l'8 del mese successivo. | S.C. Farmaceutica Territoriale   | 3 operatori amministrativi   |  |   |  |   |
|                                 |                               |             |  |   | La ditta di Data entry annulla i fustelli nei locali della S.C. Farmaceutica Territoriale, scansiona tutte le ricette, elabora i tabulati con i dati contabili, desunti dalle ricette, che stampano e trasmettono alla stessa S.C.  | due giorni successivi alla consegna delle ricette e ci sta due settimane  | Ditta di data entry  |  |  |   |  |   |
|                                 |                               |             |  | 2   | Scelta da parte del Direttore del servizio di personale Amministrativo per lo svolgimento del controllo contabile   | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Direttore della Struttura  |  |   |  |   |
|                                 |                               |             |  | 3   | Validazione dei tabulati contabili forniti dalla Società di Data Entry per singola farmacia   | cadenza mensile   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | 2 operatori amministrativi alternativamente  |  |   |  |   |
|                                 |                               |             |  | 4   | Individuazione addebiti/accrediti   | cadenza mensile   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | 2 operatori amministrativi alternativamente  | possibile omissione di rilevamento di addebiti/accrediti con conseguenti errori in fase di compensazione | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale     | distrazione, disattenzione dell'operatore amministrativo |   |
|                                 |                               |             | 5  | Invio alle singole farmacie delle valutazioni contabili | cadenza mensile   | S.C. Farmaceutica Territoriale  | 1 operatore amministrativo   |  |  |   |  |   |

| DIPARTIMENTO              |                               | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI/AZIONI |                |  |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO  |                  |  |                                       |  |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------|--|---|--|--|------------------|--|---------------------------------------|--|
| DIPARTIMENTO              | SIRET/UBA<br>N. Processo      | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla natura o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi/azioni) | Eventuale fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)                      | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
|                           |                               |                                 |                |  |   |  |  |                  |  |                                       |  |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA | S.C. FARMACUTICA TERRITORIALE | 41<br>Ispezioni alle farmacie   | 1              | Sceita della farmacia da ispezionare (partendo da quelle che da più tempo non sono state sottoposte a controlli)   | Entro il biennio  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Direttore della Struttura  |                  | mancato rispetto del numero di ispezioni previsto nel biennio  |                                       | carezza di personale per la composizione della commissione ispettiva           |
|                           |                               |                                 | 2              | Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL3   | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Direttore della Struttura  |                  |  |                                       |  |
|                           |                               |                                 | 3              | Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Farmacista designato dall'Ordine dei farmacisti e di un funzionario amministrativo identificato dall'Amministrazione Aziendale | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | 6 Dirigenti Farmacisti come da Delibera aziendale  |                  | mancata/scarsa turnazione nella scelta del Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti                   | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale | conflitto di interesse del Dirigente Farmacista organizzatore dell'ispezione   |
|                           |                               |                                 | 4              | Svolgimento dell'ispezione   | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Commissione ispettiva (n°3 componenti)   |                  | omissione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni | esterno                               | ignoranza della legge; conflitto di interesse della Commissione ispettiva      |
|                           |                               |                                 | 5              | Esito dell'ispezione con redazione del relativo verbale  | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Commissione ispettiva (n°3 componenti)   |                  |  |                                       |  |

| DIPARTIMENTO              |                               | SUBUNITA'   |   | MAPPATURA ATTIVITA'-FASEAZIONI  |  |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO |  |                                       |   |
|---------------------------|-------------------------------|-------------|---|---|--|--|--|---|--|---------------------------------------|---|
|                           |                               | N. Processo |   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPORALITA' FASI/AZIONI (indicare nelle tempistiche se previsto dalla natura o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi/azioni) | Eventuale fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                                    | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)                              | PERIMETRO (DOVE)                      | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                    |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA | S.C. FARMACUTICO TERRITORIALE | 42          | Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996). | 1   | Individuazione da parte del Direttore del servizio di un Farmacista che valuti le schede Medico prodotte dalla ditta esterna per i MMG/PLS.                            | termini non previsto   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Direttore della Struttura                           |  |                                       |   |
|                           |                               |             |   | 2   | Il Farmacista individuato provvede all'analisi dei tabulati prodotti dalla Ditta che effettua il Data entry  | termini non previsto   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Farmacista designato per istruttoria                |  |                                       |   |
|                           |                               |             |   | 3   | Scelta dei Medici da controllare   | cadenza trimestrale  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Farmacista designato per istruttoria                | Sceita non imparziale dei Medici prescrittori da sottoporre a verifica | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale | conflitto di interesse del Dirigente Farmacista al momento della scelta del Medico da controllare |
|                           |                               |             |   | 4   | Svolgimento dell'analisi delle prescrizioni  | in base alla complessità dell'istruttoria  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Farmacista designato per istruttoria                | Mancato esame dei tabulati delle prescrizioni del Medico               | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale | conflitto di interesse del Dirigente Farmacista al momento della valutazione dei tabulati         |
|                           |                               |             |   | 5   | Convocazione della Commissione composta dal Direttore del distretto di appartenenza del prescrittore, da altri Medici e dal farmacista                                 | immediatamente dopo la riunione dell'UCAD  | DSS  | Direttore DSS                                       |  |                                       |   |
|                           |                               |             |   | 6   | Esito della riunione, ed in caso di riscontrata anomalia prescrittiva, contraddittorio con il prescrittore.  | Dai 15 ai 30gg   | UCAD   | UCAD  |  |                                       |   |
|                           |                               |             |   | 7   | Redazione del verbale dell'UCAD a cura del DSS competente  |  | DSS  |   |  |                                       |   |
|                           |                               |             |   | 8   | Eventuale applicazione dell'addebito da parte della S.C. Cure primarie   |  | S.C. Cure Primarie   |   |  |                                       |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASE/AZIONI |                                 |             |  |                |  |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |   |  |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------|--|----------------|--|---|--|--|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBUNITA'                       | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                           | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASE/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)            | TEMPORALITA' FASE/AZIONI (indicare le tempistiche in previsione della svolta o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fase/azioni) | Eventuale fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA       | S.C. FARMACEDUTICA TERRITORIALE | 43          | Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali) | 1              | Sceita del deposito da ispezionare   | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | 2 Dirigenti Farmacisti come da Delibera aziendale  |  | scarsa turnazione nella scelta dei Depositi | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale                         | conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta        |
|                                 |                                 |             |  | 2              | Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL3 | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Direttore della Struttura  |  |   |   |  |
|                                 |                                 |             |  | 3              | Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento del Servizio Igiene                        | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale/ S.C. Igiene  | 2 Dirigenti Farmacisti come da Delibera aziendale  |  |   |   |  |
|                                 |                                 |             |  | 4              | Svolgimento dell'ispezione   | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Commissione ispettiva (n°2 componenti)   | omissione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni | esterno                                     | ignoranza della legge; conflitto di interesse degli Ispettori |  |
|                                 |                                 |             |  | 5              | Esito dell'ispezione e redazione del relativo verbale  | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Commissione ispettiva (n°2 componenti)   |  |   |   |  |

| DIPARTIMENTO              |                               | SUBSETTIVA  |                             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASE/AZIONI |   |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO                               |   |   |   |   |  |
|---------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|                           |                               | N. Processo |                             | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPORALITA' FASI/AZIONI (indicare le tempistiche in previsione della svolta e da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi/azioni) | Eventore fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventore attività (indicare se l'eventore della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                                  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)                     | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA | S.C. FARMACUTICA TERRITORIALE | 44          | Vigilanza alle parafarmacie | 1                               | Scelta della parafarmacia da ispezionare  | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale  | 3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera aziendale                                 |   | scarsa turnazione nella scelta della Parafarmacia | Locali S.C. Farmaceutica Territoriale                         | conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta |  |
|                           |                               |             |                             | 2                               | Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL3                            | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale  | Direttore della Struttura   |   |   |   |   |  |
|                           |                               |             |                             | 3                               | Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Assistente Amministrativo individuato da apposita delibera ASL3 | termine non previsto  | S.C. Farmaceutica Territoriale  | Commissione ispettiva (n°2 componenti)  |   |   |   |   |  |
|                           |                               |             |                             | 4                               | Svolgimento dell'ispezione  | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale  | Commissione ispettiva (n°2 componenti)  | omissione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni  | esterno   | ignoranza della legge; conflitto di interesse degli Ispettori |   |  |
|                           |                               |             |                             | 5                               | Esito dell'ispezione e redazione del relativo verbale   | entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione  | S.C. Farmaceutica Territoriale  | Commissione ispettiva (n°2 componenti)  |   |   |   |   |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                                |             |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |   |  |   |                  |  |                  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------|---|---|--|---|--|---|------------------|--|------------------|--|--|--|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBUNITA' A                    | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                        | N. Fase/Azione  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (discrivere le singole fasi del processo specificando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla legge o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi/azioni)  | Esecutore fase (Struttura o settore responsabile/completo della implementazione) | Eventi attività (Indicare se l'eventualità del ritardo, del mancato di risultato, del non-avvenimento o di altro rispetto al numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO COERUTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |  |  |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA       | S.C. FARMACOUTICA TERRITORIALE | 45          | Gestione ritiro farmaci da parte degli utenti | 1   | In caso di prima richiesta di farmaci: Al momento dell'accesso alla struttura (6 poli sul territorio Asl) erogante l'assistito o la persona da lui incaricata per il ritiro dei farmaci si presenta al personale della Farmacia ed esibisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>il piano terapeutico con i farmaci oggetto del ritiro</li> <li>e/o la ricetta medica</li> <li>e/o Tessera sanitaria (TEAM)</li> </ul>  |   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti   |                  | il paziente non ha il piano terapeutico/prescrizione   |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 2   | In caso di richieste successive: l'assistito invia una mail alla farmacia nella quale prenota la fornitura in modo da ritirare l'intera dotazione di farmaci in un'unica soluzione. Creazione della cartella e dell'attività preparatoria di allestimento farmaci (tale attività consente agli operatori di identificare correttamente il paziente richiedente e di verificare la sussistenza di tutti i requisiti per il ritiro tra i quali ad esempio l'appartenenza al SSR e l'iscrizione alla Asl 3)   | Circa 10-15 giorni prima della fine della fornitura dei farmaci   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti e n.8 Magazzinieri  |                  | il paziente non ha avvisato per mail a tempo debito per effettuare il ritiro della sua fornitura |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 3   | Verifica amministrativa della ricetta e del Piano: <ul style="list-style-type: none"> <li>la correttezza rispetto alla normativa che disciplina la dispensazione delle singole specialità medicinali o galenici</li> <li>la data di prescrizione e la durata del trattamento</li> <li>identifica il Medico prescrittore e la struttura pubblica di appartenenza o l'esistenza di una convenzione con SSN</li> <li>l'erogabilità del farmaco con oneri a carico del SSN</li> <li>che il paziente abbia maturato, rispetto alle forniture precedenti lo stato di avente diritto alla fornitura attuale.</li> </ul>   | Tramite mail al Farmaco del Paziente il Farmacista esamina attentamente la prescrizione (sia ricetta che piano) sotto diversi aspetti che comprendono sia il rispetto dei formulari prescrittori che l'appropriatezza sotto l'aspetto tecnico farmacologico (tempo? contrattualmente all'arrivo della richiesta/prescrizione del paziente)  | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti e n.8 Magazzinieri  |                  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 4   | Verifica di appropriatezza della ricetta e del Piano: <ul style="list-style-type: none"> <li>le indicazioni d'uso del medicamento • in caso di uso off label la sussistenza dei requisiti per l'uso off label</li> <li>la conformità della posologia alla scheda tecnica del medicinale</li> <li>le possibili interazioni tra i farmaci prescritti</li> <li>la possibilità di attivare azioni correttive rispetto alla non erogabilità del farmaco (es richiesta di relazioni cliniche a supporto della dispensazione di farmaci in classe C).</li> </ul>  | Tramite mail al Farmaco del Paziente il Farmacista esamina attentamente la prescrizione (sia ricetta che piano) sotto diversi aspetti che comprendono sia il rispetto dei formulari prescrittori che l'appropriatezza sotto l'aspetto tecnico farmacologico (tempo? tempo non è definibile soprattutto nel caso in cui siano necessarie relazioni cliniche che prearrivano da specialisti fuori regione, possiamo quotizzare 1 settimana) | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti e n.8 Magazzinieri  |                  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 5   | Allestimento farmaci: Dopo queste verifiche si procede all'allestimento che avviene calcolando la posologia giornaliera per la durata massima di 60 giorni di terapia e arrotondando per difetto rispetto al confezionamento. Durante la preparazione ci si avvale di un foglio di lavoro nel quale vengono annotate eventuali farmaci mancanti e le modalità impiegate per il loro approvvigionamento. Tale foglio di lavoro viene debitamente firmato nelle varie fasi di preparazione e di eventuali comunicazioni al paziente (nel caso in cui la richiesta di allestimento sia pervenuta a mezzo mail). Si rimanda all'IO approvvigionamento e immagazzinamento per il reintegro delle scorte di magazzino. |   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti e n.8 Magazzinieri  |                  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 6   | Erogazione farmaci al paziente: Al momento dell'arrivo del Paziente in struttura la consegna dei farmaci viene registrata apponendo su apposita griglia i fustelli di tutte le confezioni dispensate e annotando la data di scadenza, il paziente o il suo incaricato al ritiro appone una firma per ricevuta. Il farmacista firma l'avvenuta consegna apponendo anche una sigla. Se nella fornitura sono previsti farmaci a temperatura controllata, il farmacista ricorda a chi ritira di osservare le corrette modalità di conservazione.   |   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti   |                  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                |             |   | 7   | Qualora il paziente avanzi richieste specifiche che esulano dalle tradizionali procedure, è prevista la consegna di un modulo sul quale il paziente riporta la richiesta e indica i suoi recapiti per poter essere ricontattato dalla direzione che dovrà fornire le indicazioni con cui intende risolvere la sua richiesta  |   | S.C. Farmaceutica Territoriale   | Dirigente Farmacista n°4<br>Dirigenti n.4 Borsisti Farmacisti e n.8 Magazzinieri  |                  |  |                  |  |  |  |  |  |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                            | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |   |   |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|---------------------------------|----------------------------|---|---|---|---|--|--|------------------|---|------------------|--|--|--------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBUNITA'<br>N. Processo   | DENOMINAZIONE PROCESSO                                | N. Fase/Azione  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)                             | Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/impiante della implementazione) | Risorse attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)               | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |                    |  |
| DIREZI                          | SSD Ass. Sanitaria di Base | 46  | ANAGRAFE SANITARIA. VERIFICA DATI MEF SU ESENZIONI TICKET PER REDDITO ED APPLICAZIONE RELATIVA SANZIONE | 1   | Recepimento del file inviato dal MEF contenente i codici fiscali da controllare   |  |  |                  | PRIMO EVENTO: esclusione di un codice fiscale segnalato | INTERNO          | MANCANZA DI PROCEDURE REGIONALI CONDIVISE SULLA MATERIA                        |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 2   | Inserimento dei dati pervenuti sul Portale aziendale SOGEI  |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 3   | Estrapolazione elenco prestazioni eseguite per ogni codice fiscale segnalato tramite il Portale SOGEI   |  |  |                  |   |                  |  | SECONDO EVENTO: mancata trasmissione dell'autocertificazione alla SSD da parte del Distretto Socio-sanitario | ESTERNO: DISTRETTO |  |
|                                 |                            |   |   | 4   | Predisposizione fascicolo di contestazione all'utente   |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 5   | Richiesta di originale dell'autocertificazione al Distretto Socio-sanitario presso il quale è stata presentata  |  |  |                  |   |                  |  | 1) Presa in carico del Codice Fiscale; 2) Recupero autocertificazione presentata                             |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 6   | Predisposizione ed invio per raccomandata di lettera di richiesta pagamento ticket in allora non pagato, suddiviso per anno contestato e per tipologia di prestazione: specialistica o farmaceutica |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 7   | Predisposizione e notifica del verbale di sanzione amministrativa per falsa autocertificazione  |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 8   | Contatti (non solo colloqui in presenza) via mail con utenza per delucidazioni e/o contestazioni a seguito dell'emergenza COVID   |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |
|                                 |                            |   |   | 9   | Conclusione del procedimento  |  |  |                  |   |                  |  |  |                    |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                          |   |                |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                              |  |                  |   |  |   |  |  |
|--|--------------------------|---|----------------|--|---|--|--|------------------|---|--|---|--|--|
| DIPARTIMENTO   | STRUTTURA<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Eventuale fase (Struttura e Settore responsabile/competente della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                                      |  |  |
| DIREZIONE SOCIO-SANITARIA<br>S.S.D. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (QUALITÀ METROPOLITANA E FARMACI/OTICA) | 48                       | FUNZIONI DI AUTORITA' COMPETENTE A RICEVERE I RAPPORTI EX ART. 17 L. 689/1981, A SVOLGERE ATTIVITA' ISTRUTTORIE EX ART. 18 L. 689/1981 E A DETERMINARE L'ENTITA' DELLA SANZIONE | 1              | RICEZIONE DEGLI SCRITTI DIFENSIVI PRESENTATI DAI SOGGETTI TRASGRESSORI   |   |  |  |                  | INOSSERVANZA DELLE REGOLE NORMATIVE E PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' | INTERNO  | ECESSIVA DISCREZIONALITA' NELLA VALUTAZIONE, DETERMINATA ANCHE DALLA GENERICITA' DEI CRITERI EX ART. 11 L. 689/1981 |  |  |
|  |                          |   | 2              | ISTRUTTORIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI SCRITTI DIFENSIVI, CON EVENTUALE RICHIESTA DI CHIARIMENTI E/O CONVOCAZIONE AUDIZIONE (CON REDAZIONE DEL RELATIVO VERBALE) |   |  |  |                  |   |  |   |  |  |
|  |                          |   | 3              | DETERMINAZIONE DELL'ENTITA' DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE DA IRROGARE - SULLA BASE DEI CRITERI INDIVIDUATI DALL'ART. 11 DELLA L. 689/81                        |   |  |  |                  |   | VALUTARE GLI SCRITTI DIFENSIVI IN MODO DA FAVORIRE UN UTENTE NON IRROGANDO ALLO STESSO LA SANZIONE |   |  |  |
|  |                          |   | 4              | CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO MEDIANTE EMANAZIONE DI ORDINANZA-INGIUNZIONE O ORDINANZA DI ARCHIVIAZIONE   |   |  |  |                  | AMMINISTRATIVA O IRROGANDOLA IN MISURA INFERIORE RISPETTO AL DOVUTO                                 |  |   |  |  |
|  |                          |   | 5              | FIRMA DELL'ORDINANZA IN FORZA DELLA DELEGA CONFERITA DAL DIRETTORE GENERALE AL DIRIGENTE RESPONSABILE IN DATA 08.10.2021 PROT. N. 146652                       |   |  |  |                  |   |  |   |  |  |
|  |                          |   | 6              |  |   |  |  |                  |   |  |   |  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  |                |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |   |  |   |                  |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|----------------|--|---|--|---|--|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)                        | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/imprende della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero del personale coinvolto) | Evento(rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI/AMBIENTALI  |
| DIREZIONE SOCIO SANITARIA       | SIS       | 50          | VERIFICA POSSESSO REQUISITI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE (L.R. N. 24/96) PER TRASPORTI SANITARI DELLE PP.AA. AL FINE DEL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE COMUNALE E VALUTAZIONE DELLA REGOLARITA' DEI TRASPORTI AI FINI DEL PAGAMENTO | 1              | INVIO NOTA PER LA VERIFICA DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI E/O VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI SU ISTANZA DI PARTE                          |   |  |   | ■ RILASCIO DI PARERE FAVOREVOLE ALLA CONCESSIONE O AL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE A SOGGETTI CHE NON SIANO IN POSSESSO DEI REQUISITI DI LEGGE<br>■ FAVORIRE IL PROSEGUIO DELL'ATTIVITA' A SOGGETTI NON IN REGOLA, EVITANDO DI SVOLGERE LA VIGILANZA PREVISTA | INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' DELLA VALUTAZIONE - MANCATA CONSIDERAZIONE DELL'OBBLIGO DI RISPETTO DEI REQUISITI | INTERNO          | 1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE 3) ECCESSIVA DISCREZIONALITA' |
|                                 |           |             |  | 2              | ESAME DOCUMENTAZIONE RICEVUTA DA PARTE DELL'ASSOCIAZIONE IN ESAME  |   |  |   |  |   |                  |  |
|                                 |           |             |  | 3              | CONTROLLO E VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE  |   |  |   |  |   |                  |  |
|                                 |           |             |  | 4              | RILASCIO DI PARERE FAVOREVOLE O SFAVOREVOLE AL COMUNE DI PERTINENZA DELL'ASSOCIAZIONE RICHIEDENTE IL RILASCIO O IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE |   |  |   |  |   |                  |  |
|                                 |           |             |  | 5              |  |   |  |   |  |   |                  |  |
|                                 |           |             |  | 6              |  |   |  |   |  |   |                  |  |
|                                 |           |             |  | 7              |  |   |  |   |  |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                                       |                          |  |                |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO                                |  |   |   |                  |  |
|---|--------------------------|--|----------------|---|---|--|--|---|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO  | SUBUNITA'<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Prevedere attività (definire se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento(rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SOCIO SANITARIA<br>SSD Gestione Rete Medico e Convalescenti | 51                       | FORMAZIONE GRADUATORE PER INCARICHI A: MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONI SANITARIE AMBULATORIALI; MEDICI DI MEDICINA GENERALE; PEDIATRI DI LIBERA SCELTA; MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE | 1              | RICEZIONE DELLE ISTANZE PRESENTATE DAI SOGGETTI INTERESSATI ENTRO I TERMINI DI LEGGE E ATTRIBUZIONE DEI RELATIVI PUNTEGGI, AL FINE DI PERVENIRE ALLA REDAZIONE DELLE GRADUATORIE DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI | INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' DEL CONFERIMENTO  | S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI                                | 1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE   | INTERPELLO SVOLTO IN MODALITA' NON CONFORME ALLA NORMATIVA AL FINE DI FAVORIRE UN SOGGETTO IN PARTICOLARE |   |                  |  |
|   |                          |  | 2              | GRADUAZIONE DELLE ISTANZE, ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI E REDAZIONE, APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLE GRADUATORIE PROVVISORIE  |   |  |  |   |   |                  |  |
|   |                          |  | 3              | VALUTAZIONE EVENTUALI OSSERVAZIONI  |   |  |  |   |   |                  |  |
|   |                          |  | 4              | REDAZIONE, APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLE GRADUATORIE DEFINITIVE  |   |  |  |   |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |                  |  |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|--|----------------|---|---|--|------------------|--|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | SUBSETTIVA                                 | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                 |
| DIREZIONE SOCIO SANITARIA       | SIS - Gestione Rete Medica e Convenzionati | 52          | CONFERIMENTO INCARICHI A: MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONI SANITARIE AMBULATORIAI; MEDICI DI MEDICINA GENERALE; PODIATRI DI LIBERA SCELTA; MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE | 1              | LADDOVE PREVISTO, RICEZIONE DELLE DOMANDE DEI MEDICI INTERESSATI AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO                          |   |  |                  | INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' DEL CONFERIMENTO | INTERNO          | 1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE |
|                                 |  |             |  | 2              | INTERPELLO DEI MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA E CONSEGUENTE CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI IN CONVENZIONE                 |   |  |                  |  |                  |  |
|                                 |  |             |  | 3              | FORMALIZZAZIONE DEL CONFERIMENTO MEDIANTE REDAZIONE DI DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE O LETTERA DI CONFERIMENTO            |   |  |                  |  |                  |  |
|                                 |  |             |  | 4              | LADDOVE PREVISTO, ATTIVAZIONE DELLE PROCEDURE FINALIZZATE AL CONFERIMENTO DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI RESIDUALI   |   |  |                  |  |                  |  |

| DIPARTIMENTO                |   | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |  |   |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |  |   |   |
|-----------------------------|---|--|--|---|--|---|---|---|--|---|---|
| STRUTTURA                   | N. Processo                                   | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi descritte)                                | Esecutore fase (Struttura o Settore responsabili/competenti della implementazione)                      | Responsabile attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI              |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale | Attività di controllo ufficiale (ispezioni- campionamento) su OSA che trattano alimenti di origine animale | 53   | 1. programmazione annuale dei controlli - Controlli su richiesta di altra autorità  | la programmazione annuale provvisoria viene effettuata nel primo trimestre, viene poi "consolidata" nel Piano Dipartimentale Integrato che viene redatto a seguito dell'emanazione del PRISA regionale | SC Igiene Alimenti di Origine Animale   | Direttore SC e responsabile SS  | favore o penalizzare operatore del settore alimentare | mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento delle anagrafi degli operatori; mancato aggiornamento database delle attività) | interno   | assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole (nella programmazione dei piani di controllo) |
|                             |   |  | 2. Assegnazione pratiche                                       | Procedura di SC:DPR_JAOA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022  | SC Igiene Alimenti di Origine Animale  | Responsabile SS- Coordinatore Tecnici della prevenzione ( sub assegnazione per pratiche competenza TdP) | acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazioni conflitto interessi- mancata rotazione del personale  |   | interno  | Assenza trasparenza in assegnazione pratiche  |   |
|                             |   |  | 3. Esecuzione controllo- Relazione di controllo ufficiale-     | Procedura di SC:DPR_JAOA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022 per i nuovi esercizi il controllo ufficiale viene eseguito di norma entro 120 gg dalla registrazione Tempistica di esecuzione del primo sopralluogo: di norma entro 30 giorni dalla data dell'assegnazione;  | SC Igiene Alimenti di Origine Animale  | Dirigenti Veterinari- Tecnici della prevenzione   | Verifica erronea /falsa attestazione di requisiti/valutazioni soggettive e discrezionali; sopralluogo effettuato da un unico operatore-   |   | interno  | Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole |   |
|                             |   |  | 4. provvedimenti conseguenti ex art 137- 138 Reg (UE) 2017/625 | Procedura di SC:DPR_JAOA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022 Tempistica di esecuzione secondo sopralluogo: di norma entro 60 giorni dalla scadenza delle prescrizioni impartite (fatto salvo situazioni di NC gravi che necessitano di un controllo più tempestivo); nel caso di più NC riscontrate nel corso del sopralluogo si può prendere come riferimento, se del caso, la prescrizione che ha | SC Igiene Alimenti di Origine Animale  | Dirigenti Veterinari- Tecnici della prevenzione   | mancata verifica o non corretto accertamento dell'esito del procedimento amministrativo.  |   | interno  | assenza meccanismi controllo ex post  |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |  |         |  |  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |
|---------------------------------|----------------------|-------------|--|---------|--|--|---|--|--|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore Fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  |  |  |  |
| PREVENZIONE                     | S.C. SANITA' ANIMALE | 54          | Rilascio autorizzazione, pareri e registrazioni per attività di competenza della Struttura | 1       | Acquisizione e protocollazione dell'istanza degli utenti interessati o richiesta/comunicazione di altri Enti | S.C. Sanità Animale/ Protocollo  |   | mancata o ritardata protocollazione, alterazione documentazione            | INTERNO  | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali |
|                                 |                      |             |  | 2       | Valutazione della documentazione   | S.C. Sanità Animale  |   | analisi non corretta, non conforme o alterata della documentazione fornita | INTERNO  | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                                 |                      |             |  | 3       | Eventuali controlli e/o sopralluoghi   | S.C. Sanità Animale  | Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e delle relative procedure adottate dalla Struttura, con conseguente irregolarità nel rilascio delle certificazioni al fine di agevolare determinati soggetti | erronea o alterata valutazione dei requisiti                               | INTERNO  | Sopralluogo effettuato da un unico operatore / Fattori individuali (bassa professionalità)                   |
|                                 |                      |             |  | 4       | Emissione parere di competenza   | S.C. Sanità Animale  |   | parere favorevole in assenza di condizioni                                 | INTERNO  | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 5       | Registrazione tramite inserimento negli elenchi delle Banche Dati locali                                     | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata ottemperanza   | INTERNO  | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 6       | Comunicazione esito a richiedente e/o altri enti o rilascio autorizzazione di competenza                     | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata ottemperanza   | INTERNO  | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 7       | Archiviazione della pratica  | S.C. Sanità Animale  |   | irregolare archiviazione della pratica                                     | INTERNO  | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |  |         |   | SCHEMA E TESTO RISK/RIB  | SCHEMA E TESTO RISK/RIB   |   |                  |  |
|---------------------------------|----------------------|-------------|--|---------|---|--|---|---|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)                                       | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                               |
| PREVENZIONE                     | S.C. SANITA' ANIMALE | 55          | Certificazioni inerenti il controllo sanitario degli animali domestici | 1       | Acquisizione della richiesta verbale, cartacea o informatizzata da parte degli utenti interessati eventuale protocollazione   | S.C. Sanità Animale  | Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e delle relative procedure adottate dalla Struttura, con conseguente irregolarità nel rilascio delle certificazioni al fine di agevolare determinati soggetti | mancata o ritardata protocollazione   | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali |
|                                 |                      |             |  | 2       | Contatti con l'utente per eventuali integrazioni o chiarimenti  | S.C. Sanità Animale  |   | Richiesta di informazioni che vanno oltre il perimetro della pratica            | TERNO / ESTER    | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                                 |                      |             |  | 3       | Valutazione documentazione e situazione sanitaria (accertamenti diagnostici, situazione epidemiologica esistente, verifica certificazioni di liberi professionisti) | S.C. Sanità Animale  |   | erronea valutazione dei requisiti   | INTERNO          | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                                 |                      |             |  | 4       | Eventuale osservazione sanitaria  | S.C. Sanità Animale  |   | erronea valutazione   | TERNO/ESTER      | monopolio competenze   |
|                                 |                      |             |  | 5       | rilascio certificazione   | S.C. Sanità Animale  |   | ritardato o mancato rilascio certificazione in assenza di motivazioni oggettive | INTERNO          | monopolio competenze   |
|                                 |                      |             |  | 6       | Archiviazione della pratica   | S.C. Sanità Animale  |   | irregolare archiviazione della pratica  | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                    |             |  |         |   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)                                | RISCHIO   | CAUSA/CAUSE DEL RISCHIO  |                  |  |
|---------------------------------|--------------------|-------------|--|---------|---|--|---|--|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA          | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                               |
| PREVENZIONE                     | S.C. SANTA ANIMALE | 56          | Iscrizione e registrazione di animali e allevamenti nelle Anagrafi regionali e nelle Banche Dati Nazionali | 1       | Acquisizione e/o protocollazione istanza del privato o comunicazione di altri enti  | S.C. Sanità Animale  | Abuso nell'espletamento delle pratiche in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti | mancata o ritardata protocollazione  | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali |
|                                 |                    |             |  | 2       | Valutazione della documentazione dal parte del Dirigente Responsabile   | S.C. Sanità Animale  |   | Mancato rispetto dell'ordine cronologico delle pratiche / false attestazioni     | INTERNO          | Assenza o carenza di controlli ex-post   |
|                                 |                    |             |  | 3       | Contatti con l'utente per eventuali integrazioni o chiarimenti  | S.C. Sanità Animale  |   | Richiesta di informazioni che vanno oltre il perimetro della pratica             | TERNO / ESTERNO  | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                                 |                    |             |  | 4       | Registrazione nelle banche dati aziendali, Anagrafi regionali e/o Banche Dati Nazionali o archiviazione motivata dell'istanza                 | S.C. Sanità Animale  |   | Registrazione in assenza o carenza di requisiti / registrazione di dati inesatti | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                    |             |  | 5       | Comunicazione al richiedente ed eventualmente ad altra autorità dell'avvenuta registrazione / assegnazione codice e/o consegna documentazione | S.C. Sanità Animale  |   | Mancato rispetto dell'ordine cronologico   | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                    |             |  | 6       | Creazione e archiviazione del fascicolo   | S.C. Sanità Animale  |   | Irregolare archiviazione della pratica   | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |  | SISTEMA CLIENTI RISCHI/NATURA/CAUSA/RISCHIO |   |  |   |  |                  |  |
|---------------------------------|----------------------|-------------|--|---|---|--|---|--|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase                                     | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                            | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                               |
| PREVENZIONE                     | S.C. SANITA' ANIMALE | 57          | Epletamento pratiche conseguenti a segnalazioni di inconvenienti igienici o situazioni di non conformità inerenti la detenzione di animali domestici | 1   | acquisizione e protocollazione della segnalazione da parte di altri enti o privati  | S.C. Sanità Animale  | Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e interpretazione discrezionale al fine di agevolare determinati soggetti | mancata o ritardata protocollazione                                  | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali |
|                                 |                      |             |  | 2   | Valutazione della segnalazione e verifica della effettiva competenza della struttura  | S.C. Sanità Animale  |   | mancata presa in carico della segnalazione                           | INTERNO          | alta discrezionalità /   |
|                                 |                      |             |  | 3   | Contatti con il segnalante per eventuali integrazioni e chiarimenti e/o con altri enti per concordare un eventuale sopralluogo congiunto            | S.C. Sanità Animale  |   | Richiesta di informazioni che vanno oltre il perimetro della pratica | INTERNO/ESTERNO  | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                                 |                      |             |  | 4   | Sopralluogo per accertamento della fondatezza dell'esposto/segnalazione e accertamento di violazioni  | S.C. Sanità Animale  |   | erronea valutazione della situazione - mancata o inadeguata verifica | INTERNO/ESTERNO  | Sopralluogo effettuato da un unico operatore / Fattori individuali (bassa professionalità)                   |
|                                 |                      |             |  | 5   | Qualora l'esposto risulti fondato in caso di competenza diretta emissione di prescrizioni ed erogazione eventuali sanzioni                          | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata o ritardata emissione di prescrizioni ed erogazione sanzioni | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 6   | Qualora l'esposto risulti fondato, proposta all'autorità competente (Sindaco) dei provvedimenti necessari per eliminare gli inconvenienti segnalati | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata o ritardata comunicazione all'autorità competente            | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 7   | In caso di accertamento di reato segnalazione all'autorità giudiziaria  | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata o ritardata comunicazione all'autorità giudiziaria           | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 8   | Verifica prescrizioni impartite sulle materie di competenza nei tempi indicati  | S.C. Sanità Animale  |   | Mancata o ritardata verifica   | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |
|                                 |                      |             |  | 9   | Archiviazione della pratica   | S.C. Sanità Animale  |   | irregolare archiviazione della pratica                               | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse                         |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |             |  | SCHEMA EVENTI RISCHI IDENTIFICAZIONE DEI |  |  |  |  |                  |  |
|---------------------------------|----------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA            | N. Processo | PROCESSO                                   | N. Fase                                  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO                    | S.C. SANITA' ANIMALE | 58          | Controllo ufficiale malattie degli animali | 1  | Programmazione annuale dei controlli attuati in ottemperanza alle norme di settore - Segnalazione/accertamento di casi di malattie infettive | S.C. Sanità Animale  | Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e delle relative procedure adottate dalla Struttura, con conseguente irregolarità nell'espletamento dell'attività di controllo ufficiale al fine di agevolare determinati soggetti | mancata o ritardata acquisizione e protocollazione di eventuale segnalazione   | INTERNO          | Mancata applicazione di procedure operative  |
|                                 |                      |             |  | 2  | Assegnazione delle pratiche  | S.C. Sanità Animale  |  | mancata comunicazione conflitto di interessi/assegnazione pratica a personale in conflitto interesse   | INTERNO          | Assenza trasparenza in assegnazione pratiche, mancato aggiornamento dichiarazioni conflitto interessi - mancata rotazione del personale        |
|                                 |                      |             |  | 3  | Esecuzione controlli tramite sopralluoghi ed espletamento accertamenti diagnostici   | S.C. Sanità Animale  |  | esecuzione degli accertamenti in modo difforme da quanto previsto da norme e/o procedure operative (per es. valutare l'esto della tubercolosi in modo difforme giudicando un positivo negativo o un negativo positivo a seconda dell'interesse o sottoporre a prelievo un animale invece che un altro) | INTERNO/ESTERNO  | Impossibilità di garantire la rotazione del personale a causa della carenza dello stesso - Scarsità o monopolio delle competenze del personale |
|                                 |                      |             |  | 4  | Compilazione della modulistica specifica o redazione della relazione di controllo ufficiale  | S.C. Sanità Animale  |  | compilazione di documentazione non corrispondente a quanto effettivamente riscontrato  | INTERNO          | Accentramento di funzioni ad un unico operatore/ impossibilità di garantire la rotazione del personale   |
|                                 |                      |             |  | 5  | Gestione campioni o modulistica relativa al campionamento in ufficio   | S.C. Sanità Animale  |  | compilazione di documentazione non corrispondente a quanto effettivamente riscontrato  | INTERNO          | Accentramento di funzioni ad un unico operatore/ impossibilità di garantire la rotazione del personale   |
|                                 |                      |             |  | 6  | Eventuale conferimento campioni al Laboratorio   | S.C. Sanità Animale  |  | Mancata esecuzione della consegna  | INTERNO/ESTERNO  | Opacità delle indicazioni operative. Condizioni individuali  |
|                                 |                      |             |  | 7  | Registrazione dati conseguenti a quanto rilevato nel corso del controllo su Banca Dati Nazionale e locale                                    | S.C. Sanità Animale  |  | Registrazione in assenza o carenza di requisiti / registrazione di dati inesatti   | INTERNO          | Condizione individuali (scarsa professionalità e/o conoscenza delle procedure o istruzioni)  |
|                                 |                      |             |  | 8  | Gestione delle eventuali non conformità rilevate nel corso del processo  | S.C. Sanità Animale  |  | Mancata applicazione delle norme e/o procedure   | INTERNO          | Mancanza di controlli  |
|                                 |                      |             |  | 9  | Archiviazione pratica  | S.C. Sanità Animale  |  | irregolare archiviazione della pratica   | INTERNO          | Carenze organizzative quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse   |

| Mappatura ATTIVITA'-FAS/AZIONI |                      |             |  |                |  |  |  |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |                  |  |
|--------------------------------|----------------------|-------------|--|----------------|--|--|--|--|--|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                   | STRUTTURA            | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" "ovvero a volte")   | TEMPISTICHE FAS/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalle norme e da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura responsabile/completata della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)             | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO                   | S.C. SANITA' ANIMALE | 47          | Gestione emergenza peste suina africana: campionamento di tutte le carcasse di cinghiali o suini rinvenute nelle zone di restrizione I e II - gestione focolai | 1              | Acquisizione e protocollazione della segnalazione di rinvenimento carcassa   | Protocollo il giorno stesso della presentazione dell'istanza o comunque non oltre 2 giorni lavorativi dal ricevimento, come da norma.                                  | S.C. Sanità Animale  | Personale del comparto   | Criticità - impatto dell'emergenza sulle attività dei cittadini ed in particolare di alcune categorie (cacciatori).<br>Presenza di un servizio esterno gestito da ditta convenzionata. |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 2              | Comunicazione alla ditta incaricata del ritiro della carcassa per la termidistruzione  | sollecita/immediata  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale, Personale del comparto   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 3              | Assegnazione del compito di prelievo campioni a veterinario  | I tempi delle fasi da 3 a 11 del processo non sono minuziosamente prestabiliti, comunque ogni azione deve essere eseguita il più prontamente possibile                 | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario,   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 4              | Esecuzione di prelievo di campione presso il deposito di stoccaggio della ditta per accertamenti diagnostici   |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 5              | Generazione scheda prelievo campioni nell'applicativo di gestione piani di controllo ufficiale SIVISA del Sistema Informativo Veterinario (www.vetinfo.it)   |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale, Personale del comparto   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 6              | conferimento campioni al Laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale  |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale, Operatore Tecnico  |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 7              | Acquisizione della notifica di numero di accettazione da parte di Laboratorio di IZS   |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 8              | Registrazione sospetto focolaio nel Sistema Informativo Malattie Animali Nazionale SIMAN (www.vetinfo.it)  |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 9              | Acquisizione di rapporto di prova (esito degli esami sui campioni) del laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale  |  | S.C. Sanità Animale  | Personale del comparto   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 10             | Conferma o cancellazione focolaio nel Sistema Informativo Malattie Animali Nazionale SIMAN (www.vetinfo.it)  |  | S.C. Sanità Animale  | Dirigente Veterinario, Veterinario Specialista Ambulatoriale   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 11             | Aggiornamento file elenco carcasse sottoposte a campionamento/focolai/esiti in banca dati locale (cartella condivisa in Server ASI)  |  | S.C. Sanità Animale  | Personale del comparto   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 12             | Trasmissione flussi dati ad enti (regione alisa)   |  | S.C. Sanità Animale  | Direttore di Struttura, Dirigente Veterinario  |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 13             | Verifica corrispondenza tra i dati mensilmente trasmessi dalla ditta convenzionata relativi alla propria attività di ritiro delle carcasse e le segnalazioni pervenute e successivamente inoltrate alla ditta per richiesta intervento   | mensile  | S.C. Sanità Animale  | Direttore di Struttura, Personale del comparto   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 14             | Trasmissione parere circa i dati per il pagamento delle prestazioni della ditta a S.C. Programmazione e gestione delle forniture e per conoscenza alla S.S.D. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche  | mensile  | S.C. Sanità Animale  | Direttore di Struttura   |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 15             | Partecipazione a riunione (o webinar) periodica (di norma settimanale, comunque non meno di 2 al mese) con altri Enti coinvolti nella gestione dell'Emergenza PSA (regione, alisa) per valutare la situazione, esaminare i dati e aggiornare le procedure di gestione e gli interventi in considerazione dell'evolversi della situazione emergenziale. | da due a quattro volte al mese   | S.C. Sanità Animale  | Direttore di Struttura, Dirigente Veterinario  |  |   |                  |  |
|                                |                      |             |  | 16             | Aggiornamento delle procedure a seguito dell'evolversi della situazione emergenziale e nuove indicazioni dell'autorità regionale e/o nazionale   |  | S.C. Sanità Animale  | Direttore di Struttura, Dirigente Veterinario  |  |   |                  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  |         |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                    |  |  |   |   |
|---------------------------------|--|-------------|--|---------|--|--|--|--|---|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA/ | 59          | Autorizzazioni e Pareri:<br><br>attività produttive<br>Bonifiche, rifiuti, emissioni<br>scarichi idrici<br>stetiste,<br>accincatori,<br>tatatori, canceri<br>strutture alberghiere<br>piscine<br>fiorantari<br>aule scolastiche<br>Preidi sanitari, sociosanitari, sociali, nidi<br>trasport<br>emergenza<br>igiene edilizia | 1       | Arrivo ISTANZA Via PEC trasmessa dal personale del protocollo generale il personale di segreteria verifica le priorità della posta in arrivo | Segreteria amministrativa  | Percorso cartaceo<br>Rintracciabilità<br>difficile della fase pratica<br>Rischio di concedere o negare autorizzazioni con visione parziale dei requisiti favorendo o sfavorendo un richiedente particolare | Distorsioni assegnazione pratiche  | S.C Affari Generali-Sistema Protocollo-S.C Igiene e Sanità Pubblica Segreteria SC. Via Frugoni 27 | assenza di criteri preordinati<br>carenza personale   |
|                                 |  |             |  | 2       | Valutazione e assegnazione ISTANZA e richiesta Eventuali pagamenti   | Resp.Procedimento  |  | Registrazione su un file excel pratiche assegnate  | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | Procedura informatica tecnica non adeguata  |
|                                 |  |             |  | 3       | Assegnazione Sopralluogo il capotecnico assegna la pratica al TdP  | Coord TDP  |  | Il capotecnico assegna le pratiche spesso agli stessi soggetti                           | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | eccesivo discrezionalità; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità; mancanza di trasparenza; mancanza rotazione                     |
|                                 |  |             |  | 4       | Esecuzione sopralluogo da parte del TDP  | TDP  |  | Elusione di controlli sanzioni che dovrebbero essere effettuati per legge                | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | mancanza di controlli ex post a causa mancanza procedura tecnica informatica  |
|                                 |  |             |  | 5       | Compilazione Verbale Sopralluogo   | TDP  |  | Rischio alterazione del verbale per favorire o meno la concessione di una autorizzazione | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | mancanza di trasparenza, mancanza di controlli  |
|                                 |  |             |  | 6       | Redazione PARERE   | Responsabile Procedimento  |  | Il Responsabile di Procedimento non riceve alert su sfioramento tempi procedurali        | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | Procedura informatica tecnica non adeguata per rilevare sfioramento tempi, esercizio prolungato ed esclusivo responsabilità, carenza di personale |
|                                 |  |             |  | 7       | Invio parere via PEC   | Segreteria amministrativa  |  | -  | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27  | -   |
|                                 |  |             |  | 8       |  |  |  |  |   |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |             |   |         |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |  |  |
|---------------------------------|---|-------------|---|---------|--|---|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                     | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI                  | Eventi (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)                           | FATTORI ABILITANTI/ CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA | 60          | Vigilanza: fitosanitari trasporti emergenza urgenza psichia, L.R. 9/2017 (per quanto di competenza, secondo le indicazioni dell'Autorità sanitaria di ambito regionale) | 1       | Stesura Piano di vigilanza               | Resp. Procedimento                                    | assegnazione priorità                     | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27 | carenza criteri pre_ordinati<br>carenza personale                              |
|                                 |   |             |   | 2       | assegnazione Piano Vigilanza             | Coordinatore TDP                                      | il capotecnico assegna la pratica al TdP  | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27 | mancanza trasparenza<br>mancanza procedura tecnica informatica                 |
|                                 |   |             |   | 3       | Esecuzione sopralluogo e stesura verbale | TDP   | Il TdP effettua il sopralluogo            | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27 | mancanza trasparenza   |
|                                 |   |             |   | 4       | Redazione PARERE                         | Resp. Procedimento                                    | -   | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27 | -  |
|                                 |   |             |   | 5       | Invio Parere via PEC                     | segreteria amministrativa                             | -   | SC Igiene e sanità Pubblica Via Frugoni 27 | -  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |             |   |         |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |                             |  |
|---------------------------------|---|-------------|---|---------|--|---|---|-----------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                     | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Eventi fase (rischio)                                 | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA | 61          | Segnalazioni telefoniche, Esposti ambientali amianto suolo abitato Trasporti Emergenza Urgenza COVID_19 | 1       | Arrivo DIVERSIFICATO SEGNALAZIONE/ ESPOSTO (telefono_e_mail, note scritte, telefonate) | tutti gli operatori                                   | mancata identificazione Univoca segnalante ufficializzazione segnalazioni telefoniche | erali e legali _setto       | assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale                  |
|                                 |   |             |   | 2       | Valutazione e assegnazione ESPOSTO   | Resp.Procedimento                                     | registrazione su un file excel segnalazioni   | SC Igiene e sanità Pubblica | assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale                  |
|                                 |   |             |   | 3       | Assegnazione Sopralluogo assegnazione verifica segnalazione                            | Coord TDP   | assegnazione segnalazione ai TdP ass. sanitari/ personale contact tracing per COVID   | SC Igiene e sanità Pubblica | mancanza di trasparenza;   |
|                                 |   |             |   | 4       | Esecuzione sopralluogo e stesura verbale verifiche segnalazione e azioni conseguenti   | TDP   | Il TdP effettua il sopralluogo assiste sanitario/ personale contact tracing           | SC Igiene e sanità Pubblica | mancanza di controlli ex post a causa mancanza procedura tecnica informatica   |
|                                 |   |             |   | 5       | Redazione PARERE risposta segnalazione   | Resp.Procedimento                                     | mancata ufficializzazione segnalazione  | SC Igiene e sanità Pubblica | mancanza di trasparenza, mancanza di controlli                                 |
|                                 |   |             |   | 6       | Invio Parere via PEC invio quarantene e/o appuntamenti via mail o telefono             | Segreteria amministrativa                             | informalità dell'attività contact tracing   | SC Igiene e sanità Pubblica | Procedura informatica tecnica non adeguata                                     |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                            |             |   |         | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |                  |   |  |  |
|---------------------------------|----------------------------|-------------|---|---------|--|--|------------------|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                  | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI                                | Esecutori fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)                           | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTE CONDIZIONI INDIVIDUALI/ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | STRUTTURA COMPLESSA IGIENE | 62          | Partecipazione a commissioni Tavoli di lavoro/ Conferenze dei Servizi ex l. 241/98 /c/o enti Esterni (a titolo esemplificativo):<br>- Regione<br>- Comune<br>- Prefettura | 1       | Arrivo convocazione Via mail al Dirigente Medico o TDP | Dirigente - TDP  | Monopolio        | Il Dirigente riceve personalmente l'invito al tavolo di riferimento | SC Igiene e Sanità Pubblica/Regione /Prefettura /Comune/Università | manca di trasparenza monopolio   |
|                                 |                            |             |   | 2       | invio verbale al dirigente o TDP                       | Dirigente - TDP  |                  | Il Dirigente riceve personalmente la relazione o fa la relazione    | SC Igiene e Sanità Pubblica/Regione /Prefettura /Comune/Università | manca di trasparenza monopolio   |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  |         |  | SISTEMA CLIENTI RISCHI/IMPATTO ATTIVITA' FASI-AZIONI                           |   |   |                             |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|---------|--|--|---|---|-----------------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)       | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                   |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 63          | Attività di vigilanza territoriale su richiesta malattia (esposti, segnalazioni, richieste dalla Procura o altri enti) | I       | Ricezione della richiesta  | Personale amministrativo   | Favorire taluni soggetti o aziende evitando il controllo degli stessi o mitigando l'azione ispettiva o sanzionatoria. | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica  | internamente all'azienda    | scarsità del personale.  |
|                                 |           |             |  | II      | Attivazione del controllo e assegnazione della pratica o archiviazione motivata  | Dirigente responsabile dell'ufficio  |   | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.  | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.  |
|                                 |           |             |  | III     | Svolgimento dell'indagine (analisi del caso, attività di intelligence)           | Personale sanitario, tecnico, operativo  |   | Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti ritenuti "sicuri" per il controllato o viceversa allargando volutamente il campo d'azione su | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.  |
|                                 |           |             |  | IV      | Svolgimento dell'indagine (sopralluogo e rapporti con il soggetto del controllo) | Personale sanitario, tecnico, operativo  |   | modificare l'andamento dell'ispezione per richiedere o ricevere favori per interesse del controllato o di terzi   | interno/esterno all'azienda | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.  |
|                                 |           |             |  | V       | Esito (ev. provvedimenti amministrativi o penali)                                | Dirigente responsabile dell'ufficio e personale sanitario, tecnico e operativo |   | modificare la conclusione del procedimento per richiedere o ricevere favori per interesse del controllato o di terzi                                      | interno/esterno all'azienda | interpretazioni orientate utilizzando come motivazione la complessità delle norme di riferimento |
|                                 |           |             |  | VI      | Rendicontazione ai soggetti di interesse   | Personale sanitario, tecnico, operativo  |   | nessuna   |                             |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |   |         | SISTEMA CLIENTI RISCHIO NATURA/AVVIAZIONE                             |  |   |   |                          |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|---|---------|---|--|---|---|--------------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)         | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 64          | Attività di vigilanza territoriale su iniziative (Piani mirati di Prevenzione, progetti PSAL, vigilanza a vista in edilizia, notifiche in edilizia) | I       | Direttore S.C. PSAL, altri dirigenti                                  | Direttore S.C. PSAL, altri dirigenti                                     | Scelta non obbiettiva delle aziende da sottoporre a controllo | scelta "orientata" e non trasparente delle aziende attraverso modalità non codificate | internamente all'azienda | mancanza di controlli, mancanza di trasparenza, eccessiva discrezionalità, esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità |
|                                 |           |             |   | II/VI   | Fasi successive identiche al processo: vigilanza su richiesta esterna | Direttore S.C. PSAL, altri dirigenti                                     |   |   |                          |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  |         |   |  | SISTEMA CLIENTI RISCHI/IMPATTO/CAUSALE/CAUSE   |   |                             |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|---------|---|--|--|---|-----------------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 65          | Autorizzazioni in deroga all'utilizzo ad uso lavorativo di locali con altezza inferiore ai tre metri o sotterranei e semisotterranei | I       | Ricezione della richiesta   | Personale amministrativo   | Concessione della autorizzazione in deroga o diniego della stessa per favorire alcuni a discapito di altri | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica  | internamente all'azienda    | scarsità del personale.  |
|                                 |           |             |  | II      | Assegnazione della pratica  | Direttore PSAL   |  | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.  | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.                        |
|                                 |           |             |  | III     | Valutazione della completezza e adeguatezza della documentazione inviata      | Dirigenti medici e tecnici   |  | Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti ritenuti "scomodi" per il richiedente o viceversa allargando volutamente il campo d'azione su aspetti non pertinenti la richiesta. | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                              |
|                                 |           |             |  | IV      | Richiesta di eventuali chiarimenti, informazioni o documentazione integrativa | Dirigenti medici e tecnici   |  | Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti ritenuti "scomodi" per il richiedente o viceversa allargando volutamente il campo d'azione su aspetti non pertinenti la richiesta. | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                              |
|                                 |           |             |  | V       | Sopralluogo   | Dirigenti medici e tecnici   |  | modificare l'andamento del sopralluogo per interesse del richiedente o di terzi   | interno/esterno all'azienda | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                              |
|                                 |           |             |  | VI      | Emissione del provvedimento di deroga o di diniego                            | Dirigenti medici e tecnici   |  | modificare la conclusione del procedimento per richiedere o ricevere favori per interesse del controllato o di terzi  | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                              |
|                                 |           |             |  | VII     | Proposta di fattura alla S.C. Bilancio e Contabilità ASL                      | Dirigenti medici e tecnici   |  | modificare il calcolo del dovuto (calcolato sui mq) o non mandare la proposta di fattura per favorire il richiedente  | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                              |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |                             |         |  |  | SCHEMA E CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO   |  |                          |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|---------|--|--|--|--|--------------------------|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO                    | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)         | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO PREVENZIONE        | PSAL      | 66          | Ricorsi avverso giudizio MC | I       | Accoglimento della richiesta   | Personale amministrativo   | Esito non conforme per favorire l'interesse di una delle parti (azienda, lavoratore o medico competente) | non applicabile  |                          | 0  |
|                                 |           |             |                             | II      | Esame preliminare della documentazione per valutare la procedibilità               | Medici del servizio PSAL   |  | valutazione di firme da procedura e normativa dei parametri di procedibilità               | internamente all'azienda | eccessiva discrezionalità.   |
|                                 |           |             |                             | III     | Gestione amministrativa della convocazione del lavoratore e soggetto del ricorso   | Medici del servizio PSAL   |  | non applicabile  |                          | 0  |
|                                 |           |             |                             | IV      | Effettuazione della visita medica in collegiale                                    | Medici della commissione ricorsi   |  | alterazione dei dati obiettivi o riferiti dal lavoratore                                   | internamente all'azienda | monopolio di competenze causa assenza di personale, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |                             | V       | Richiesta di eventuali approfondimenti medici o esecuzione di valutazioni tecniche | Medici del servizio PSAL   |  | mancata effettuazione degli approfondimenti clinici o tecnici necessari                    | internamente all'azienda | monopolio di competenze causa assenza di personale, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |                             | VI      | Definizione del giudizio di idoneità   | Medici del servizio PSAL   |  | Giudizio la cui espressione è motivata dalla volontà di far l'interesse di una delle parti | internamente all'azienda | monopolio di competenze causa assenza di personale.                            |
|                                 |           |             |                             | VII     | Comunicazione scritta dell'esito agli interessati                                  | Medici del servizio PSAL   |  | non applicabile  |                          |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |                                    |         |   |   | SCHEMA EVENTI RISPETTIVE CONDIZIONI CAUSALI DEL  |   |                             |   |
|---------------------------------|-----------|-------------|------------------------------------|---------|---|---|--|---|-----------------------------|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO                           | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/compete della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 67          | INDAGINI SU MALATTIE PROFESSIONALI | I       | gestione amministrativa delle segnalazioni/denunce di malattia professionale in entrata                 | Personale amministrativo  | Esito non conforme per favorire l'interesse di una delle parti (azienda, lavoratore o medico competente) | non applicabile   |                             |   |
|                                 |           |             |                                    | II      | Letture critica della documentazione per applicare la griglia valutativa del Protocollo della Procura   | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | valutazione difforme da protocollo d'intesa della Procura                               | internamente all'azienda    | manca di controlli, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, inadeguatezza o assenza del personale, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |                                    | III     | Inserimento dei dati della singola malattia professionale nel data base nazionale INAIL ISFESI MaProWeb | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | non applicabile   |                             |   |
|                                 |           |             |                                    | IV      | Richiesta di eventuali approfondimenti medici o esecuzione di valutazioni tecniche                      | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | manca effettuazione degli approfondimenti clinici o tecnici necessari                   | interno/esterno all'azienda | eccessiva discrezionalità.  |
|                                 |           |             |                                    | V       | Effettuazione di indagine o proposta di archiviazione alla Procura                                      | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | manca effettuazione degli approfondimenti clinici o tecnici necessari                   | internamente all'azienda    | eccessiva discrezionalità.  |
|                                 |           |             |                                    | VI      | in caso di espletamento di indagine, atti necessari alla definizione del caso                           | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | manca effettuazione degli approfondimenti clinici o tecnici necessari                   | interno/esterno all'azienda | eccessiva discrezionalità.  |
|                                 |           |             |                                    | VII     | Relazione scritta con comunicazione dell'esito alla Procura della Repubblica                            | Medici, personale sanitario ed ev. tecnico del servizio PSAL          |  | modificare la conclusione dell'indagine per interesse dell'azienda, del lavoratore o di | interno/esterno all'azienda | eccessiva discrezionalità.  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  |         |  |   | SISTEMA CLIENTI RISCHIO ATTIVITA' MANUALE   |   |                             |   |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|---------|--|---|---|---|-----------------------------|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/vegitante della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                            |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 68          | LAVORI DI DEMOLIZIONE O RIMOZIONE AMIANTO CON O SENZA CARATTERE DI URGENZA | I       | Ricezione della richiesta  | Personale amministrativo  | x. limitata discrezionalità nelle eventuali disposizioni tecniche impartite, pur vincolate da criteri ben definiti<br>z. difficoltà concreta ad avviare e concludere e nei tempi previsti tutti gli accertamenti necessari e le indagini previste dall'obbligo normativo con conseguente margine di discrezionalità nella cronologia degli interventi | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica  | internamente all'azienda    | scarsità del personale.   |
|                                 |           |             |  | II      | Assegnazione della pratica   | Direttore PSAL  |   | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.  | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.   |
|                                 |           |             |  | III     | Valutazione della completezza e adeguatezza della documentazione inviata   | personale tecnico   |   | Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti ritenuti "scomodi" per il richiedente o viceversa allargando volutamente il campo d'azione su aspetti non pertinenti la richiesta. | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |  | IV      | Richiesta di eventuali chiarimenti, informazioni o documentazione integrativa  | personale tecnico   |   | Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti ritenuti "scomodi" per il richiedente o viceversa allargando volutamente il campo d'azione su aspetti non pertinenti la richiesta. | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |  | V       | Sopralluogo sempre in caso di amianto friabile o in cantieri ad elevata complessità o maggiormente a rischio         | personale tecnico   |   | modificare l'andamento del sopralluogo per interesse del richiedente o di terzi   | interno/esterno all'azienda | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |  | VI      | A seconda dei casi: silenzio/assenso, revoca del piano o emissione di parere favorevole                              | personale tecnico   |   | modificare la conclusione del procedimento per richiedere o riprovare favori per interesse del controllato o di terzi   | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità. |
|                                 |           |             |  | VII     | Nel parere favorevole viene indicata la somma da pagare calcolata sulla base del tariffario regionale di riferimento | personale tecnico   |   | modificare il calcolo del dovuto o non indicare la somma da pagare favorire il richiedente  | internamente all'azienda    | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |                    |         |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |                             |   |
|---------------------------------|-----------|-------------|--------------------|---------|--|--|--|--|-----------------------------|---|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | PROCESSO           | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| PREVENZIONE                     | PSAL      | 69          | INDAGINI INFORTUNI | I       | Ricezione della segnalazione di infortunio (procedibile d'ufficio, di iniziativa o su querela di parte) attraverso diversi canali        | Dirigenti, personale tecnico   | Esito non conforme per favorire l'interesse di una delle parti (azienda, lavoratore o medico competente) | Non applicabile  |                             |   |
|                                 |           |             |                    | II      | Indagini di iniziativa: valutazione degli infortuni che richiedono una indagine secondo Protocollo con Procura e successiva assegnazione | Dirigente responsabile dell'ufficio                                      |  | Rallentamento della presa in carico o insabbiatura della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.   | internamente all'azienda    | esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.                       |
|                                 |           |             |                    | III     | Atti di indagine (analisi del caso, atti necessari alla definizione del caso) attraverso il coordinamento della Procura                  | Dirigenti, personale tecnico   |  | ritardo di atti non ripetibili, mancata effettuazione degli approfondimenti tecnici necessari oppure modifica dell'andamento dell'ispezione per richiedere o ricevere favori per interesse del controllato o | interno/esterno all'azienda | mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.                             |
|                                 |           |             |                    | IV      | Informativa di PG di conclusione dell'indagine per infortunio sul lavoro alla Procura della Repubblica                                   | Dirigenti, personale tecnico   |  | modificare la conclusione dell'indagine per interesse dell'azienda, del lavoratore o di terzi richiedendo o ricevendo favori   | internamente all'azienda    | eccessiva discrezionalità   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |             |  |                         |   | DEL RISCHIO                     |  |                  |   |
|---------------------------------|---|-------------|--|-------------------------|---|---------------------------------|--|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                               | N. Processo | PROCESSO   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)  | Evento(rischio)                 | MODALITA' CONTROLLO/ACCERTAMENTO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE CONDIZIONI INERENTI ALL'ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                               |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE     | S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione | 70          | Attività di controllo ufficiale (ispezioni-campionamento) su OSA - imprese alimentari e Gestori Acquedotti | 1.                      | 1. programmazione annuale dei controlli<br>2. Controlli su richiesta di altra autorità o forze polizia (ex D.Lvo 27/2021) | SC Igiene Alimenti e Nutrizione | mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento delle anagrafi degli operatori, mancato aggiornamento database delle attività) | interno          | assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole (nella programmazione dei piani di controllo)                 |
|                                 |   |             |  | 2.                      | 1. Assegnazione pratiche  | SC Igiene Alimenti e Nutrizione | acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazioni conflitto interessi-mancata rotazione del personale                                | interno          | Assenza trasparenza in assegnazione pratiche  |
|                                 |   |             |  | 3.                      | 1. Esecuzione controllo- Relazione di controllo ufficiale-  | SC Igiene Alimenti e Nutrizione | favore o penalizzare operatore del settore alimentare o gestore acquedotto   | interno          | Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole |
|                                 |   |             |  | 4.                      | 1. provvedimenti conseguenti ex art 137-138-139 Reg. (UE) 2017/625<br>2- provvedimenti conseguenti ex D.Lvo 31/2001 e smi | SC Igiene Alimenti e Nutrizione | mancata verifica o non corretto accertamento dell'esito del procedimento amministrativo.   | interno          | assenza meccanismi controllo ex post  |
|                                 |   |             |  |                         |   |                                 |  |                  |   |



| DEPARTAMENTO  | STRUTTURA | N. Processo | DESCRIZIONE FASCEAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" e "vengano svolte")   | Indicatori | TEMPI  | Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività                | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |
|---|-----------|-------------|---|------------|--|--|-----------------------------------|--|--|---|--|--|--|
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE<br>S.C. Medicina Legale | 71        |             | <b>DOMANDA DI ACCERTAMENTO SANITARIO:</b> il richiedente, in base alle minorazioni di cui è affetto, inoltra domanda di accertamento sanitario all'INPS per verificare il grado di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap;  | 1          | OASIS: evidenza della data del protocollo e della data di ricezione  | INPS   |                                   |  |  |   |  |  |  |
|   |           |             | <b>ACQUISIZIONE E RIALLINEAMENTO:</b> acquisizione sul programma OASIS delle domande INPS e riallineamento delle anagrafiche INPS/OASIS. Per poter acquisire le domande INPS i dati identificativi/anagrafici registrati sulla scheda INPS devono corrispondere a quelli della schermata anagrafica OASIS. Nel caso di mancata corrispondenza, il personale amministrativo verifica i dati sull'anagrafe Sanitaria e contatta l'utente/patronato via mail affinché provveda alle modifiche più opportune e, a seconda dei casi, a darne comunicazione all'INPS. L'INPS trasmette il file corretto, il personale amministrativo inoltra la richiesta di correzione a Liguria Digitale in quanto solo Liguria Digitale è abilitata a correggere la scheda INPS presente sul programma OASIS.  | 2          | OASIS: evidenza della data di riallineamento   | 1 e 2  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | 2  |  |   |  |  |  |
|   |           |             | <b>Assegnazione all'ambito territoriale di competenza, invio dei fascicoli ai relativi ambiti. A seconda del CAP di residenza, la pratica viene assegnata e inviata all'Ufficio Invalidi di riferimento (Struppa, Voltri, Bolzaneto).</b>   | 3          | Posta interna  |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          |  |  |   |  |  |  |
|   |           |             | <b>INVIO LETTERA INFORMATIVA:</b> ciascun Ambito invia per posta le lettere informative agli utenti con invito a trasmettere via mail o riac: la documentazione necessaria per la valutazione agli atti da parte delle Commissioni mediche.   | 4          | Mail/nota protocollata   |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | 1 Voltri - 1 Bolzaneto più sostegno Segreteria Invalidi (n.1/2) - 2 Struppa                  |  | tempi d'attesa per l'invio e il ricevimento della lettera informativa;  | interno  | carenza di personale; procedura informatica non adeguata ad individuare i tempi di attesa per l'invio delle lettere informative; invio delle lettere a mezzo posta ordinaria   |  |
|   |           |             | <b>RICEVIMENTO E SCARICO DOCUMENTAZIONE PER VALUTAZIONE AGU ATTI:</b> Ricevimento mail - verifica completezza della documentazione ed eventuale richiesta d'integrazione - assegnazione e acquisizione su protocollo informatico - stampa della documentazione e inserimento in fascicolo cartaceo  | 5          | Evidenza del ricevimento mail  |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | vedi punto 4 più collaborazione necessaria a sostegno sanitario/medico (Struppa e Bolzaneto) |  | Tempi d'attesa per l'acquisizione della documentazione dalle mail; segnalazione telefoniche e mail di sollecito   | interno  | carenza di personale; elevatissimo numero di mail e file; programma protocollo non collegato alla mail, caccia mail non idonea; mancanza di procedura uniforme; strumentazione tecnico-informatica in uso obsoleta perché il programma OASIS non è aggiornato ai nuovi Sistemi Operativi |  |
|   |           |             | <b>INDIVIDUAZIONE COMPONENTI COMMISSIONI MEDICHE:</b> settimanalmente il medico programma il calendario e individua i componenti delle Commissioni e ne dà comunicazione agli ambiti. La composizione delle Commissioni è disciplinata dalla normativa vigente (art. 1, L. 295/1990 per le minorazioni civili - per l'handicap art.4, L. 104/92 - per la disabilità art. 68, L. 68/99). Le Commissioni sono composte da un medico specialista in Medicina Legale che assume le funzioni di Presidente, da un Medico dipendente dell'Azienda o Convenzionato (individuato a seconda della disponibilità in Struttura e in Azienda) e da un medico rappresentante di categoria (Ass. nazionale dei mutilati ed invalidi civili, Unione italiana ciechi, dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e dell'INAFAS). La commissione è integrata ai fini della L. 104/92 e L. 68/99 da un operatore sociale e da un Medico componente esperto del caso (vedi deliberazione n. 553 del 18/06/2012) | 6          | 1 Dir. Medico per Ambito Voltri e 1 Dir. Medico per Ambito Struppa e Voltri  | 1 Dir. Medico per Ambito Voltri e 1 Dir. Medico per Ambito Struppa e Voltri          | PERSONALE MEDICO                  |  | Pericolo cartaceo/mail della documentazione inviata dall'utente - difficile rintracciabilità. Fattore o penalizzare un utente - mancato rispetto dell'ordine cronologico. Prolungamento dei tempi d'attesa e sloramento dei termini procedimento | mancata rotazione dei componenti delle Commissioni; mancata programmazione a lungo termine delle Commissioni;   | interno  | carenza di personale   |  |
|   |           |             | <b>CREAZIONE SEDUTE E ASSEGNAZIONE PRATICHE:</b> predisposizione su OASIS della seduta e assegnazione delle pratiche alle Commissioni Mediche   | 7          | Evidenza del criterio cronologico (eccezione L. n. 80/2006 - oncologici)   |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | vedi punto 4   |  |   |  |  |  |
|   |           |             | <b>VALUTAZIONE AGLI ATTI DELLA COMMISSIONE MEDICA:</b> la Commissione si riunisce, valuta la documentazione e redige il verbale telematico sul programma OASIS. Il verbale viene stampato e firmato dai componenti. La commissione non visita il paziente in presenza, valuta sulla base degli atti, quindi sulla base della documentazione sanitaria inviata dall'utente. Ai fini della valutazione delle percentuali di invalidità civile la Commissione utilizza la tabella DM 05/02/1992 e linee guida INPS   | 8          | Verbale telematico   |  | PERSONALE MEDICO                  |  |  | mancata dichiarazione sull'assenza conflitti ai sensi dell'art. 15, c.1, let.c) del D.Lgs. 33/2013 da parte dei membri della Commissione; valutazione sugli atti, l'utente non viene visitato | interno  | manca di procedura ; emergenza covid   |  |
|   |           |             | <b>RICHIESTA ACCERTAMENTI:</b> se la Commissione valuta la necessità di ulteriori accertamenti, la pratica viene messa in "accertamento" e il personale amministrativo invia all'utente la lettera di richiesta della documentazione sanitaria specialistica mancante. L'utente ha tempo tre mesi per fornirla. La seduta viene riaperta per la definizione quando la documentazione viene acquisita altrimenti, decorsi i termini, la Commissione valuta il caso sulla base dei soli elementi in suo possesso.   | 9          | Lettera di richiesta accertamenti (addow esistenti)  |  | PERSONALE MEDICO E AMMINISTRATIVO | vedi punto 4   |  | tempi d'attesa per l'invio e il ricevimento della lettera informativa;  | interno  | carenza di personale; procedura informatica non adeguata ad individuare i tempi di attesa per l'invio delle lettere informative; invio delle lettere a mezzo posta ordinaria   |  |
|   |           |             | <b>INVIO ATTESTATO PROVVISORIO PER RICONOSCIMENTO L.104/92:</b> se riconosciuto Handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 L. 104/92, invio per posta dell'attestazione provvisoria utile ai fini dei permessi lavorativi. <b>INVIO ATTESTAZIONE PER RILASCO CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTE:</b> nel caso in cui la Commissione abbia riconosciuto persona invalida con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ai sensi dell'art. 188 D.Lgs 285/92 e art. 381 DPR 495/92 viene inviata per posta all'utente l'attestazione utile ai fini del rilascio del Contrassegno di circolazione   | 10         | Evidenza della nota protocollata con cui Asi3 invia attestato provvisorio ed eventuale "contrassegno" per soggetti con deambulazione sensibilmente ridotta |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | vedi punto 4   |  | Tempi d'attesa per l'acquisizione della documentazione dalle mail; segnalazione telefoniche e mail di sollecito   | interno  | carenza di personale; elevatissimo numero di mail e file; programma protocollo non collegato alla mail, caccia mail non idonea; mancanza di procedura uniforme; strumentazione tecnico-informatica in uso obsoleta perché il programma OASIS non è aggiornato ai nuovi Sistemi Operativi |  |
|   |           |             | <b>INVIO VERBALE ALL'INPS:</b> Trasmissione telematica a INPS del verbale dal programma OASIS e invio all'INPS fascicoli accompagnati dalla lettera di trasmissione contenente l'elenco degli accertamenti effettuati per ogni seduta.  | 11         | Evidenza dell'invio all'INPS dei dati con "rivevuta" dell'invio  |  | PERSONALE AMMINISTRATIVO          | vedi punto 4   |  | mancata rotazione dei componenti delle Commissioni; mancata programmazione a lungo termine delle Commissioni;   | interno  | carenza di personale   |  |
|   |           |             | <b>VALIDAZIONE DEL VERBALE DAL CENTRO MEDICO LEGALE INPS:</b> l'accertamento definitivo è in ogni caso effettuato dall'INPS. Se il giudizio Asi è stato all'unanimità, il verbale è sottoposto alla valutazione del Responsabile del Centro Medico Legale per l'immediata validazione, salvo nel caso in cui fossero ricorrenze elementi tali da non consentire l'immediata validazione, in quest'ultimo caso l'iter sarà identico a quello previsto in caso di giudizio a maggioranza a seguito del quale l'INPS sospende l'invio del verbale al cittadino e potrà procedere a una verifica con riesami degli atti e/o eventuale nuova visita. L'Inps ha 60 giorni di tempo per la definizione del verbale.  | 12         |  |  | INPS                              |  |  |   |  |  |  |
|   |           |             | <b>RESTITUZIONE DEL FASCICOLO E ARCHIVIAZIONE:</b> l'Inps restituisce i fascicoli cartacei all'Ufficio Invalidi competente per ambito. L'operatore ne registra il rientro su OASIS. L'archiviazione viene annualmente esternalizzata e i fascicoli sono conservati a tempo illimitato.  | 13         | Evidenza della trasmissione del fascicolo  |  | INPS/PERSONALE AMMINISTRATIVO     | vedi punto 4 (a Bolzaneto n. 1 addetto per archivio)   |  | mancata dichiarazione sull'assenza conflitti ai sensi dell'art. 15, c.1, let.c) del D.Lgs. 33/2013 da parte dei membri della Commissione; valutazione sugli atti, l'utente non viene visitato | interno  | manca di procedura ; emergenza covid   |  |

| DIPARTIMENTO                |  | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI   |                        |  |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)             |   |                  |  |
|-----------------------------|--|---|------------------------|--|---|--|---|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                | STRUTTURA  | DENOMINAZIONE PROCESSO  | DESCRIZIONE FASIAZIONI | TEMPISTICHE FASIAZIONI   | Esecutore fase  | Esecutore attività   | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)                       | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | S.S.D. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE | 72 Rilascio autorizzazione, pareri, registrazioni e riconoscimenti per attività di competenza della Struttura | 1                      | Acquisizione e protocollazione dell'istanza degli utenti interessati o richiesta/comunicazione di altri Enti                   | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Personale del comparto   | una sola persona del comparto presente in struttura               | mancata o ritardata protocollazione, alterazione documentazione | Interno          | Scarsa organizzazione per assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale |
|                             |  |   | 2                      | Verifica della documentazione acquisita  | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Veterinario Dirigente e/o Responsabile della struttura         | un solo dirigente ed il Responsabile                              | mancata verifica, alterazione della documentazione              | Interno          | Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)  |
|                             |  |   | 3                      | Eventuali controlli su banche dati ufficiali e/o sopralluoghi  | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Veterinario Dirigente o Veterinario Specialista Ambulatoriale  | Veterinario Dirigente o il Veterinario Specialista Ambulatoriale  | erronea o alterata valutazione dei requisiti                    | Interno          | Sopralluogo eseguito non correttamente / scarsa professionalità  |
|                             |  |   | 4                      | Emissione parere/autorizzazione/registrazione/riconoscimento di competenza   | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Veterinario Dirigente e/o Responsabile della struttura         | Veterinario Dirigente e/o Responsabile della struttura            | parere favorevole in assenza di condizioni                      | Interno          | Scarsa organizzazione, assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse  |
|                             |  |   | 5                      | Registrazione tramite inserimento negli elenchi delle Banche Dati locali   | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Personale del comparto/Dirigente Responsabile del procedimento | Il Personale del comparto e/o il Dirigente Veterinario            | mancata o errata registrazione nelle banche dati                | Interno          | Scarsa organizzazione, assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale                            |
|                             |  |   | 6                      | Comunicazione conclusione pratica a richiedente e/o altri enti con rilascio autorizzazione/registrazione/parere/riconoscimento | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Personale del comparto/Dirigente Responsabile                  | Il Personale del comparto/Dirigente Responsabile del procedimento | mancata o errata comunicazione                                  | Interno          | Scarsa organizzazione, assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale                            |
|                             |  |   | 7                      | Archiviazione della pratica  | Dalla protocollazione della pratica se completa dovrà essere svolta nell'arco dei trenta giorni | Personale del comparto/Dirigente Responsabile                  | Il Personale del comparto/Dirigente Responsabile del procedimento | irregolare archiviazione della pratica                          | Interno          | Scarsa organizzazione, assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale                            |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                               |             |   |                |   | SCHEMA EVENTI   |   |   |                                    |  |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------|---|----------------|---|---|---|---|------------------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTERA                     | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Eventi fase (Struttura e Settore responsabili/esecuzione della implementazione) | Eventi attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del sindaco di sezione, del funzionario o di altro rispetto al numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio)                   | MOBILITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COMR)  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S. C. BILANCIO E CONTABILITA' | 73          | Riscossione da parte di Agenzia Entrate (per conto di Asl3) di determinati pagamenti tramite Avviso di pagamento (e successiva eventuale Cartellazione) | 1              | RACCOLTA, INDIVIDUAZIONE E INOLTRO DEL DETTAGLIO CREDITI DA RECUPERARE con riferimento a:<br>- Pronto Soccorso (codice bianco o abbandono)<br>- Ticket non pagati<br>- Costo esami preoperatori (rinuncia intervento)<br>- Costo esami per mancato ritiro referti<br>- Ticket | 10 GIORNI   | Gli ambulatori del Territorio<br>Direzioni Ospedaliere<br>Cure Primarie         |   | MANCATO RECUPERO DEL REALE CREDITO | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica (Mancato rispetto della procedura formale) |
|                                     |                               |             |   | 2              | VERIFICA, VALIDAZIONE E INOLTRO NOTE PER RECUPERO DEL CREDITO: agenzia delle entrate crea ruoli e li tramette tramite avvisi di pagamento e/o cartelle  | 2 GIORNI  | Agenzia delle Entrate - Riscossione   |   |                                    | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica (Mancato rispetto della procedura formale) |
|                                     |                               |             |   | 3              | VERIFICA, VALIDAZIONE E AGGIORNAMENTO POSIZIONI CREDITORIE FINALIZZATE ALLE REGISTRAZIONI CONTABILI riceve, elabora ed incassa pagamenti ricevuti da Agenzia Entrate- Riscossione provvedendo agli sgravi, ove necessario, comunicando tramite lettera cartacee               | 3 GIORNI  | S.C. Bilancio e Contabilità   | 1 operatore tecnico CED   |                                    | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica (Mancato rispetto della procedura formale) |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                                     |              |             |   |   |   |  | SCHEMA EVENTI               |   |   |   |
|---|--------------|-------------|---|---|---|--|-----------------------------|---|---|---|
| DIPARTIMENTO  | SERIE/TITOLA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                                | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischio)            | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) |   |   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO<br>S.C. BILANCIO E CONTABILITA' |              | 74          | Procedura rimborso utente per prestazione non erogata | 1   | RACCOLTA E INDIVIDUAZIONE DETTAGLIO RIMBORSI  | 1 MESE E 15 GIORNI CIRCA (SI PROCEDE DI MESE IN MESE)                              | Utente                      |   | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica |   |
|   |              |             |   | 2   | REGISTRAZIONE, PREVIA RACCOLTA MENSILE DEI MODULI DI RICHIESTA DI RIMBORSO, E EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO  | 3 GIORNI   | S.C. Bilancio e Contabilità |   | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica |   |
|   |              |             |   | 3   | INVIO TRACCIATO ALLA TESORERIA E PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO O IN CONTANTE CON RITIRO PRESSO LA FILIALE DI COMPETENZA  | 1 GIORNO   | S.C. Bilancio e Contabilità | 1 OPERATORE TECNICO CED                   | EROGAZIONE RIMBORSO NON DOVUTO                                  | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica |
|   |              |             |   | 4   | INVIO TRACCIATO AGGIORNAMENTO FLUSSO 730 A LIGURIA DIGITALE PER I RELATIVI CONTROLLI  | 2 GIORNI LAVORATIVI  | S.C. Bilancio e Contabilità |   |   | Gestione disordinata, personalizzata, manuale e non sistematica |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                              |             |                        |                |   |   | SCHEMA EVENTO   |  |                  |   |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------|----------------|---|---|---|--|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                        | SUBSETTURA                   | N. processo | DENOMINAZIONE PROCESSO | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)                           | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | ESECUTORE FASE (Struttura o Settore responsabile/compete della implementazione) | ESECUTORE ATTIVITA' (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro personale o di numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) |
| Dipartimento Tecnico Amministrativo | S.C. BILANCIO E CONTABILITA' | 75          | Bilancio d'esercizio   | 1              | Creazione schema di bilancio: viene creato in seguito alle scritture di rettifica contabile e alla raccolta dati, avvenuta in base alle direttive | 16 mesi (da 1 gennaio a 30 aprile anno seguente - ART. 31 D.L. 118/2011)  | S.C. Bilancio e Contabilità   | 1 POSIZIONATO (DS)   |                  |   |
|                                     |                              |             |                        | 2              | Approvazione schema di bilancio   | 15 gg   | S.C. Bilancio e Contabilità   |  |                  |   |
|                                     |                              |             |                        | 3              | Invio schema al Collegio sindacale e al Collegio di Direzione   | 7 gg  | S.C. Bilancio e Contabilità   |  |                  |   |
|                                     |                              |             |                        | 5              | Invio schema alla Conferenza dei Sindaci  | 7 gg  | S.C. Bilancio e Contabilità   |  |                  |   |
|                                     |                              |             |                        | 6              | Approvazione tramite verbale da parte della Conferenza dei Sindaci  | 30 gg (in alcuni casi anche oltre)  |   |  |                  |   |
|                                     |                              |             |                        | 7              | Adozione bilancio   | 15 gg   | S.C. Bilancio e Contabilità   |  |                  |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI   |                           |             |                                       |  |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHI   |   |
|---|---------------------------|-------------|---------------------------------------|--|---|--|--|---|
| DIPARTIMENTO  | SUBSETTURA                | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                | DESCRIZIONE FASI/AZIONI<br>(descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPORICHE FASI/AZIONI<br>(indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischi)  |   |
| DESCRIZIONE ATTIVITA' (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) |                           |             |                                       |  |   |  |  |   |
| MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COM)  |                           |             |                                       |  |   |  |  |   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO   | SSD ECONOMATO E LOGISTICA | 76          | Distribuzione e fruizione buoni pasto | 1  | Distribuzione buoni pasto attraverso un programma gestionale  | S.S.D. Economato e Logistica   |  | Fornitura al dipendente di un numero di buoni superiore alle giornate lavorative svolte - Possibilità di acquisto buoni presso in due punti di distribuzione non controllabili in tempo reale)  |
|   |                           |             |                                       | 2  | Verifica generica ed "una tantum" del diritto del singolo ad usufruire del servizio mensa   | S.S.D. Economato e Logistica   | Utilizzo di buoni pasto da parte di dipendenti non aventi diritto o di un numero di buoni pasto superiore ai diritti maturati dal singolo dipendente in base all'orario osservato. | Attualmente i buoni pasto sono cartacei e il sistema di distribuzione non è supportato da un software idoneo: ciò rende complesso effettuare i controlli sul numero dei buoni distribuiti e dei dipendenti che li hanno utilizzati anche alla luce del fatto che la ditta "Sodexo" (che attualmente fornisce i buoni pasto per la Asl3) al momento di emettere la fattura non allega l'elenco consumivo sulla quantità di ticket erogati. |
|   |                           |             |                                       | 3  | Verifica specifica degli effettivi diritti di usufruire del buono pasto maturati giornalmente dal dipendente  | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                                       |  | Assenza totale di collegamento tra la fase di distribuzione buoni e il rilevamento delle presenze e degli orari del dipendente  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                           |             |                              |                |  | SCHEMA F.V.   |  |   |  |   |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------|----------------|--|---|--|---|--|---|
| DIPARTIMENTO                        | SUBUTERA                  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO       | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/competente della implementazione) | Prevedere attività (indicare in quale fase di esecuzione della fase e di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro magistrato o numero di personale coinvolto) | Evento(rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) |
| DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO | SSD ECONOMATO E LOGISTICA | 77          | Approvvigionamento magazzino | 1              | rilevazione fabbisogni sia in base alle scorte sia in base alle richieste pervenute dai vari servizi attraverso il programma OLIAM per programmazione periodica acquisti ed invio alla S.C. Programmazione e Gestione delle forniture  |   | S.S.D. Economato e Logistica   | 2   |  |   |
|                                     |                           |             |                              | 2              | I nuovi prodotti, non presenti nel magazzino, sono codificati attraverso OLIAM   | immediata   | S.S.D. Economato e Logistica   | 1   |  |   |
|                                     |                           |             |                              | 3              | richiesta di approvvigionamento alla S.C. Programmazione e Gestione delle forniture, per emissione ordine a salvaguardia del livello scorte necessario (indipendentemente dalle richieste pervenute) Ogni operatore ha un suo reparto e svolge l'inventario a giugno e dicembre. Il responsabile del magazzino ruota il personale tra i vari reparti del magazzino (infatti alcuni sono molto più semplici e ridotti da gestire rispetto ad altri) |   | S.S.D. Economato e Logistica   | 6   | Elusione della normativa in materia di esecuzione del contratto con conseguente agevolazione del fornitore |   |
|                                     |                           |             |                              | 5              | eventuale immediata contestazione alla Ditta e comunicazione alla S.C. Programmazione e gestione forniture di non conformità prodotto. Nel caso del corriere viene effettuato immediatamente solo un controllo dei colli (che siano corrispondenti a quanto ordinato) mentre la verifica sulla qualità della merce è effettuata successivamente  | 5 gg  | S.S.D. Economato e Logistica   |   | I controlli potrebbero non essere precisi in caso di ordini consistenti o in caso di urgenza               |   |
|                                     |                           |             |                              | 6              | Gestione DDT secondo procedure (registrazione n. di carico scansione DDT e originale al Bilancio)  |   | S.S.D. Economato e Logistica   |   |  |   |
|                                     |                           |             |                              |                |  |   |  |   |  |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASE/AZIONI     |                           |             |                              |                |  |   | SCHEMA EVENTI   |   |   |  |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------|----------------|--|---|---|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                 | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO       | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASE/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASE/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione)  | Descrivere attività (indicare se finalizzata alla fase e di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                                    |
| DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO | SSD ECONOMATO E LOGISTICA | 78          | Acquisti con cassa economale | 1a             | Richiesta acquisto urgente indifferibile entro 60 euro o totali 50 euro IVA esclusa, con scontrino fiscale, da parte dei servizi (se non rientrano negli ordini in economia previsti dal regolamento del S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture) |   | S.S.D. Economato e Logistica  |   |   |  |
|                                     |                           |             |                              | 1b             | Rimborsi CAUP per spese acquisti nei supermercati in contanti quale terapia di inserimento ad autonomia dei pazienti psichiatrici  |   | S.S.D. Funzione Amministrativa<br>Funzione Amministrativa<br>affiliante al Dipartimento<br>Salute Mentale e Dipendenze<br>Patologiche |   | Utilizzo della cassa economale al di fuori dei casi previsti dalla normativa di riferimento | Favorire acquisti inferiori a 50 euro sempre presso un determinato fornitore |
|                                     |                           |             |                              | 3              | Parere dell'Economato sulla validità della richiesta effettuata dai Servizi che autorizza l'ufficio a comprare direttamente il bene (o i CAUP)   |   | S.S.D. Economato e Logistica  |   |   | Favorire acquisti inferiori a 50 euro sempre presso un determinato fornitore |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                                  |           |             |  |  |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHI |  |
|--|-----------|-------------|--|--|--|--|----------------------|--|
| DIPARTIMENTO   | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                                       | DESCRIZIONE FASI/AZIONI<br>(descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI<br>(indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedur e interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attivita'/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischi)      |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO<br>SSD Economato e Logistica |           | 79          | Gestione del processo: noleggio e acquisto veicoli aziendali | 1  | Assegnazione veicoli richiesti alla Direzione dai Dirigenti di Struttura in base alle necessità dichiarate dai Referenti Auto di ogni Servizio.                              |  | n. 1 operatore       |  |
|  |           |             |  | 2  | Acquisto e Noleggio dei veicoli tramite Consip sulla base delle quantità necessarie fornite dalla S.S.D. Economato e Logistica   |  |                      |  |
|  |           |             |  | 3  | Verifica trimestrale dei chilometri percorsi e verifica mensile del carburante consumato dai veicoli aziendali   |  |                      | Attualmente i chilometri percorsi e carburanti consumati vengono inseriti manualmente sul programma Gestione Veicoli, dalla S.S.D. Economato e Logistica, dopo aver ricavato i valori (km trimestrali e carburanti mensili) tramite note protocollo firmate dai Dirigenti di Struttura. Il software di Gestione dei Veicoli non permette ancora ai Servizi di inserire automaticamente i chilometri percorsi e il carburante consumato per effettuare controlli in tempo reale. Controlli tardivi riguardanti l'effettivo utilizzo dei veicoli.<br>Assenza Black-Box per gestire la flotta aziendale.<br>Presenza della firma di attestazione chilometraggio sul libretto di marcia solo del dipendente che utilizza il veicolo. |
|  |           |             |  | 5  |  |  |                      |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |                         |  | IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO                    |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|-------------|--|-------------------------|--|--|--|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)   | Evento (rischio)                               | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 80          | Procedure negoziate ai sensi del DL n. 76/2020 come modificato da DL 77/2021 (sopra i 139.000 € e sotto le soglie comunitarie) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse | 1                       | Predisposizione richiesta di approvvigionamento  | Struttura richiedente                          | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privata industriale ) | Aziendale        |   |
|                                     |  |             |  | 2                       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio                                 | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)   | Aziendale        | Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli         |
|                                     |  |             |  | 3                       | Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore                  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Favorire un determinato operatore economico  |                  | Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli         |
|                                     |  |             |  | 5                       | Acquisizione del CG sul portale ANAC   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture |  |                  |   |
|                                     |  |             |  | 6                       | Effettuazione ricerca di mercato tramite redazione di un avviso di manifestazione di interesse                     | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)  | Aziendale        | Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli         |
|                                     |  |             |  | 7                       | Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o su quotidiani locali e nazionali) | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)  | Aziendale        | Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli         |

| Mappatura ATTIVITA'-FASE-AZIONI     |  |             |   |         |  |  | IDENTIFICAZIONE  |   |   |  |
|-------------------------------------|--|-------------|---|---------|--|--|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FAS/AZIONI   | TEMPISTICHE FAS/AZIONI (Indicare dalle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecutore della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                            | MODALITA' COMPLETAMENTO CORRETTIVO (COME)  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 81          | Affidamenti ex art. 7.1 del regolamento aziendale per gli affidamenti sotto soglia (importi < € 5.000,00 IVA esclusa) | 1       | Predisposizione richiesta di approvvigionamento                                    | Tempestiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti   | Struttura richiedente  | Utile del Cdc richiedente   | Favorire un determinato operatore economico | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di provata industriale ) |
|                                     |  |             |   | 2       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)   |
|                                     |  |             |   | 3       | Acquisizione del Codice Identificativo di gara (Smart C.I.G.) sul portale ANAC     | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |  |
|                                     |  |             |   | 5       | Ricezione preventivi   | 5 giorni   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |  |
|                                     |  |             |   | 6       | Analisi preventivi pervenuti   | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alle verifiche propedeutiche alla scelta del contraente (Rispetto procedura formale)                           |
|                                     |  |             |   | 7       | Emissione ed invio ordinativo di fornitura   | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Assistente Amministrativo   |   |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |         |  |   |  | IDENTIFICA  |   |   |
|-------------------------------------|--|-------------|--|---------|--|---|--|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI<br><i>(Indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)</i> | Esecutore fase<br><i>(Struttura responsabile/competente delle implementazioni)</i> | Esecutore attività<br><i>(Qualifica o l'occupazione della fase o il competenza del Dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale)</i> | Evento (rischio)                            | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 136         | Procedure negoziate ai sensi del DL n. 76/2020 come modificato da DL 77/2021 (sopra i 139.000 € e sotto le soglie comunitarie) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse | 1       | Predisposizione richiesta di approvvigionamento  | Tempistiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti  | Struttura richiedente  | Utente del Cdc richiedente  |   | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di provata industriale) |
|                                     |  |             |  | 2       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio                                 | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                                     | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 3       | Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore                  | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                                     | 1 Collaboratore Amministrativo  | Favorire un determinato operatore economico |   |
|                                     |  |             |  | 5       | Predisposizione atti per la selezione del contraente   | 1 settimana   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                                     | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 6       | Acquisizione del CG sul portale ANAC   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                                     | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |   |
|                                     |  |             |  | 7       | Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o su quotidiani locali e nazionali) | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                                     | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |         |  |   | IDENTIFICAZIONE  |  |   |   |
|-------------------------------------|--|-------------|--|---------|--|---|--|--|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCCISO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o la procedura interna sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento/rischio  | MODALITA' CORRUPTIVO (COME)   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 82          | Affidamento diretto < di 139.000 €, ai sensi del DL 76/2020 come modificato da DL 77/2021 - La procedura è la stessa rispetto a quella ordinaria si modifica solo la soglia di importo | 1       | Predisposizione richiesta di approvvigionamento  | Tempistiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti  | Struttura richiedente  | Utente del Cdc richiedente   |   | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale) |
|                                     |  |             |  | 2       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo   |   | Individualone caratteristiche   |
|                                     |  |             |  | 2       | Predisposizione della richiesta di offerta   | 2 giorni  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo   | Favorire un determinato operatore economico   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 4       | Invio richiesta offerta agli operatori economici   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           |  | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale) |   |
|                                     |  |             |  | 5       | Ricezione offerte  | 15 giorni   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo   |   |   |
|                                     |  |             |  | 6       | Invio delle offerte tecniche agli esperti incaricati o alle commissioni tecniche per le valutazioni di idoneità o di qualità | 1 giorno  |  | 1 Collaboratore Amministrativo   |   |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |                |  |   |   |  |   | SCHEDE                                    |
|-------------------------------------|--|-------------|--|----------------|--|---|---|--|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competent e della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (richio)   | MODALITA' COMPLETAMENTO CORRUTTIVO (COME) |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 83          | Approvazione delle modifiche del contratto originario: proroghe contrattuali | 1              | Aggiudicazione contratto   | Tempi previsti dal Codice dei Contratti   | S.C. Programmazione e Gestione Forniture  | S.C. Programmazione e Gestione Forniture   |   |   |
|                                     |  |             |  | 2              | Richiesta motivata, da parte dell'utilizzatore, circa necessità di proroga tecnica del contratto (nell'attesa o in caso di ritardo di una gara centralizzata regionale)  | Tempistica dipendente dalla Struttura richiedente (nell'ambito della scadenza contrattuale)   | Cd: Utilizzatori beni e servizi   |  |   |   |
|                                     |  |             |  | 3              | Verifica nel bando e nei documenti di gara se fosse stata prevista una opzione di proroga tecnica (limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente - | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione Forniture  | 1 Collaboratore Amministrativo   | Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore, proroghe o rinnovi (non dovuti e/o) non contemplati della documentazione di gara originaria |   |
|                                     |  |             |  | 5              | Ricezione comunicazione di disponibilità da parte dell'operatore economico   | 1 settimana   | S.C. Programmazione e Gestione Forniture  | 1 Collaboratore Amministrativo   |   |   |
|                                     |  |             |  | 6              | Redazione di un atto di proroga motivando le ragioni che ha reso necessaria la proroga tecnica e, a maggior ragione, una proroga non tecnica   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione Forniture  | 1 Collaboratore Amministrativo   | Frequente ricorso alla proroga nonostante l'eccezionalità dell'Istituto   |   |
|                                     |  |             |  | 7              | Adozione di un atto di proroga motivando le ragioni che ha reso necessaria la proroga tecnica e, a maggior ragione, una proroga non tecnica  | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione Forniture  | Direttore S.C./Dirigente   | Frequente ricorso alla proroga nonostante l'eccezionalità dell'Istituto   |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |         |  |   | SCHEN  |   |   |   |
|-------------------------------------|--|-------------|--|---------|--|---|--|---|---|---|
| DEPARTAMENTO                        | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASIAZIONI   | TEMPISTICHE FASIAZIONI (Indicare data temporale in prevista dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | ESECUTORE FASE (Struttura responsabile/competente della implementazione) | ESECUTORE ATTIVITA' (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | ESITO (rischi)                              | MODALITA' CORRUPTIVO (COME)   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Foreste | 137         | Acquisti sopra soglia (Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa) | 1       | Predisposizione e richiesta di approvigionamento (e relativo Capitolato)                                   | Tempestive variabilità seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti   | Struttura richiedente  | Utente del Cdc richiedente  |   | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privata industriale) |
|                                     |  |             |  | 2       | Analisi della richiesta di acquisto (e relativo Capitolato) pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio | 2 giorni  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 3       | Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore          | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  | Favorire un determinato operatore economico |   |
|                                     |  |             |  | 5       | Predisposizione atti di gara   | 1 settimana   |  | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 6       | Predisposizione provvedimento di indizione di gara   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 7       | Acquisizione del CIG sul portale ANAC  | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                           | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |   |         |  |  |  | SCHEMA                           |   |
|-------------------------------------|--|-------------|---|---------|--|--|--|----------------------------------|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | TEMPORICITA' FASI/AZIONI   | ESECUTORE FASE (Struttura programmatica/organizzativa responsabile dell'implementazione) | EVENTO (rischio)                 | MODALITA' COMPORTAMENTI (COMET) (COMET)   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e gestione delle Forniture | 138         | Acquisti sopra soglia (Criterio del minor prezzo) | 1       | Predisposizione richiesta di approvigionamento (e relativo Capitolato)                                     | Tempistiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti | Struttura richiedente  | Utente del Cdc richiedente       | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privata industriale) |
|                                     |  |             |   | 2       | Analisi della richiesta di acquisto (e relativo Capitolato) pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio | 2 giorni   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   | 1 Collaboratore e Amministrativo | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |   | 3       | Richiesta di autorizzazione e ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore        | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   | 1 Collaboratore e Amministrativo | Favorire un determinato operatore economico   |
|                                     |  |             |   | 5       | Predisposizione atti di gara   | 1 settimana  |  | 1 Collaboratore e Amministrativo | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |   | 6       | Predisposizione provvedimento di indizione di gara   | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   | 1 Collaboratore e Amministrativo | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |   | 7       | Acquisizione del CIG sul portale ANAC  | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   | 1 Collaboratore Amministrativo   |   |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |         |  |  |   |   |   | SC  |
|-------------------------------------|--|-------------|--|---------|--|--|---|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASIAZIONI   | INDICAZIONE FASIAZIONI (Indicare della tempistiche previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulla) | Esecutore fase (Struttura responsabile/ingente della implementazione) | Esecutore attività (Indicare la Funzione della fase e di competenza del direttore, del titolare di funzione, del funzionario e di altro esperto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                            | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 139         | Acquisti sotto soglia (Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa) | 1       | Predisposizione e richiesta di approvvigionamento  | Tempistiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti   | Struttura richiedente   | Utente del CdC richiedente  |   | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche e dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privata industriale) |
|                                     |  |             |  | 2       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio                                 | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 3       | Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore                  | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  | Favorire un determinato operatore economico |   |
|                                     |  |             |  | 5       | Predisposizione atti per la selezione del contraente   | 1 settimana  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |  | 6       | Acquisizione del CIG sul portale ANAC  | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |   |
|                                     |  |             |  | 7       | Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o su quotidiani locali e nazionali) | 1 giorno   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)   |
|                                     |  |             |  |         |  |  |   |   |   |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |   |         |   |   |   |   |   | SCH   |
|-------------------------------------|--|-------------|---|---------|---|---|---|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare dalla tempistica in perviste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi/azioni) | ESECUTORE FASE (Struttura responsabile/imputata dell'implementazione) | ESECUTORE ATTIVITA' (Indicare se l'incaricato della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                            | MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 140         | Acquisti sotto soglia (Criterio del minor prezzo) | 1       | Predisposizione richiesta di approvvigionamento   | Tempistiche variabili a seconda delle esigenze delle Strutture richiedenti  | Struttura richiedente   | Utente del Cdc richiedente  | Favorire un determinato operatore economico | Ricerche tecniche non esaustive nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale) |
|                                     |  |             |   | 2       | Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio                                  | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore e Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |   | 3       | Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore                   | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore e Amministrativo  |   |   |
|                                     |  |             |   | 5       | Predisposizione atti per la selezione del contraente  | 1 settimana   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore e Amministrativo  |   | Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)  |
|                                     |  |             |   | 6       | Acquisizione del CG sul portale ANAC  | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   |   |
|                                     |  |             |   | 7       | Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o sui quotidiani locali e nazionali) | 1 giorno  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                        | 1 Collaboratore Amministrativo  |   | Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |           |             |   |                |  |   | SCHEMA EVENTI  |  |  |   |
|--|-----------|-------------|---|----------------|--|---|--|--|--|---|
| DIPARTIMENTO   | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                          | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fine (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Resource attività (Indicare in dettaglio la funzione, del titolare o funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                                 | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                                 |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO<br>S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo |           | 84          | Liquidazioni fatture al netto dei controlli NDC | 1              | Scaricamento da mail aziendale delle fatture addebitate ad ASI 3 e assegnate dal Bilancio alla SC PPC per competenza mediante la procedura ITER di OLIAMM. Controllo da parte del liquidatore della corretta assegnazione alla struttura.  | immediatamente  | PPC  | 1 collaboratore  | trattazione delle pratiche non in ordine di iter |   |
|  |           |             |   | 2              | Il liquidatore blocca le fatture assegnate mediante la procedura di blocco Olamm: data inizio blocco, data fine blocco (che deve essere quella della liquidazione) e inserimento della motivazione blocco  | Entro 10 gg dalla ricezione dell'iter   | PPC  | 1 collaboratore  |  |   |
|  |           |             |   | 3              | la fattura viene sbloccata dal liquidatore e da OLIAMM approvvigionamenti si effettua il ricevimento dell'NSO. Collegamento fattura/ordine creazione automatica della liquidazione (collegamento fattura/autorizzazione) Creazione automatica prima nota. Creazione dell'ODO (ordinativo) e creazione dell'ITER di ritorno | 1 ora   | PPC  | 1 collaboratore  |  | anticipare il pagamento delle strutture cui è stato revocato il factoring |
|  |           |             |   | 5              | redazione e stampa del documento word definito atto di liquidazione  | 10 minuti   | PPC  | 1 collaboratore  |  |   |
|  |           |             |   | 6              | Controllo su file excel della corretta applicazione delle tariffe da parte degli istituti Accreditati. Stampa.   | dipende dalla numerosità dei DRG prodotti dalle Accreditate da 10 minuti a 1 ora  | PPC  | 1 collaboratore  |  |   |
|  |           |             |   | 9              | Predisposizione/aggiornamento del prospetto excel riepilogativo annuale chiamato Frontespizio anno in corso, utile anche al fine di monitorare l'andamento delle fatturazioni rispetto al budget annuale preventivo. Stampa.   | 5 minuti  | PPC  | 1 collaboratore  |  |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |   |             |  |                |   |   | SCHEMA EVENTI  |   |  |  |
|-------------------------------------|---|-------------|--|----------------|---|---|--|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                        | SUBUNITA'                               | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                     | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | ESECUTORE FASE (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | RECAPITOLARE ATTIVITA' (Indicare se l'esecutore della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | SEGNALAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO | 85          | GESTIONE DURC ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI | 1              | Attraverso il Portale INAIL sezione DURCONLINE vengono trimestralmente aggiornati i DURC delle accreditate (il documento relativo viene salvato in rete su un'apposita cartella) e l'aggiornamento viene manualmente inserito su OLIAMM sezione Gestione DURC | Trimestre 30 minuti per l'estrazione dei dati di tutte le Strutture   | PPC  | 1 collaboratore   |  | inserimento in OLIAMM di dati non corretti |
|                                     |   |             |  | 2              | Al momento della stampa dell'ordinativo (ODI) applicativo OLIAMM automaticamente verifica la validità del DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva) nella sezione di OLIAMM Forritori/Gestione DURC.  | immediato   | PPC  | 1 collaboratore   | inserimento di dati del DURC non corretti per favorire una determinata struttura |  |
|                                     |   |             |  | 3              | Nel caso di DURC scaduto in OLIAMM la procedura non consente la stampa dell'Ordinativo di Liquidazione (campo bloccante).   | si attiva la fase 1 di controllo  | PPC  | 1 collaboratore   |  |  |

| M.I.A.T.   |                           | SCHEMA EVENTI/RISCHI                                |                  |   |   |   |   |   |  |
|--|---------------------------|---|------------------|---|---|---|---|---|--|
| DIPARTIMENTO   | SUBSETTURA<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                              | N. Fase/Attività | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche come, "in che modo" vengano svolte) | TEMPORISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Responsabile fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Qualifica attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del responsabile o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Prezzi (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COMI)  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO<br>S.C. Programmazione, Pianificazione e Controllo | 86                        | VALUTAZIONE PERSONALE AVENTE QUALIFICA DIRIGENZIALE | 1                | Estrazione dall'applicativo Ascotweb degli elenchi dei valutati e dei valutatori                                      | entro novembre dell'anno di valutazione   | SC PPC (Responsabile) e SC SIA  | SIA   |   |  |
|  |                           |   | 2                | Controllo degli elenchi di cui sopra: eventuale correzione ed inserimento all'interno del Portale delle Valutazioni   | entro dicembre dell'anno di valutazione   | SC PPC (Responsabile) e SC SIA  | SIA PPC   |   |  |
|  |                           |   | 3                | I responsabili valutatori provvedono ad inserire le valutazioni all'interno del portale                               | entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'anno di valutazione  | Valutatori  | Direttore Dipartimento/SC/SSD   | Rischio di alterazione dei punteggi da parte di un valutato | 1) l'amministratore di sistema può modificare la propria scheda, assegnandosi un punteggio più favorevole. |
|  |                           |   | 4                | Estrazione dei dati sulle valutazioni da portale ed invio al Settore Economico per il relativo pagamento              | entro i primi giorni del mese di giugno, onde consentire il pagamento con la mensilità di giugno  | SC PPC  | PPC   |   |  |
|  |                           |   | 5                | Acquisizione dei PDF firmato dell'estratto valutazioni e relativo inserimento a portale                               | entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di valutazione  | SC PPC  | PPC   |   |  |
|  |                           |   | 6                | Richiesta di Riapertura e/o annullamento delle schede da parte del valutatore (fase eventuale)                        | prima del termine della fase 5  | Valutatori  | Direttore Dipartimento/SC/SSD   |   |  |

| M.M.F.   |                          | SCHEMA EVENTO                                |  |   |   |  |                         |   |
|--|--------------------------|--|--|---|---|--|-------------------------|---|
| DIPARTIMENTO   | SUBUNITA'<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                       | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata o sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Funzione fase (Struttura e Settore) (responsabilità/competenza della implementazione) | Resource attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)        | MODALITA' COMPORTAMENTO COIBITIVO (COMF)                          |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO<br>S.C. Programmazione, Pianificazione e Controllo | 87                       | Predisposizione e discussione budget annuale | 1. Estrazione dagli applicativi dei dati di costo e di produzione necessari per determinare la parte economica del budget -<br>Richiesta a Liguria Digitale degli indicatori sanitari aggiornati (per singola struttura) sulla base degli obb. assegnati per gli anni precedenti che la Direzione ritenga di mantenere per l'anno successivo | entro il 15/01 dell'anno precedente a quello del budget   | PPC   | 2 collaboratori<br>1 assistente amministrativo<br>1 dirigente  | Budget facilmente tragu | Assegnazione di un Budget facilmente traguadabile dalla struttura |
|  |                          |  | 2. Sulla base dei dati estratti nelle fase precedente, sulla scorta delle indicazioni della Direzione, sulla base delle linee guida regionali (se presenti) redazione della bozza di schede  | entro il 31/12 dell'anno precedente a quello del budget   | PPC/Governo Clinico   | 3 collaboratori (1 per la parte obb. anticorruzione)<br>1 assistente amministrativo<br>1 coadiutore<br>1 dirigente   |                         |   |
|  |                          |  | 3. predisposizione del calendario di budget predisposizione inviti se budget da remoto prenotazione sale se budget in presenza   | entro il 31/1 dell'anno di budget   | PPC   | 1 collaboratore<br>1 coadiutore  |                         |   |
|  |                          |  | 5. Acquisizione proposte, modifiche ed integrazioni emerse durante la discussione ed inserimento nelle schede  | L'aggiornamento delle schede avviene contestualmente alla discussione   | PPC/Governo Clinico   | PPC/Governo Clinico  |                         |   |
|  |                          |  | 6. Invio alle firme delle schede definitive  | entro il 30/06 dell'anno di budget  | PPC   | 1 collaboratore<br>1 coadiutore  |                         |   |
|  |                          |  | 7. redazione provvedimento di presa d'atto del processo di budget  | all'atto dell'acquisizione delle schede firmate   | PPC   | 1 Collaboratore<br>1 dirigente   |                         |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |   |                |   |   | SCHEMA EVENTI  |   |   |   |
|-------------------------------------|--|-------------|---|----------------|---|---|--|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                    | N. processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                      | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Resource attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)                   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | SC Pianificazione Programmazione e Controllo | 88          | Monitoraggio e valutazione risultati budget | 1              | Estrazione dati di produzione e di costo a cadenza mensile/trimestrale/semestrale ed inserimento nelle schede di budget (già predisposte)richiesta a Liguria Digitale di estrazione dati indicatori (trimestrale) ed inserimento nelle schede di budget (già predisposte) | fine luglio dell'anno di budget   | PPC  | 2 collaboratori 1 assistente  | Inserimento di dati non corretti nella scheda riepilogativa al fine di favorire una determinata struttura | Compilazione scheda di monitoraggio con ndati non veritieri |
|                                     |  |             |   | 2              | Invio alle strutture interessate dei risultati del monitoraggio e richiesta di motivazioni in caso di scostamento dall'obiettivo riparametrato al periodo di monitoraggio   | agosto dell'anno di budget  | PPC  | 1 coadiutore  |   |   |
|                                     |  |             |   | 3              | Acquisizione materiale da parte delle Strutture per verifica raggiungimento obiettivi   | agosto dell'anno di budget  | PPC  | 1 coadiutore  |   |   |
|                                     |  |             |   | 4              | Invio materiale OIV e incontro con PPC  | settembre dell'anno di budget   | PPC/OIV  | 1 dirigente/1 collaboratore   |   |   |
|                                     |  |             |   | 5              |   |   |  |   |   |   |
|                                     |  |             |   | 6              | validazione OIV   | ottobre anno di budget  | PPC/OIV  | PPC/OIV   |   |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |                |  |   | INDICAZIONE RILASCI  |   |   |                                |
|-------------------------------------|--|-------------|--|----------------|--|---|--|---|---|--------------------------------|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Eventuale fase (Struttura e Settore responsabili/competenze della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro personale: con o sbo) | Eventi (rischio)                              | MODALITA' COMPORTAMENTO (COMB) |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo | 89          | Ricorso contro la valutazione performance individuale (contestazione del punteggio della scheda di valutazione compilata dal coordinatore/dirigente della Struttura di appartenenza) | 1              | Il Dipendente compila il modulo del ricorso reperibile sulla Intranet - sezione valutazione del personale - e lo trasmette via mail seguendo la procedura indicata nella medesima sezione.   | Entro 30 gg dalla consegna della scheda (termine ordinatorio)   | S.C.PPC  | Dipendente interessato  |   |                                |
|                                     |  |             |  | 2              | Il S.C. PPC riceve la comunicazione di contestazione: A)verifica la regolarità della domanda B) se la domanda è regolare si procede a convocare la Commissione secondo le indicazioni fornite dai Direttori. C)se la domanda non è regolare viene rinviata al mittente per la regolarizzazione   | Immediata   | S.C.PPC  | n.1 dirigente   |   |                                |
|                                     |  |             |  | 3              | Individuazione della Commissione: 1)valutatore di area Sanitaria Direttore Sanitario o suo sostituto (DS) 2)valutatore di area Socio Sanitaria Direttore Socio Sanitario o suo sostituto (DS) 3)valutatore di area Socio Sanitaria Direttore Socio Sanitario o suo sostituto (DS) 4)responsabile SC/SD della struttura di appartenenza del valutato, a meno che non sia egli stesso il valutatore. In quest'ultimo caso viene richiesta una nuova individuazione. 5)valutatore di area amministrativa Direttore Amministrativo o suo sostituto (DA) 6)valutatore di area amministrativa Direttore Dipartimento Giuridico | Immediata   | S.C.PPC  | n.1 dirigente   | Rischio di erronea rivalutazione della scheda |                                |
|                                     |  |             |  | 5              | Convocazione Commissione/Valutatore/Valutato 1)richiesta disponibilità alla Commissione e al Valutatore. 2)acquisite le disponibilità si procede alle convocazioni tramite mail, previa fissazione della Sala Riunioni.  | entro 1 giorno dalla ricezione delle disponibilità  | S.C.PPC  | n. 1 coadiutore amm.vo  |   |                                |
|                                     |  |             |  | 6              | La Commissione si riunisce alla presenza del valutatore e del valutato, che può essere assistito da un Rappresentante Sindacale  | entro 8/10 gg dalla lettera di convocazione   | S.C.PPC  | Commissione - Valutatore - Valutato - Coadiutore Amm.vo   |   |                                |
|                                     |  |             |  | 7              | Il valutato esprime alla Commissione le rimostranze che lo hanno portato a contestare la scheda di valutazione; può intervenire, se presente, anche il Rappresentante Sindacale. Il valutatore fornisce le motivazioni che lo hanno portato a dare quel determinato punteggio.   | 60 minuti   | S.C.PPC  | Commissione - Valutatore - Valutato - Coadiutore Amm.vo   |   |                                |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                                    |             |   |                |  |   | SCHEMA EVENTI   |  |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|---|----------------|--|---|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                          | N. processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)               | Eventi (rischio)  |  |  |
|                                     |                                    |             |   |                | Esecutore fase (Struttura o Settore responsabile/impiante della implementazione)   |   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   |  |  |
|                                     |                                    |             |   |                |  | Indicare attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro agente o il numero di personale coinvolto) |   |  |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI | 90          | ADESIONE ACCORDO QUADRO (Accordo stipulato da Liguria Digitale per conto di tutte le aziende sanitarie regione Liguria oppure da Centrale Acquisti Nazionale) | 1              | Acquisizione richiesta struttura/utente della fornitura/servizi. La richiesta viene espressa da parte dell'utente via mail sulla base delle esigenze   |   | Gruppo di Lavoro composto da operatori SIA e da operatori afferenti alla Struttura stente individuati dai Direttori dei servizi |  |  |
|                                     |                                    |             |   | 2              | Stesura requisiti tecnici e definizione massimali. I requisiti vengono individuati dal gruppo di lavoro attraverso un'analisi delle esigenze della struttura utente e delle caratteristiche tecniche dei sistemi e delle infrastrutture presenti in azienda con cui dovranno interfacciarsi. Il massimale di spesa viene definito in base al rapporto costi/benefici del bene/servizio da acquisire. Nel caso di rinnovo dell'Accordo Quadro i requisiti verranno confermati |   | Gruppo di Lavoro composto da operatori SIA e da operatori afferenti alla Struttura stente individuati dai Direttori dei servizi | Valutazione parziale dei requisiti tecnici e del rapporto costi/benefici   |  |
|                                     |                                    |             |   | 3              | Richiesta a Liguria Digitale X SERVIZI /Centrale Acquisti nazionale (Consip) di acquisizione x beni  |   |   | Omissione adempimenti relativi ai criteri di imparzialità, libera concorrenza al fine di favorire una determinata ditta o professionista |  |
|                                     |                                    |             |   | 5              | Verifica che la richiesta sia comune agli altri enti sanitari e stipula accordo quadro   | Liguria Digitale  |   |  |  |
|                                     |                                    |             |   | 6              |  |   |   |  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                                    |             |  |                |   | SCHEMA EVENTI   |  |   |                  |   |   |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|--|----------------|---|---|--|---|------------------|---|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                          | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                         | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Interesse attività (indicare se l'incaricazione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) |   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI | 91          | Collaudo (prima della consegna alla Struttura) | 1              | Predisposizione della commissione di verifica della fornitura o dei lavori eseguiti composta dai tecnici SIA. La commissione viene definita sulla base delle competenze degli operatori che sono individuati congiuntamente dai Direttori del SIA e delle strutture utenti nel caso di servizi. Nel caso di beni la commissione è composta da tecnici SIA individuati dal Direttore della SC SIA. | la commissione viene istituita all'attivazione della procedura di acquisizione del bene/servizio. La funzione della commissione termina dopo il collaudo                | SIA nel caso di beni - SIA + Struttura utente nel caso di servizi                  | Componenti della commissione individuati dai Direttori del SIA e delle Strutture utenti del servizio  |                  | Verifica dei requisiti non corretta       |   |
|                                     |                                    |             |  | 2              | controllo delle attrezzature fornite o del lavoro eseguito  | il collaudo viene eseguito al ricevimento di beni o, nel caso di servizi, al momento del rilascio del servizio.   |  | Commissione di collaudo   |                  | favorire un determinato fornitore         | manca di trasparenza nella documentazione fornita |
|                                     |                                    |             |  | 3              | stesura del verbale del collaudo e firma congiunta del fornitore e della commissione di collaudo  | il Verbale di collaudo viene redatto al termine delle operazioni dalla commissione. Viene firmato dai componenti della commissione e dal fornitore                      | SIA nel caso di beni - SIA + Struttura utente nel caso di servizi -                | Commissione di collaudo   |                  |   |   |
|                                     |                                    |             |  | 5              | nulla osta alla liquidazione della fattura  |   |  |   |                  |   |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |                                    |             |   |                |   |   | SCHEMA EVENTI   |  |                 |   |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|---|----------------|---|---|---|--|-----------------|---|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                          | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Setore responsabili/competenti della implementazione) | Eventuale attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Eventi(rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)               |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. SISTEMI INFORMATIVI/AZIENDALI | 92          | Gestione liquidazione tecnica fatture per acquisizione beni e servizi | 1              | VERIFICA DELLA CONFORMITA' TECNICA DEL BENE/SERVIZIO ACQUISITO (COLLAUDO): istituzione di una commissione di collaudo formata da tecnici SIA e utenti del bene/servizio   |   | SIA e Strutture utilizzatrici   | 1 tecnico per i beni + collega Liguria Digitale (non sempre ma in alcuni casi es. per i server) per i servizi una commissione composta da più soggetti anche esterni                     |                 | Valutazione parziale della conformità tecnica           |
|                                     |                                    |             |   | 2              | RICEVIMENTO FATTURA (da parte del Provveditorato a valle del collaudo) per parere tecnico   | BENI: verifica conformità tecnica da eseguire alla consegna SERVIZI: la procedura di collaudo viene eseguita al rilascio del servizio                                   | SIA e Strutture utilizzatrici   | 2 amm. vi  |                 |   |
|                                     |                                    |             |   | 3              | RICHIESTA ALLE STRUTTURE UTENTI VERIFICA DELLA CONFORMITA' DELLA FATTURA RISPETTO ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI Nel caso di beni la verifica di conformità avviene con il collaudo mentre per i servizi la struttura utente comunica se il servizio è stato regolarmente erogato |   | SIA e Strutture utilizzatrici   | Gli stessi sopra   |                 | Valutazione superficiale della conformità della fattura |
|                                     |                                    |             |   | 5              |   |   |   |  |                 |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |   |   |  | INDICAZIONE TEMPI   |                              |                                |
|-------------------------------------|--|-------------|--|---|---|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPORALITA' FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previsto dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/Fasi descritte)  | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro e specificare il numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio)             | MODALITA' COMPORTAMENTO (COME) |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | SSD TELECOMUNICAZIONI E PROGETTI STRATEGICI PER L'INTEGRAZIONE | 93          | Gestione telefonia fissa (centrali telefoniche, apparati di distribuzione, apparecchi telefonici IP e Analogici, Fax e Fax Server) | 1   | Gestione di tutti i punti rete e telefoni aziendali (circa 15.000 dispositivi in rete, 1000 centrali di rete (o Gateways) per 100/120 sedi distribuite su tutto il territorio di Ad3 attraverso la ricezione di mail da parte di utenti che chiedono l'attivazione di un punto rete/telefonico o di una segnalazione di guasto/disservizio) |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | n 2 operatori e il dirigente |                                |
|                                     |  |             |  | 2   | Scarico delle richieste e inoltra alle ditte che si occupano di manutenzione Fornitori principali: Fastweb per telefonia (sia per la rete interna sia per l'esterna); TIM (per connettività rete); quest'ultima società ha affidato il servizio a due ditte subappaltatrici   |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   |                              |                                |
|                                     |  |             |  | 3   | Esecuzione dell'attività di attivazione o di riparazione  |  | Ditta esterna   |                              |                                |
|                                     |  |             |  | 5   | Liquidazione delle prestazioni (se previsto dal contratto)  |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | n. 1 operatore               |                                |
|                                     |  |             |  | 6   |   |  |   |                              |                                |
|                                     |  |             |  |   |   |  |   |                              |                                |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |   |   |  |  | INDICAZIONE RISCHI  |                                   |                            |  |
|-------------------------------------|--|-------------|---|---|--|--|---|-----------------------------------|----------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPORALITÀ FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi descritte)  | Eventuale fase (Struttura e Settore responsabili/competenze della implementazione) | Eventuale attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro esecutivo e il numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio)                  | MODALITÀ CORRETTIVO (COME) |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | SSD TELECOMUNICAZIONI E PROGETTI STRATEGICI PER L'INTEGRAZIONE | 94          | Adesione a contratti Consip per installazione e manutenzione impianti di telefonia e liquidazione fatture | 1   | Valutazione tecnica periodica per individuare gli impianti (rete dati/telefonia locale e geografica, cablaggi, VOIP) i cui contratti di fornitura e manutenzione sono in scadenza o comunque sono da aggiornare da un punto di vista tecnico |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | n. 2 operatori oltre al dirigente |                            |  |
|                                     |  |             |   | 2   | Verifica sul portale della Consip dell'esistenza di convenzioni che riguardino gli impianti di cui è necessario aggiornare (anche su segnalazione delle ditte che hanno vinto la convenzione e che lo segnalano all'ufficio)                 |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | dirigente                         |                            |  |
|                                     |  |             |   | 3   | In caso positivo adesione alla convenzione Consip  |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | dirigente                         |                            |  |
|                                     |  |             |   | 5   | Trasmissione del progetto specifico e valutazione dello stesso richiedendo eventuali modifiche per adattarlo al contesto organizzativo di ast3   |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   |                                   |                            |  |
|                                     |  |             |   | 6   | Adesione formale alla convenzione Consip con la ditta tramite atto dirigenziale nella quale sono indicati i costi, la durata, le autorizzazioni di spesa   |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   | dirigente                         |                            |  |
|                                     |  |             |   | 7   | Verifica che gli impianti siano correttamente installati e funzionanti   |  | SSD TELECOMUNICAZIONI   |                                   |                            |  |
|                                     |  |             |   |   |  |  |   |                                   |                            |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |             |  |                |   |   | INDICAZIONE CLASSI   |  |                  |                             |
|-------------------------------------|--|-------------|--|----------------|---|---|--|--|------------------|-----------------------------|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPORISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi descritte) | Eventuale fase (Struttura e Settore responsabili/competenze della implementazione) | Eventuale attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro personale e numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' CORRETTIVO (COME) |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | SSD TELECOMUNICAZIONI E PROGETTI STRATEGICI PER L'INTEGRAZIONE | 95          | Adesione a contratti Consp per installazione e manutenzione impianti di telefonia e liquidazione fatture | 1              | Durante il contratto di convenzione emerge la necessità di integrare l'importo previsto (ad esempio a seguito di un incremento non previsto delle sedi coinvolte, o di utilizzo di un determinato servizio, o per adeguare il servizio ad una determinata normativa ecc...) |   | SSD TELECOMUNICAZIONI  | n. 2 operatori oltre al dirigente  |                  |                             |
|                                     |  |             |  | 2              | Analisi dei costi aggiuntivi per dar corso alla fase 1)   |   | SSD TELECOMUNICAZIONI  | dirigente  |                  |                             |
|                                     |  |             |  | 3              | Valutazione delle somme occorrenti per l'integrazione di spesa necessaria a seguito di quanto alla prima fase (accantonate negli anni di vigenza del contratto di convenzione in modo da definire l'importo necessario da richiedere)                                       |   | SSD TELECOMUNICAZIONI  | dirigente  |                  |                             |
|                                     |  |             |  | 5              | Liquidazione delle fatture una volta ultimati i lavori  |   | SSD TELECOMUNICAZIONI  |  |                  |                             |
|                                     |  |             |  | 6              |   |   |  |  |                  |                             |
|                                     |  |             |  | 7              |   |   |  |  |                  |                             |
|                                     |  |             |  |                |   |   |  |  |                  |                             |

| MAPPA TURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                                     |           |                          |                        |                | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |  |   |   |  |  |   |
|--|-----------|--------------------------|------------------------|----------------|---|--|--|---|---|--|--|---|
| DEPARTAMENTO   | STRUTTURA | N. Processo              | DENOMINAZIONE PROCESSO | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)  | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura e settore responsabile/imprenditore della implementazione)                                   | Eventi attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                            | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)                                     | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| Tecnico Amministrativo<br>SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni | 96        | Acquisto apparecchiature |                        | 1              | Definizione fabbisogni: vengono raccolte le richieste di acquisto di tutti i Repair. Le richieste vengono analizzate da una Commissione Investimenti (multidisciplinare). Ciascun membro, sulla base di parametri indicati in ciascuna richiesta, attribuisce un punteggio di priorità o verifica la coerenza delle richieste con le linee strategiche aziendali. Un algoritmo calcola il punteggio di priorità di ciascuna richiesta, sulla base delle valutazioni di ciascun membro. Viene così definito il "Piano acquisti", con durata annuale o biennale | Ogni anno, entro il 31 dicembre viene aggiornato il Piano acquisti con le nuove richieste dell'anno in corso   | Commissione Investimenti (Direzione Sanitaria/DSS; Elettromedicali, Impianti e Automazioni; SPP; Governo Clinico; PPC) | Titolare di Funzione/Dirigente  | Favorire un determinato operatore economico | in questa fase le modalità di comportamento corruttivo sono ridotte al minimo, poiché è stata implementata una misura di trattamento del rischio, precedentemente progettata (creazione di una procedura standardizzata per la definizione dei fabbisogni di apparecchiature, una presenza una valutazione | INT/EST (DS)   | Grazie alla realizzazione della misura di trattamento del rischio, non sono più presenti i fattori abilitanti precedentemente indicati 1. "eccessiva discrezionalità" 2. Mancanza di procedura standardizzata per definire fabbisogni |
|  |           |                          |                        | 2              | Stesura capitolato tecnico. Un tecnico della SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni, insieme al Clinico utilizzatore dell'apparecchiatura, indica i parametri che un'apparecchiatura deve soddisfare e i punteggi per ciascun parametro. Questi vengono poi trasmessi alla SC Programmazione e Gestione delle Forniture   | Tempistiche devono essere compatibili in modo che l'acquisto dell'apparecchiatura rispetti le tempistiche del piano acquisti   | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni, Struttura Sanitaria di Competenza  | Titolare di Funzione/Dirigente  |   | Definizione parametri tecnici che identificano una specifica apparecchiatura<br>Attribuzione punteggi tecnici in modo artificioso, volto a favorire un operatore economico   | T (Struttura Sa                                      |   |
|  |           |                          |                        | 3              | Elaborazione e pubblicazione documenti di gara. La SC Programmazione e Gestione delle Forniture, seguendo quanto richiesto dal Codice dei Contratti, pubblica l'indizione della gara, attraverso un Atto Dirigenziale   | Tempistiche devono essere compatibili in modo che l'acquisto dell'apparecchiatura rispetti le tempistiche del piano acquisti   | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   |   |   | Richiesta requisiti amministrativi volti a favorire un operatore economico<br>Pubblicazione Capitolato di gara in periodi di scarsa visibilità   | EST (S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture) | Mancanza di controllo Monopolo competenze   |
|  |           |                          |                        | 4              | Nomina commissione giudicatrice (se importo >€ 40.000). Le strutture competenti trasmettono alla SC Programmazione e Gestione delle Forniture i nominativi dei membri della commissione tecnica, secondo le competenze necessarie   | Una volta trascorse le tempistiche previste dal Codice dei Contratti   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni, Direzione Sanitaria  |   |   | Scelta mirata dei membri della commissione giudicatrice  | (Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa)      | Mancanza di procedura standardizzata per scelta dei membri della commissione giudicatrice. Monopolo competenze  |
|  |           |                          |                        | 5              | Valutazione tecnica della commissione giudicatrice. La commissione attribuisce i punteggi alle apparecchiature offerte in gara e li trasmette alla SC Programmazione e Gestione delle Forniture per l'aggiudicazione  | Tempistiche devono essere compatibili in modo che l'acquisto dell'apparecchiatura rispetti le tempistiche del piano acquisti   | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni, Struttura Sanitaria di Competenza  | Titolare di Funzione/Dirigente  |   | Scorretta attribuzione dei punteggi tecnici, volta a favorire un operatore economico   | T (Struttura Sa                                      | Monopolo competenze   |
|  |           |                          |                        | 6              | Aggiudicazione della gara di acquisto. LA SC Programmazione e gestione delle forniture pubblica un Atto Dirigenziale con le risultanze di gara  | entro l'anno indicato nel piano acquisti per l'apparecchiatura in questione  | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   |   |   | non si rilevano modalità di comportamento corruttivo, trattandosi di un atto amministrativo conclusivo, che rende pubblico quanto in precedenza definito   |  |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |                             |                | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO  |   |  |  |   |  |  |  |
|---------------------------------|--|-------------|-----------------------------|----------------|--|---|--|--|---|--|--|--|
| DEPARTAMENTO                    | SUBUNITA                                   | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO      | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Escutore fase (Struttura e Nature responsabili/emergente della implementazione)                                    | Responsabile attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del Dirigente, del Titolare di funzione, del funzionario o di altro personale e il numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio)  | MOBILITA' /COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| Tecnico Amministrativo          | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni | 97          | Collaudo di apparecchiature | 1              | La SC EIA riceve ordinativo di fornitura da parte della SC Programmazione e Gestione delle forniture   |   | SC Programmazione e Gestione delle forniture   |  | Favorire un fornitore   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 2              | ricevimento del bene: la SC EIA (con comunicazione e-mail) concorda con il Fornitore e il Reparto utilizzatore la data della consegna (in Reparto o in Magazzino Economico)  |   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni,  | Titolare di funzione/Dirigente/  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 3              | verifica corrispondenza tra il numero di colli e quanto indicato nel DDT   |   | Reparto utilizzatore, SSD Economato e Logistica  |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 4              | invio DDT controfirmato per ricevuta merce alla SC Programmazione e Gestione delle forniture   |   | Reparto, SSD Economato e Logistica   |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 5              | Inseimento dati DDT sul software gestionale amministrativo contabile   |   | SC Programmazione e Gestione delle forniture   |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 6              | esecuzione collaudo: collaudo tecnico. Alla presenza del fornitore e di un incaricato della SC EIA, l'esecuzione del collaudo viene effettuata sulla base di quanto previsto dalla guida CEI 62-122. Tra le azioni previste: verifica che quanto |   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni   | Titolare di funzione/Dirigente/  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 7              | esecuzione collaudo: collaudo funzionale (contestuale o successiva al collaudo tecnico a seconda della tipologia di apparecchiatura). Alla presenza del fornitore, di un incaricato della SC EIA, del personale utilizzatore e della Fisica      |   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni, Reparto utilizzatore, Fisica Sanitaria (per apparecchiature            | Titolare di funzione/Dirigente/  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 8              | Esito collaudo tecnico e funzionale positivo: in caso di apparecchiatura conforme viene firmato il verbale di collaudo tecnico positivo dal personale incaricato della SC EIA, dal fornitore, dal personale utilizzatore e dalla Fisica          |   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni, Fornitore, Reparto utilizzatore, Fisica Sanitaria (per apparecchiature | Titolare di funzione/Dirigente/  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 9              | Esito collaudo tecnico e funzionale positivo: notifica esito di collaudo tecnico e funzionale positivo con invio da parte della SC EIA del collaudo amministrativo (verbale di collaudo S.C. EIA + documentazione collaudo tecnico +             | 60 giorni dalla fornitura   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni   | Titolare di funzione/Dirigente/  | Decreto di rito: rimare e verbale di collaudo con esito positivo, nonostante l'apparecchiatura risulti non conforme durante il collaudo amministrativo/tecnico/funzionale | Interno                                    | monopolio competenze tecniche ( poco personale con competenze specifiche tecniche e conseguente difficoltà di esecuzione congiunta di collaudo da parte della SC EIA, difficoltà di rotazione personale) |  |
|                                 |  |             |                             | 10             | Esito collaudo Amministrativo positivo: inventariazione del bene nell'Inventario Aziendale   |   | SSD Economato e Logistica  |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 11             | Esito collaudo Amministrativo positivo: liquidazione fattura, dopo incontro tra ordine - bolla - fattura   |   | SC Programmazione e Gestione delle forniture   |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 12             | Esito collaudo amministrativo positivo : pagamento fattura   |   | SC Bilancio e Contabilità  |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 13             | Esito del collaudo negativo: in caso di non conformità non sanabili, il bene non viene accettato e viene restituito. Notifica esito di collaudo da parte della SC EIA alla SC Programmazione e Gestione delle forniture e alla SSD.              |   | SC Elettromedicali, Impianti e Automazioni   | Titolare di funzione/Dirigente/  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 14             | Esito del collaudo negativo: Comunicazione al fornitore di risoluzione del contratto e richiesta ritiro apparecchiatura  |   | SC Programmazione e Gestione delle forniture   |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 15             | Esito del collaudo negativo: Predisposizione bolla di reso dell'apparecchiatura  |   | SSD Economato e Logistica  |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 16             |  |   |  |  |   |  |  |  |
|                                 |  |             |                             | 17             |  |   |  |  |   |  |  |  |



| DIPARTIMENTO                        |              | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                |   |   |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |  |  |
|-------------------------------------|--------------|--|----------------|---|---|--|---|---|---|--|--|
| STRUTTURA                           | N. Processo  | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)                                 | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica | Affidamento lavori/servizi di importo inferiore a 10.000,00 €. Escluse le consulenze (riparazione, adattamento sistemazione e manutenzione agli immobili e alle loro pertinenze, agli impianti, ai macchinari, ai mobili, agli arredi: ordini in economia) | 98             | 1   | RICHIESTA DA PARTE DEI SERVIZI DI INTERVENTO MANUTENTIVO PERVENUTA TRAMITE PORTALE INFORMATICO E/O D'UFFICIO  |  | Servizio esterno / area tecnica   |   |   | interno  |  |
|                                     |              |  | 2              | EVENTUALE PROCEDURA AUTORIZZATIVA DELLA RICHIESTA IN FUNZIONE DI PARTICOLARI TIPOLOGIE E DELL'IMPORTO INFERIORE A € 10.000,00   |   | area tecnica   |   | non viene data evidenza della motivazione che ha determinato la necessità di procedere          | interno                                   | manca di trasparenza - eccessiva discrezionalità |  |
|                                     |              |  | 3              | SCELTA SOGGETTO CUI AFFIDARE IL LAVORO / SERVIZIO ED AZIONE DI CHECK-LIST COME PREVISTO DA REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N.415 DEL 04.08.2021 VINCOLANTE PER L'EMMISSIONE DEL RELATIVO BUONO D'ORDINE AL SOGGETTO AFFIDATARIO |   | area tecnica   |   | non viene evidenziata la procedura per la scelta del soggetto affidatario del lavoro / servizio | interno                                   | manca di trasparenza - eccessiva discrezionalità |  |
|                                     |              |  | 4              | RICERCA FATTURA DELL'INTERVENTO   |   | area tecnica   |   |   | interno                                   |  |  |
|                                     |              |  | 5              | VISTO DEL TECNICO SULLA FATTURA CHE ATTESTA LA REGOLARE ESECUZIONE DELL'INTERVENTO E NE AVVALLA IL PAGAMENTO  |   | area tecnica   |   |   |   |  |  |
|                                     |              |  | 6              | RENDICONTAZIONE SEMESTRALE CON ALLEGATE LE CHECK LIST RIFERITE AI BUONI D'ORDINE RENDICONTATI CON SUCCESSIVO INVIO ALLA SEZIONE TRASPARENZA DEL PORTALE ASL   |   | area tecnica   |   |   |   |  |  |
|                                     |              |  |                |   |   |  |   | Commissione a dempime   |   |  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |              |             |   |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO   |  |  |                    |   |   |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------|-------------|---|----------------|---|---|--|--|--------------------|---|---|--|--|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA    | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Relevante attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' (COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)) | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica | 99          | Affidamento lavori/servizi di importo compreso fra 10.000,00 € e 20.000,00 € - Escluse le consulenze (ipotesi di affidamento, sistemazione e manutenzione agli immobili e alle loro pertinenze, agli impianti, ai macchinari, ai mobili, agli arredi) | 1              | RICHIESTA DA PARTE DEI SERVIZI DI INTERVENTO MANUTENTIVO PERVENUTA TRAMITE PORTALE INFORMATICO E/O D'UFFICIO  |   |  |  |                    |   |   | interno  |  |  |
|                                     |              |             |   | 2              | EVENTUALE PROCEDURA AUTORIZZATIVA DELLA RICHIESTA IN FUNZIONE DI PARTICOLARI TIPOLOGIE E DELL'IMPORTO COMPRESO TRA € 10.000,00 ED € 20.000,00   |   |  |  |                    |   | non viene data evidenza della motivazione che ha determinato la necessità di procedere          | interno  | manca di trasparenza - eccessiva discrezionalità |  |
|                                     |              |             |   | 3              | SCELTA DEL SOGGETTO AFFIDATARIO DEL LAVORO/SERVIZIO REDAZIONE DI CHECK-LIST COME PREVISTO DA REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N.415 DEL 04.08.2021 VINCOLANTE PER LA PREDISPOSIZIONE, DA PARTE DELLA STRUTTURA ORDINANTE, DELLA RELATIVA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DI AFFIDAMENTO CON SUCCESSIVO INVIO ALLA SEZIONE TRASPARENZA DEL PORTALE ASI. |   |  |  |                    |   | non viene evidenziata la procedura per la scelta del soggetto affidatario del lavoro / servizio | interno  | manca di trasparenza - eccessiva discrezionalità |  |
|                                     |              |             |   | 4              | RICEZIONE FATTURA DELL'INTERVENTO   |   |  |  |                    |   |   |  |  |  |
|                                     |              |             |   | 5              | VISTO DEL TECNICO SULLA FATTURA CHE ATTESTA LA REGOLARE ESECUZIONE DELL'INTERVENTO E NE AVVALLA IL PAGAMENTO  |   |  |  |                    |   |   |  |  |  |
|                                     |              |             |   | 6              | RENDICONTAZIONE SEMESTRALE CON ALLEGATE LE CHECK LIST RIFERITE AI BUONI D'ORDINE RENDICONTATI CON SUCCESSIVO INVIO ALLA SEZIONE TRASPARENZA DEL PORTALE ASI.  |   |  |  |                    |   |   |  |  |  |
|                                     |              |             |   |                |   |   |  |  | Omissione adempime |   |   |  |  |  |

| DIPARTIMENTO                        |              | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |   |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |                  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|--|---|---|--|---|------------------|--|--|--|--|
| STRUTTURA                           | N. Processo  | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalle norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)   | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Descrizione attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro superiore o numero del personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica | 100                             | Affidamento lavori/servizi di architettura e di ingegneria di importo compreso fra 20.000,00 € e la soglia di affidamento diretto (fino al 30/06/2023 € 150.000) | 1   | a) RICHIESTA DA PARTE DEI SERVIZI DI INTERVENTO MANUTENTIVO Pervenuta tramite PORTALE INFORMATICO E/O D'UFFICIO ( - Escluse le consulenze (riparazione,adattamentosiستمazione manutenzione agli immobili e alle loro pertinenze, agli impianti, ai mobili, agli arredi) b) x i servizi di architettura e di ingegneria previo calcolo parcella previsionale attraverso calcolo su piattaforma online sulla base del DM giugno 2016 che individua una tabella dei parametri per determinare l'importo del costi della progettazione definitiva, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori, collaudatori ecc...)   |  | Servizio esterno /area tecnica  |                  | Omissione adempimenti relativi ai criteri di imparzialità, rotazione, libera concorrenza al fine di favorire una determinata ditta | rischio di frazionamento artificioso o calcolo valore stimato sia afferato per non superare soglia | interno  |  |
|                                     |              |                                 |  | 2   | EVENTUALE PROCEDURA AUTORIZZATIVA DELLA RICHIESTA IN FUNZIONE DI PARTICOLARI TIPOLOGIE E DELL'IMPORTO COMPRESO TRA € 20.000,00 E LA SOGLIA DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO   |  | area tecnica  |                  |  | non viene data evidenza della motivazione che ha determinato la necessità di procedere             | interno  | mancaanza di trasparenza - eccessiva discrezionalità |
|                                     |              |                                 |  | 3   | REDAZIONE DA PARTE DEL TECNICO INCARICATO DI DETTAGLIATA DOCUMENTAZIONE PER L'AVVIO DELLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO  |  | area tecnica  |                  |  |  | interno  |  |
|                                     |              |                                 |  | 4   | INDIVIDUAZIONE SOGGETTO AFFIDATARIO DEL LAVORO/SERVIZIOSECONDO LE PRESCRIZIONE DEL REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N.415 DEL 04.08.2021 CHE PREVEDE L'ESPLETAMENTO DI UNA GARA, CON LA RICHIESTA DI ALMENO 3 OFFERTE O 3 PREVENTIVI, MEDIANTE IL RICORSO AL SISTEMA TELEMATICO DI NEGOZIAZIONE "PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL" MESSO A DISPOSIZIONE DALLA REGIONE LIGURIA,OVVERO MEDIANTE IL MERCATO ELETTRONICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (MEPA) - PROCEDURA VINCOLANTE PER LA PREDISPOSIZIONE, DA PARTE DELLA STRUTTURA ORDINANTE, DELLA RELATIVA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DI AFFIDAMENTO CON SUCCESSIVO INVIO ALLA SEZIONE TRASPARENZA DEL PORTALE ASL |  | area tecnica  |                  |  |  |  |  |
|                                     |              |                                 |  | 5   | VERIFICA SULL'AGGIUDICATARIA AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 S.M.L. (CHE RICOMPRENDE GLI INDICATORI DI CUI ALLA NORMATIVA ANTRICICL.AGGIO)  |  | area tecnica  |                  |  |  |  |  |
|                                     |              |                                 |  | 6   | ACCERTAMENTO DELLA REGOLARE ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE, APPROVATA CON DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE CON SUCCESSIVO INVIO ALLA SEZIONE TRASPARENZA DEL PORTALE ASL   |  | area tecnica  |                  |  |  |  |  |
|                                     |              |                                 |  | 7   | RICEZIONE FATTURA DELL'INTERVENTO E LIQUIDAZIONE  |  | area tecnica  |                  |  |  |  |  |
|                                     |              |                                 |  | 8   |   |  |   |                  |  |  |  |  |



| DIPARTIMENTO                        |                          | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |   |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |   |                  |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|------------------|--|--|
| DIPARTIMENTO                        | SUBUNITA'<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione  | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |
|                                     |                          |                                 |   | Area Tecnica  | Area Tecnica  | Area Tecnica   | Area Tecnica  |   | Area Tecnica  | Area Tecnica     |  |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica             | 102                             | Autorizzazione a varianti in corso d'opera (perizia suppletiva) | 1A) Richiesta formale del responsabile di Struttura da parte degli utilizzatori della struttura oggetto dell'intervento di nuovi e ulteriori lavori extracontrattuali   |   | Tutte le strutture coinvolte   |   | Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato |   |                  | interno  |  |
|                                     |                          |                                 |   | 1B) Relazione del RUP/ Direzione lavori dove viene evidenziata la necessità di eseguire opere in variante al seguito del manifestarsi di eventi imprevisti e imprevedibili, per l'adeguamento a nuove normative intervenute nel corso dei lavori, per errori progettuali e per gli eventi imprevisti ed imprevedibili che alterino in maniera significativa il costo dei materiali necessari alla realizzazione dell'opera (art 7 c. 2 - ter PNR) o che assicurino, a determinate condizioni, risparmi di spesa da utilizzare in compensazione per far fronte alle sopravvenute variazioni del costo dei materiali (art. 7 c. 2 - quater PNR) |   | Area Tecnica   |   |   | Accordo illecito tra DL e ditta per richiedere/ giustificare nuovi interventi non necessari o accordarsi su un aumento di prezzi dei materiali in realtà non esistente  | interno          | Monopolio di competenze  |  |
|                                     |                          |                                 |   | Nel caso di variante originata da un aumento dei prezzi: verifica che nei documenti di gara siano state inserite le clausole di revisione dei prezzi ai sensi dell'art. 29 DL n. 4/2022 e dell'art. 106 c. 1 lett. a) primo periodo del Codice  |   |  |   |   | Accordo Tra DL e ditta per richiedere/ giustificare la necessità di nuovi interventi; ricorso a variazioni contrattuali per la conseguire all'impresa maggiori guadagni | interno          | Monopolio di competenze  |  |
|                                     |                          |                                 |   | 2) Relazione del RUP che prende atto della necessità della perizia suppletiva e ne propone l'approvazione previa preventiva analisi della legittimità della stessa e verifica delle coperture finanziarie   |   | Area Tecnica   |   |   | Accordo Tra DL e ditta per richiedere/ giustificare la necessità di nuovi interventi  | interno          | Monopolio di competenze  |  |
|                                     |                          |                                 |   | Approvazione del provvedimento  |   | Area Tecnica   |   |   |   | interno          |  |  |
|                                     |                          |                                 |   | Comunicazione a ditta/Direzione Lavori/ collaudatore in c.o.  |   | Area Tecnica   |   |   |   |                  |  |  |
|                                     |                          |                                 |   |   |   |  |   |   |   |                  |  |  |

| DIPARTIMENTO                        |                           | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                              |  |                  |  |   |   |  |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|---|--|--|--|------------------|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                        | SUBSETTORE<br>N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)  | Esecutore Fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Eventi (rischi) (Indicare se l'eccezione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Eventi (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |  |
|                                     |                           |                                 |                |   |  |  |  |                  |  |   |   |  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica              | 103                             | Subappalto     | 1   | Ricezione della domanda di subaffidamento  |  |  |                  |  | Accordi collusivi imprese partecipanti a una gara volti a monopolizzare gli enti utilizzando il meccanismo di subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara |   | mancaza di trasparenza   |
|                                     |                           |                                 |                | 2   | Verifica del RUP che la richiesta e le conseguente documentazione presentata a) non presupponga una comunicazione di fornitura e posa in opera; b) non presupponga un subaffidamento relativo alle categorie maggiormente esposte al rischio di infiltrazione mafiosa elencate all'art. 1, comma 53, della legge 190 del 2012 e per le quali l'art. 1 c. 8 dei Patti di integrità aziendale richiede di equipararle ad un subappalto   |  | Ufficio Tecnico  |                  | 1) Valutazione di eventuali richieste di attività da svolgere da altra ditta diversa da quell'appaltatrice come "fornitura e posa in opera" in maniera tale da eludere l'applicazione delle norme più restrittive riguardanti l'autorizzazione del subappalto; 2) Abuso nella concessione di subappalti non necessari per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni | Falsa indicazione della ditta sulla tipologia di subaffidamento non verificata dall'ufficio   |   | Mancanza di controllo. Eccessiva discrezionalità. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità (monopolio di potere). Inadeguatezza o assenza del personale. Mancanza di trasparenza |
|                                     |                           |                                 |                | 3   | Se trattasi di subappalto o di subaffidamenti relativi alle categorie ex art. 1 c. 8 del Patto di Integrità, attestazione da parte dell'affidatario dei lavori che per le prestazioni affidate in subappalto (subaffidamento), deve garantire gli stessi standard qualitativi e prestazionali previsti nel contratto di appalto e riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale, inclusa l'applicazione dei medesimi contratti collettivi nazionali di lavoro, qualora le attività oggetto di subappalto (o subaffidamento ex c. 8 art. 1 Patti di Integrità) o coincidano con quelle caratterizzanti l'oggetto dell'appalto ovvero riguardino le lavorazioni relative alle categorie prevalenti o siano incluse nell'oggetto sociale del contraente principale |  | Ditta appaltatrice/Ufficio Tecnico   |                  | Falsa attestazione della ditta non verificata dall'ufficio   | interno/esterno   | Mancanza di controlli. Scarsa competenza del personale (monopolio di potere). Inadeguatezza o assenza del personale                             |  |
|                                     |                           |                                 |                | 4   | a) Verifica della documentazione consegnata (indicazione della ditta proposta come subappaltatrice/subaffidataria, della categoria delle opere e dell'importo da subappaltare e documenti e/o dichiarazioni secondo un elenco precedentemente consegnato alla ditta appaltatrice); b) Verifiche che la ditta subappaltatrice/subappaltante scelta non rientra tra gli operatori economici partecipanti (in forma singola o plurima) alla procedura di gara secondo il c. 9 art. 1 del Patto di Integrità   |  | Ufficio Tecnico  |                  | Falsa attestazione della ditta non verificata dall'ufficio   | interno/esterno   | Mancanza di controlli. Scarsa competenza del personale (monopolio di potere). Inadeguatezza o assenza del personale. Eccessiva regolamentazione |  |
|                                     |                           |                                 |                | 5   | verifica sulla ditta proposta come subappaltatrice/subaffidataria ai sensi del D.Lgs. 50/2016 s.m.l. (che ricomprende gli indicatori di cui alla normativa anticicciaggio)   |  | Ufficio Tecnico  |                  | Falsa attestazione della ditta non verificata dall'ufficio   | interno/esterno   | Mancanza di controlli. Scarsa competenza del personale (monopolio di potere). Inadeguatezza o assenza del personale. Eccessiva regolamentazione |  |
|                                     |                           |                                 |                | 6   | Predisposizione di atto concessione subappalto   |  | Ufficio Tecnico  |                  |  | interno   |   |  |
|                                     |                           |                                 |                | 7   | Lettera di esecutività che cos'è?  |  | Ufficio Tecnico  |                  |  | interno   |   |  |
|                                     |                           |                                 |                | 8   | Esecuzione dei lavori di subappalto e periodica verifica degli stessi  |  | Ufficio Tecnico  |                  |  |   | Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto                               |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |              |             |  |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |  |  |                  |   |                  |  |
|-------------------------------------|--------------|-------------|--|----------------|---|---|--|--|------------------|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                        | SUBSETTURA   | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabile/competente della implementazione) | Descrittori attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro superiore e numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica | 104         | Approvazione delle modifiche del contratto originario: proroghe contrattuali | 1              | Aggiudicazione contratto  |   |  |  |                  |   |                  |  |
|                                     |              |             |  | 2              | Necessità di proroga tecnica del contratto (nell'attesa o in caso di ritardo di una gara centralizzata regionale)   |   |  |  |                  |   |                  |  |
|                                     |              |             |  | 3              | Verifica nel bando e nei documenti di gara se fosse stata prevista una opzione di proroga tecnica (limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente - esecuzione prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la SA) |   |  |  |                  | Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore, proroghe o rinnovi non dovuti e/o non contemplati della documentazione di gara originaria | interno          | manca di trasparenza   |
|                                     |              |             |  | 4              | Adozione di un atto di proroga motivando le ragioni che ha reso necessaria la proroga tecnica e, a maggior ragione, una proroga non tecnica   |   |  |  |                  | Frequente ricorso alla proroga nonostante l'eccezionalità dell'istituto   | interno          | manca di trasparenza   |
|                                     |              |             |  | 5              |   |   |  |  |                  |   |                  |  |
|                                     |              |             |  | 6              |   |   |  |  |                  |   |                  |  |

| DIPARTIMENTO        | SIRUTTA   | N. processo | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                  |                |  |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |                               |   |         |                      |
|---------------------|---|-------------|--|----------------|--|---|--|--|--|---|-------------------------------|---|---------|----------------------|
|                     |   |             | DENOMINAZIONE PROCESSO                           | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura e Settore responsabili/eseguitore della implementazione)   | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)              | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI      |         |                      |
| DIREZIONE SANITARIA | S.S.D. GSS Area Ambulatoriale, convenzioni, libera professione intramuraria (C. Direzione Medica POU – Presidio Ospedaliero Unico e Dipartimenti) | 105         | Attività Libero Professionale Intramoenia - ALPI | 1              | Esame istanza di autorizzazione e svolgere ALPI (modulo pubblicato sulla intranet aziendale) presentata dal professionista interessato   | 60 minuti   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   | Agevolazione svolgimento ALPI di un predefinito professionista | NON VENGONO EVIDENZIATE ANOMALIE NELLA COMPIAZIONE DELLA MODULISTICA (ad es. parti compilate mancanti, dati del richiedente non corrispondenti a quanto indicato sul programma dell'Ufficio Personale, mancato rispetto Regolamento ALPI, etc.) | INTERNO                       | MONOPOLIO COMPETENZE  |         |                      |
|                     |   |             |  | 2              | Istruttoria autorizzazione ALPI: valutazione sulla corretta corrispondenza delle prestazioni e delle relative tariffe alla specializzazione del professionista richiedente l'autorizzazione. Valutazione sull'idoneità dei locali utilizzati per l'attività intramoenia, sulla congruità delle prestazioni e delle tariffe.  | Dai 7gg ai 10gg   | SS Area Ambulatoriale, convenzioni, libera professione intramuraria inserita nella S.C. Direzione Medica POU – Presidio Ospedaliero Unico e Dipartimenti | Dirigente Medico   |  | RILASCIO AUTORIZZAZIONI IN MANCANZA DEI REQUISITI NECESSARI DA PARTE DEL RICHIEDENTE  | INTERNO                       | MONOPOLIO COMPETENZE  |         |                      |
|                     |   |             |  | 3              | Invio istanza alla Direzione Sanitaria per il parere su aspetti di carattere medico e sanitario (utilizzo studi e/o ambulatori aziendali, congruità tariffe, tipologia prestazioni effettuate, etc.)   | Dai 7gg ai 10gg   | Ufficio Intramoenia + Direzione Sanitaria  | Titolare di funzione + Direttore Sanitario   |  |   | INTERNO + Direzione Sanitaria |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 4              | Predisposizione autorizzazione ALPI e trasmissione autorizzazione alla firma del Direttore Generale o suo delegato   | Dai 2gg ai 4 gg   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   |  |   | INTERNO                       | MONOPOLIO COMPETENZE  |         |                      |
|                     |   |             |  | 5              | Protocollo e registrazione dell'autorizzazione firmata   | 60 minuti   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   |  |   | INTERNO                       | MONOPOLIO COMPETENZE  |         |                      |
|                     |   |             |  | 6              | Trasmissione dell'autorizzazione al professionista   | 10 minuti   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   |  |   | INTERNO                       | MONOPOLIO COMPETENZE  |         |                      |
|                     |   |             |  | 7              | Inserimento dei dati sull'infrastruttura di rete (programma SGP)   | Dai 30 ai 60 minuti   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   |  |   | INTERNO                       |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 8              | Pubblicazione sul sito internet aziendale (a disposizione dell'utenza) dei dati relativi all'attività intramoenia dei singoli professionisti (studio o ambulatorio utilizzato, giornate di attività, prestazioni effettuate e relative tariffe)  | 10 minuti   | Ufficio Intramoenia  | Titolare di funzione   |  |   | INTERNO                       |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 9              | Prenotazione telefonica (call-center aziendale) delle prestazioni erogate in regime di intramoenia   | Dai 2 ai 5 minuti   | Ufficio Intramoenia  | n. 2 Coadiutori Amministrativi Esperti + n.1 Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere  |  |   | INTERNO                       | SUGGERIMENTO NEI CONFRONTI DELL'UTENZA A RIVOLGERSI A UN DETERMINATO PROFESSIONISTA | INTERNO | MONOPOLIO COMPETENZE |
|                     |   |             |  | 10             | Gestione delle agende dei singoli professionisti   | Dai 10 ai 30 minuti ad agenda   | Ufficio Intramoenia  | n.1 Coadiutore Amministrativo Esperto + n.1 Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere   |  |   | INTERNO                       |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 11             | Gestione contabile e rendicontazione delle prestazioni effettuate dai professionisti   | Dai 20 ai 60 minuti a medico  | Ufficio Intramoenia  | n.3 Assistenti Amministrativi  |  |   | INTERNO                       |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 12             | Controlli volumi attività: invio all'Ufficio Intramoenia di un prospetto, attualmente semestrale, con i volumi delle prestazioni effettuate in regime istituzionale, suddivise per singola struttura   |   | S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo  |  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 13             | Controlli volumi attività: integrazione del prospetto con i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione intramuraria, sempre suddivise per singola struttura;  | Dalle 2 alle 4 ore  | Ufficio Intramoenia  | n.1 Coadiutore Amministrativo Esperto + n.1 Assistente Amministrativo  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 14             | Controlli volumi attività: i prospetti completati vengono inviati alla S.C. Direzione Medica POU per una prima comparazione tra i volumi. Si precisa che i volumi alpi non devono mai essere superiori ai volumi istituzionali   | 60 minuti   | S.C. Direzione Medica POU  | Dirigente Medico   |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 15             | Controlli volumi attività: i prospetti sono successivamente sottoposti ad un ulteriore controllo da parte della "Commissione Paritetica Aziendale per la verifica della corretta attuazione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria", che viene convocata di norma ogni sei mesi e ha tra le sue funzioni la verifica del mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e i volumi della libera professione   | 60 minuti   | Commissione Paritetica Aziendale per la verifica della corretta attuazione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria                               | Componenti Commissione Paritetica Intramoenia  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 16             | Gestione contabilità e rendicontazione delle prestazioni effettuate in regime di intramoenia: invio della documentazione contabile relativa alla propria attività libero professionale intramoenia entro il 15 del mese successivo allo svolgimento dell'attività (giornale di cassa estrapolato dal programma SGP, copia delle ricevute fiscali in caso di domiciliari, ricevuta del bonifico mensile per le domiciliari, ricevute dei pagamenti pos/bonifici, eventuali assegni);  | Da pochi secondi se inviata con email a 1 o 7gg se consegnata con posta interna   | professionista   | dirigenti medici e sanitari autorizzati intramoenia (circa 300)  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 17             | Gestione contabilità e rendicontazione delle prestazioni effettuate in regime di intramoenia: effettuazione di una comparazione tra la documentazione inviata, i dati contenuti sul programma SGP (infrastruttura di rete utilizzata ai sensi della L.189/2012) ed il file inviato mensilmente dalla S.C. Bilancio e Contabilità, contenente tutti i pagamenti tracciati incassati dall'Azienda per la libera professione (pos, bonifici, assegni e casse automatiche). In questa fase di verifica, nel caso fossero riscontrate delle anomalie tra l'attività svolta e i relativi importi incassati, l'Ufficio Intramoenia provvede immediatamente a contattare il professionista per una risoluzione delle problematiche contabili rilevate; | Dai 20 ai 60 minuti a medico  | Ufficio Intramoenia  | n.3 Assistenti Amministrativi  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 18             | Gestione contabilità e rendicontazione delle prestazioni effettuate in regime di intramoenia: a seguito delle suddette verifiche, procede alla rendicontazione contabile degli importi attraverso l'utilizzo del programma SGP. Tutti le somme contabilizzate e rendicontate vengono gestite dal programma che predispone in automatico un foglio excel (file stipendi mensile), contenente tutti i dati da inviare al Settore Personale Economico dell'Azienda. L'Ufficio Intramoenia integra il file excel con i dati contabili relativi all'attività degisciale effettuata in Azienda (ex casa di salute) e lo predispone sulla base delle indicazioni concordate con la S.C. Bilancio e Contabilità e Settore Personale Economico.         | Dai 20 ai 60 minuti a medico  | Ufficio Intramoenia  | n.3 Assistenti Amministrativi  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 19             | Gestione contabilità e rendicontazione delle prestazioni effettuate in regime di intramoenia: invia il file excel al Settore Personale Economico che procede con il versamento delle somme dovute ai professionisti attraverso i cedolini mensili (nel cedolino vengono versate le somme relative all'attività intramoenia effettuata due mesi prima).   | Da 2 a 4 ore ogni mese  | Ufficio Intramoenia  | n.3 Assistenti Amministrativi  |  |   |                               |   |         |                      |
|                     |   |             |  | 20             | Trasmissione file all'ufficio stipendi per il versamento della somma dovuta al professionista  | Da 2 a 4 ore ogni mese  | Ufficio Intramoenia  | n.3 Assistenti Amministrativi  |  |   |                               |   |         |                      |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |           |             |  |  |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |   |   |  |  |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|--|--|---|--|--|---|---|--|--|
| DEPARTAMENTO                    | STRUTTURA | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                 | DESCRIZIONE FASIAZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASIAZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore Fase (Struttura e settore responsabili/competenti della implementazione)  | Incidente attività (Indicare se l'osservazione della fase è di competenza del dirigente, del direttore di reparto, del funzionario o di altro personale coinvolto) | Evento (rischio)                                   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |
| DIREZIONE SANITARIA             | POU       | 106         | Denuncia decesso in ambito ospedaliero | 1  | ACCERTAMENTO DI DECESSO  |   | Struttura di degenza   | Medico che constata il decesso o medico necroscopo | Suggerire ai familiari una ditta particolare con la quale sono stati presi accordi per favorirla in cambio di un compenso | Gli operatori contattano determinate ditte mortuarie preavvertendoli dell'imminenza di un decesso   | reparto  | mancanza di controlli; subcultura organizzativa                      |
|                                 |           |             |  | 2  | DENUNCIA CAUSE DI MORTE (SCHEDE ISTAT)   | entro 24 ore dal decesso  | Struttura di degenza   | Medico curante del reparto o MMG                   |   | NO  |  |  |
|                                 |           |             |  | 3  | CHIAMATA FAMILIARI   |   | Struttura di degenza   | Personale di reparto                               |   | 1) Contattano i familiari suggerendogli una determinata ditta (orientandoli quindi ad una scelta piuttosto che ad un'altra). 2) Una ditta di onoranze funebri già avvisata da un operatore sanitario o dalla ditta esterna si reca in reparto per contattare direttamente i familiari | PRESSO REPARTO   | mentalità corrotta, assenza di trasparenza, subcultura organizzativa |
|                                 |           |             |  | 4  | CHIAMATA DITTA APPALTRICE GESTIONE CAMERE MORTUARIE  |   | Struttura di degenza   | Infermiere   |   | accordo personale di reparto/ditta appaltatrice per individuazione ditta mortuaria  | reparto  | mentalità corrotta, assenza di trasparenza, subcultura organizzativa |
|                                 |           |             |  | 5  | OSSERVAZIONE   | 24 ore (48 ore in caso di morte improvvisa)   | Personale camere mortuarie   | Personale camere mortuarie                         |   | 1) Contattano i familiari suggerendogli una determinata ditta (orientandoli quindi ad una scelta piuttosto che ad un'altra). 2) Una ditta di onoranze funebri già avvisata da un operatore sanitario o dalla ditta esterna si reca in reparto per contattare direttamente i familiari | PRESSO CAMERE MORTUARIE  | mentalità corrotta, assenza di trasparenza, subcultura organizzativa |
|                                 |           |             |  | 6  | VISITA NECROSCOPICA  | tra le 15 e le 30 ore dal decesso. Qualora venga eseguito tracciato ECG per 20 minuti consecutivi è possibile l'effettuazione immediata della visita necroscopica | Struttura di degenza   | Medico Necroscopo                                  |   | NO  |  |  |
|                                 |           |             |  | 7  | EVENTUALE Autorità Giudiziaria e riscontro Diagnostico   | nel più breve tempo possibile a seguito di valutazione istruttoria  | DMO  | Il Dirigente                                       |   | NO  |  |  |

| DIPARTIMENTO                               |             | Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI                  |         |  |  | INQUADRO CON I RISCHI   |  |                  |   |   |   |  |  |
|--|-------------|--|---------|--|--|---|--|------------------|---|---|---|--|--|
| STRUTTURA                                  | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare se specifiche o previste dalla norme o da procedure interne; sulla durata e sullo scadere delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)  | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)  | FATTORI ABILITANTI CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |
| DIREZIONE SANITARIA<br>Direzione Sanitaria | 107         | Sponsorizzazioni individuali in ambito formativo | 1a)     | In caso di proposta esterna: invio nota di richiesta trasmessa via PEC, con allegato il modulo di A1, relative alla richiesta di partecipazione ad attività formative sponsorizzate dalla stessa Società (attestando tra l'altro di avere preso visione del regolamento specifico)   | 60 giorni prima dell'evento  | Ditta sponsor   |  |                  | Spesso lo sponsor contatta direttamente il dipendente   |   | mancanza di controlli   |  |  |
|  |             |  | 2       | Ricezione nota e modulistica e Verifica che lo sponsor: a) non abbia indicato un dipendente particolare; b) sia completa dei dati richiesti; c) non contrasti con i fini istituzionali dell'Azienda; abbia richiesto; d) sia coerente con i bisogni formativi individuato nel PFA; e) trasmetta il programma dell'evento (il Direttore Sanitario valuta l'interesse che non contrasti con i fini istituzionali dell'Azienda) |  | Direzione Sanitaria (nel caso la DS trasmette la richiesta alla Direzione Sociosanitaria se di sua competenza o alla Direzione Amministrativa)                            | 1 amministrativo DS per l'istruttoria il Direttore Sanitario o Sociosanitario se di propria competenza   |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 3       | Designazione dei o dei partecipanti richiesti attraverso la compilazione del modulo A2 del regolamento. Nella scelta verrà applicato un criterio di rotazione (tenendo anche presente che un dipendente non può partecipare a più di due iniziative sponsorizzate all'anno)  |  | Direzione di Dipartimento competente che lo trasmette al responsabile di Struttura: entrambi firmano il modulo  |  |                  | Rapporti economici personali o familiari o finanziari con lo sponsor, tali da generare un potenziale conflitto di interessi o indurre a favorire l'acquisto di prodotti fabbricati o distribuiti dalla ditta promotrice l'evento formativo. | Mancato rispetto del divieto di partecipare a più di due eventi nell'arco dell'anno |   |  |  |
|  |             |  | 4       | Controfirma del modulo A2 e compilazione modulo A3 relativo all'assenza di conflitti di interessi nei confronti dello sponsor (alcun rapporto di collaborazione, interessi finanziari, di non avere partecipato alle attività di Collegi Tecnici e Commissioni ecc...)   |  | Dipendente/i designato/i  |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 5       | Comunicazione allo sponsor richiedente e alla Direzione Sanitaria per conoscenza del numero e profilo del/i partecipante/i individuati   |  | Direttore Dipartimento designato/sponsor  |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  |         | Assunzione degli oneri che riguardano  |  |   |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 6       | Inserimento da parte del partecipante sul "Portale del dipendente" delle giornate autorizzate con contestuale compilazione del campo note obbligatorio in cui indicare i riferimenti dello sponsor, (es congedo retribuito di 8 ore all'anno per aggiornamento facoltativo)  |  | Partecipante  |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 7       | Estrapolazione periodica dei dati da portale per il relativo monitoraggio  |  | Direzione Sanitaria   |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 1b)     | In caso di proposta interna: trasmissione della locandina dell'evento e tutte le informazioni utili per valutare l'iniziativa  |  | Dipendente che trasmette al proprio Direttore di Dipartimento e al Responsabile di Struttura che lo trasmetteranno alla Direzione Sanitaria/Sociosanitaria/amministrativa |  |                  |   |   |   |  |  |
|  |             |  | 2b)     | Una volta ottenuta l'autorizzazione invio delle autorizzazioni   |  | Dipendente allo sponsor   |  |                  |   |   |   |  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |  |   |         |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                 |                |            |                  |  |
|---------------------------------|---|--|---|---------|--|---|----------------|------------|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA   | N. Processo  | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Eventos fase (Struttura responsabile/competete della implementazione) | Evento rischio | CRITICITA' | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTI SANITARI           | STRUTTURE VARIE: ONCOLOGIA, CARDIOLOGIA, REUMATOLOGIA.....  | 108  | Sperimentazione clinica dei farmaci (clinica interventistica) sponsorizzata | 1       | Il promotore della sperimentazione (sponsor: società privata che avvia, gestisce e finanzia la sperimentazione e che fornisce gratuitamente i medicinali sperimentali e i dispositivi usati per somministrarli) predispone un protocollo in cui sono descritti gli obiettivi, l'organizzazione della sperimentazione e lo carica sul portale informatico del Comitato Etico Regionale (CER), organismo che ha responsabilità di garantire la tutela dei diritti della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione  | Sponsor   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 2       | Lo sponsor individua lo sperimentatore (investigator: soggetto responsabile della conduzione dello studio clinico anche devinto "local PI" ovvero principal investigator, cioè il capo del "team locale") e inserisce il nominativo sul portale  | Sponsor   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 3       | Verifica delle dotazioni umane e strumentali presenti nei locali della Struttura Asl in cui si svolgerà la sperimentazione (centro di sperimentazione)   | Sponsor   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 4A      | Lo sperimentatore individuato dallo sponsor, in accordo con il proprio Direttore di Dipartimento, verificata la fattibilità dello studio di sperimentazione, compila la relazione iniziale per l'autorizzazione preventiva di sperimentazione (sulla base di uno schema tipo già predisposto), nel quale, tra l'altro, viene indicata una data presunta di conclusione della sperimentazione, individua i soggetti interni che parteciperanno all'attività (e la previsione dell'impegno orario di ciascuno) e la carica sul portale unitamente ad una "scheda informativa" in cui sono definiti i costi a carico dell'Azienda, dello sponsor e il compenso per il personale coinvolto nella sperimentazione | Sperimentatore  |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 4B      | In caso tra i soggetti interni fosse stato individuato anche personale infermieristico risulta necessario acquisire il parere favorevole del coordinatore  | Coordinatore infermieristico  |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 5       | I documenti di cui al punto 4, sono scaricati attraverso il portale CER dalla Direzione Sanitaria che esprime il proprio parere di competenza (impegno orario dedicato all'attività assistenziale degli uffici coinvolti, al numero di sperimentazioni già attivate e non ancora concluse ecc...). Il parere sfavorevole deve essere motivato  | Direttore Sanitario   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 6       | I documenti sono scaricati dai Farmacisti dell'UFA che esprimono il loro parere di competenza (parere tecnico-scientifico)   | UFA   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 7       | Il Comitato Etico scarica tutta la documentazione e riunendosi in seduta esprime il proprio parere   | CER   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 8       | Acquisito il parere del CER lo Sponsor trasmette formale domanda di autorizzazione alla sperimentazione clinica alla Asl allegando lo schema contrattuale contenente le condizioni economiche e gestionali dello studio  | Sponsor   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 9       | Verifica dello schema tipo di contratto (se coincide con lo schema tipo regionale, se è aggiornato con le ultime disposizioni privacy)   | S.C. Affari Generali  |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 10      | Predisposizione e adozione delibera di autorizzazione alla sperimentazione clinica richiesta e predisposizione del contratto che viene redatto in bolla  | DG/S.C. Affari Generali   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 11A     | Avvio della sperimentazione (dopo acquisizione del parere favorevole del CER e del Direttore Generale della Asl): individuazione dei pazienti (o a eventuali tutori degli stessi) da sottoporre a sperimentazione e raccolta del loro consenso previa adeguata e dettagliata informazione sull'oggetto della sperimentazione, sulle modalità terapeutiche e sui rischi/benefici in relazione della terapia attuata e della possibilità di rinunciare in qualunque momento alla sperimentazione (ritornando ad utilizzare un farmaco già sperimentato)  | Sperimentatore (o sua squadra)  |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 12A     | Esecuzione della sperimentazione: ricezione dei composti medicinali e loro preparazione per la somministrazione ai pazienti  | UFA   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 12B     | Esecuzione della sperimentazione: somministrazioni del medicinale ai pazienti e verifica costante dei risultati compreso il medicinale di confronto o l'eventuale placebo (c.d. verifica "in cieco")   | Sperimentatore e sua squadra  |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 12C     | Esecuzione della sperimentazione (da svolgersi fuori orario di lavoro inserendo il giustificativo "093" sul portale aziendale delle presenze): monitoraggio periodico per verificare che tutte le spese aggiuntive per le sperimentazioni, le attrezzature ed altro materiale necessario per la ricerca e non in possesso della struttura che svolge la sperimentazione oltre ai medicinali siano coperti dallo Sponsor  | CER/Direzione Sanitaria   |                |            |                  |  |
|                                 |   |  |   | 12D     | Esecuzione della sperimentazione: a) trasmissione di relazioni periodiche al Direttore Sanitario e al CER precisando l'andamento della sperimentazione e se si siano resi necessari oneri precedentemente non previsti; b) informare i soggetti di cui alla lett. a) e lo Sponsor di ogni modifica del protocollo e di eventuali imprevisti  | Sperimentatore  |                |            |                  |  |
| 13                              | Relazione consuntiva (o annuale qualora la sperimentazione copra più annualità) al Direttore Sanitario e al CER attraverso l'apposito applicativo   | Sperimentatore unitamente al Direttore di Dipartimento |   |         |  |   |                |            |                  |  |
| 14                              | Comunicazione di avvenuta conclusione della sperimentazione (da caricare sul portale)   | Sperimentatore   |   |         |  |   |                |            |                  |  |
| 15                              | Adozione provvedimento formale di conclusione della sperimentazione clinica (in cui viene disciplinata la ripartizione dei fondi) e trasmissione della documentazione alla S.C. Bilancio e Contabilità per l'emissione della relativa fattura e alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane per gli adempimenti di competenza | S.C. Affari Generali                                   |   |         |  |   |                |            |                  |  |
| 16                              | Pagamento delle quote dello Sperimentatore e della sua squadra previa verifica della congruità dei compensi   | S.C. Gestione e Sviluppo del Personale                 |   |         |  |   |                |            |                  |  |

| SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO: |                           |             |                       |         |   |   |   |  |                    |   |                  |  |
|--|---------------------------|-------------|-----------------------|---------|---|---|---|--|--------------------|---|------------------|--|
| DEPARTAMENTO   | STRUTTURA                 | N. Processo | PROCESSO              | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalle norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)      | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DEPARTAMENTI SANITARI                                | S.C. Farmacia Ospedaliera | 109         | Acquisti in esclusiva |         | il resp SC richiede l'acquisto di un prodotto in esclusiva dichiarando che lo stesso (farmaco/dm) è infungibile ; la richiesta va redatta su apposita modulistica inserita in procedura aziendale "acquisti in esclusiva"                                     | non esiste tempistica, salvo eventuali urgenze cliniche   | SC richiedente/ resp Dipartimento   | Resp Sc Richiedente  | Favorire una Ditta | richiedere prodotti in esclusiva in presenza di analoghi di pari efficacia , presenti o meno in gare regionali  | interno/ esterno | pressione commerciale, frequente introduzione sul mercato di nuovi prodotti ad elevata innovazione tecnologica, aspettative pazienti   |
|  |                           |             |                       |         | la DMO riceve la richiesta ed esegue una prima valutazione della stessa , soprattutto in merito alla completezza della documentazione e alla congruità dei dati inseriti in essa  | non esiste tempistica, salvo eventuali urgenze cliniche   | resp DMO  | Dirigente della Direzione Medica   |                    | accettare documentazione incompleta , non dettagliata   | interno          | spinta del clinico a procedere in urgenza , maggiori competenze specifiche del clinico   |
|  |                           |             |                       |         | la DMO nei casi indicati da procedura aziendale invia la documentazione alla farmacia con richiesta di valutazione dell'esclusività / infungibilità del prodotto  | non esiste tempistica, salvo eventuali urgenze cliniche   | SC Farmacia-  |  |                    | mancata o insufficiente verifica dell'esistenza di altri prodotti con caratteristiche e funzioni sovrapponibili; mancata verifica di gare regionali; discrezionalità e soggettività nelle modalità di valutazioni | interno          | difficoltà di reperimento di prodotti alternativi e/o di bibliografia comparativa  |
|  |                           |             |                       |         | la commissione per le esclusive, la cui composizione di professionisti è stabilita in procedura aziendale, si riunisce ed effettua la valutazione delle richieste esprimendo parere positivo, negativo o positivo con restrizioni (es n pazienti da trattare) | la commissione da procedura si riunisce con cadenza trimestrale   | Convocazione da parte della Dmo della commissione esclusive secondo procedura | Dirigente DMO , Responsabile SC Farmacia o delegato Responsabile SC Gestione Acquisti o delegato   |                    | approvazione di prodotto non infungibile o non efficace/ efficiente rispetto a quelli in uso  | interno          | difficoltà di valutazione dei dati di efficacia/ efficienza rispetto a quanto in uso per scarsità di dati su confronti mancanza di definizione del target di pazienti e di risultati clinici misurabili per verifiche post |
|  |                           |             |                       |         | In seguito a valutazione positiva , la SC Gestione risorse avvia le procedure di acquisto (richiesta offerta a ditta, predisposizione determina di acquisto)  | non esiste tempistica, salvo eventuali urgenze cliniche   | SC Gestione Acquisti  | Personale amministrativo della Sc Gestione Acquisti  |                    | acquisti quantitativamente superiori a quanto preventivato e approvato  | interno          | richieste dei reparti con creazione scorte non necessarie, trattamento pazienti non rispondenti a parametri clinici indicati in valutazione  |

| DIPARTIMENTO          | STRUTTURA                 | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)    | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                   |                  |   |
|-----------------------|---------------------------|-------------|--|---------|---|---|--|--|---------------------|---|------------------|---|
|                       |                           |             |  |         |   |   |  |  |                     | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DIPARTIMENTI SANITARI | S.C. Farmacia Ospedaliera | 110         | Espletamento gare per acquisti beni sanitari (farmaci/ dm) | 1       | Il resp SC richiede l'acquisto di uno o più prodotti non presenti in gare regionali inviando apposita relazione a farmacia e sc Gestione acquisti   | nessuna tempistica  | resp SC richiedente  | Responsabile SC richiedente  | Favorire un'impresa | descrizione di prodotti tale da individuare una sola ditta o escluderne alcune          | interno          | conflitto di interesse, pressione commerciale,  |
|                       |                           |             |  | 2       | elaborazione e pubblicazione capitolato di gara : nel caso di farmaci la SC Farmacia invia a SC Gestione Acquisti elenco delle ditte fornitrici del farmaco richiesto; in caso di Dispositivi medici la SC Farmacia , in collaborazione con il richiedente, elabora il capitolato tecnico di gara | nessuna tempistica  | resp SC richiedente/ farmacia/ SC Gestione acquisti                      | elaborazione: Dirigente farmacista in collaborazione con Resp SC richiedente<br>Pubblicazione: personale amministrativo SC Gestione Acquisti   |                     | capitolato tecnico che esclude alcune ditte con parametri troppo specifici              | interno          | spinta del clinico a procedere in urgenza , difficoltà di reperimento/ analisi della documentazione tecnica di tutti i prodotti esistenti sul mercato |
|                       |                           |             |  | 3       | definizione commissione di gara che valuta i prodotti offerti   |   | DMD  | Pubb   |                     | nomina commissione senza requisiti  | interno          | presenza di figure "uniche" per responsabili branche specialistiche, non percorribili criteri di rotazione  |
|                       |                           |             |  | 4       | valutazione documentazione e campioni offerti: la commissione di gara valuta la documentazione tecnica e gli eventuali campioni dei prodotti offerti dalle diverse ditte  | nessuna tempistica particolare, eventuale scadenza delle offerte comunicata da SC Gestione Acquisti   | commissione di gara  | Commissione definita da DMD : in genere composta da dirigente farmacista e personale medico e/o infermieristico delle Strutture utilizzatrici  |                     | mancata o insufficiente verifica dei requisiti di capitolato o valutazione non coerente | interno          | discrezionalità nella valutazione, maggiore conoscenza del clinico per dispositivi altamente specialistici  |
|                       |                           |             |  | 5       | procedura d'acquisto: in seguito a valutazione, la S Gestione risorse avvia le procedure di acquisto con valutazione economica delle offerte e predisposizione determina di aggiudicazione nella quale viene individuato il DEC (direttore di esecuzione del contratto) individuato da DS         | nessuna tempistica particolare, eventuale scadenza delle offerte  | sc gestione acquisti   | Parte di competenza della SC Gestione Acquisti   |                     | non corretta esecuzione dei contratti   | esterno          | mancato adempimento delle forniture e delle norme contrattuali, invio di prodotti non conformi  |

| SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |                           |             |   |         |  |   |  |  |                     |  |                  |   |
|---|---------------------------|-------------|---|---------|--|---|--|--|---------------------|--|------------------|---|
| DEPARTAMENTO  | STRUTTURA                 | N. Processo | PROCESSO  | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalle norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)    | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DEPARTAMENTI SANITARI                                 | S.C. Farmacia Ospedaliera | 111         | Determinazione dei fabbisogni del materiale farmaceutico per Gare centralizzate | 1       | attribuzione fabbisogni a lotti per le gare regionali ALLISA invia ad ASI richiesta di fabbisogni sui singoli lotti di gara alla farmacia, in collaborazione con le SC utilizzatrici, effettua il confronto tra i prodotti aggiudicati in gara regionale e prodotti in uso per determinarne l'effettiva corrispondenza in base agli utilizzi aziendali | secondo scadenza comunicata da SUAR in sede di richiesta fabbisogni   | Farmacia / SC Utilizzatrice (per prodotti specialistici)                 | Dirigente Farmacista in collaborazione con personale medico o infermieristico di Strutture utilizzatrici   | favorire un'impresa | attribuzione dei fabbisogni a lotti/ prodotti diversi da quelli in uso o lotti esclusivi | interno          | scadenze di reinvio dati a CRA troppo ravvicinate rispetto al ricevuto, capitolato o descrizione di gara regionale non chiaro, consumi storici di più strutture utilizzatrici da mettere a confronto, |
|   |                           |             |   | 2       | attribuzione dei fabbisogni (quantità annua per lotto/ prodotto in base ai consumi storici)  | secondo scadenza comunicata da SUAR in sede di richiesta fabbisogni   | Farmacia / SC Utilizzatrice (per prodotti specialistici)                 | Dirigente farmacista   |                     | definizione di fabbisogni non coerenti con i consumi storici per tipologia e/o quantità  | interno          | scadenze ravvicinate, capitolato/descrizione regionale non chiaro, consumi storici di più strutture utilizzatrici   |
|   |                           |             |   | 3       | approvazione dei fabbisogni elaborati  | secondo scadenza comunicata da SUAR in sede di richiesta fabbisogni   | DMO  | Responsabile DMO o suo delegato  |                     | approvazione fabbisogni non coerenti   | interno          | scadenze ravvicinate, mancanza di dati su valutazione o incrementi attività e relative necessità,   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |                                  |                |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                              |   |  |  |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|----------------------------------|----------------|---|---|--|---|--|--|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO           | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)   | Esecutore Fase (Struttura o Settore responsabili/competenti della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altri soggetti e il numero di personale coinvolto)  | Evento (rischio)                       | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SANITARIA             | GOVERNO CLINICO E PROGRAMMAZIONE SANITARIA | 112         | Controlli su privati accreditati | 1              | VERIFICHE TRIMESTRALI - QUADRIMESTRALI - SEMESTRALI (A SECONDA DELLA NUMEROSITA' DELLA CASISTICA IN ESAME) DI TUTTE LE CARTELLE CLINICHE (SDO) DEGLI ISTITUTI ACCREDITATI OSPEDALIERI - DISCUSSIONE CLINICA DA PARTE DEL NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CON LEGALE RAPPRESENTANTE O SUO DELEGATO DELLA STRUTTURA ACCREDITATA | LA TEMPSTICA DEI CONTROLLI E' AUTOGESTITA DAL NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO IN BASE ALLA NUMEROSITA' DEI RICOVERI PRESSO LE STRUTTURE ACCREDITATE. DI FATTO IL NUCLEO SI RECA PRESSO LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE CON CADENZA TRIMESTRALE, CON CADENZA QUADRIMESTRALE E CON CADENZA SEMESTRALE. IL VINCOLO E' NOTIFICARE ENTRO LA PRIMA DECADE DI MAGGIO DI OGNI ANNO LE RISULTANZE RELATIVE AI CONTROLLI DEI RICOVERI DELL'ANNO PRECEDENTE | COMMISSIONE NOC  | IL NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO AZIENDALE E' COSTITUITO DA DUE UNITA': UN DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI SC E UN COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO-INFERMIERE TITOLARE DI INCARICO. IL NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO HA, PERALTRIO, FACOLTA' DI FARSI SUPPORTARE NELLE VERIFICHE DA DIRIGENTI DIPENDENTI DI ASL3 SPECIALISTI NELLE DISCIPLINE PER LE QUALI LE STRUTTURE PRIVATE RISULTANO ACCREDITATE | CONVALIDA DI PRESTAZIONE INAPPROPRIATA | 1 OPERARE DA SOLI (SENZA LA COMPRESA DEL SECONDO OPERATORE NOC)<br>2. MANCANZA DI PROCEDURE STANDARDIZZATE REGIONALI | INTERNO          | 1 ECCESSIVA DISCREZIONALITA'<br>2 ASSENZA DI REGOLAMENTAZIONE REGIONALE        |
|                                 |  |             |                                  | 2              | ELEBORAZIONE DEL VERBALE - VIENE SOTTOSCRITTO DA COMMISSIONE NOC E LEGALE RAPPRESENTANTE ( O SUO DELEGATO)  | IL VERBALE VIENE ELABORATO E SOTTOSCRITTO DAI COMPONENTI DEL NUCLEO E DAL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE IN TEMPO REALE A CONCLUSIONE DELL'ULTIMA GIORNATA DI VERIFICA   | COMMISSIONE NOC E RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ISTITUTO ACCREDITATO                  |   |  |  |                  |  |
|                                 |  |             |                                  | 3              | TRASMISSIONE VERBALE AGLI UFFICI AZIENDALI COMPETENTE ED ALL'ENTE CON LE EVENTUALI INDICAZIONI CORRETTIVE DA APPORTARE RELATIVAMENTE AI DETTATI CONTRATTUALI IN ESSERE ( EVENTUALI GIORNI DA STORNARE / MODIFICHE DRG)  | IL VERBALE ELABORATO VIENE TRASMESSO ENTRO TRE GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELLA VERIFICA  | COMMISSIONE NOC  |   |  |  |                  |  |

| VITA-FASI-AZIONI                                  |           | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO  |                        |   |  |  |                  |   |  |  |  |
|---|-----------|--|------------------------|---|--|--|------------------|---|--|--|--|
| IMPARTIMENTO                                      | STRUTTURA | PROCESSO   | STRUTTURA RESPONSABILE | DESCRIZIONE FASI  | DESCRIZIONE AZIONI   | Soggette esecuzione fase/attività        | Evento (rischio) | Condizionamenti Covid 19  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |  |  |
| DIREZIONE SANITARIA<br>S.C. Professioni Sanitarie | 113       | Procedure di pulizia e disinfezione di cui alle convenzioni con le ditte di pulizia Ast3 (Il Rastrello, Camst) | 1                      | Predisposizione piano di pulizie/sanificazione con ditta ATI (contrattodi appalto 30 giugno 2021) e Restrelo che ha convenzione | Prospetto con indicazione: modalità di intervento, tipologia del prodotto impiegato, denominazione del prodotto, dosaggi e tempi   |  |                  | Tutti gli operatori preventivamente formati sulla normativa anticovid (o attraverso riunioni o per telefono: contattati quasi tutti). A seguito del Covid ripristinate le pulizie degli uffici amministrativi che per la spending ridotte ad una volta a settimana (tutti i giorni)   |  |  |  |
|   |           |  | 2                      | Pulizia/rimozione sporco  | Rimozione sporco   |  |                  | A seguito del Covid molti sono stati gli operatori della ditta reisi indisponibili per paura del Covid circa una trentina con il rischio di diservezi. Assunzione di interinvi. A piccoli gruppi formazione da parte del DEC e SPP con psicologa incontri info su virus. Attenzione a operatori esterni. Tutte le ditte hanno certificato di avere seguito le indicazioni della circ ministeriale (trasmesse dal DEC via mail)  |  |  |  |
|   |           |  | 4                      | sanificazione (pocolorito)/disinfezione   | Per gli uffici amministrativi: prima del Covid una volta a settimana con il Covid tutti i giorni   |  |                  | In ottemperanza alla circolare del Ministero della Salute 5443 del 22/02/2020 sono state implementate le procedure di sanificazione di tutti gli ambienti sanitari e non sanitari con particolare attenzione alle aree di maggior contatto con maniglie, porte e finestre, pulantiere, ringhiera, corrimani, tastiere ecc., utilizzando ipoclorito di sodio con una concentrazione 0,1% e acclori al 70% . Per quanto riguarda la Disinfezione: utilizzo di perossido di idrogeno solo su indicazione delle infezioni ospedaliere (e parte delle strutture aperte per il Covid che è compreso nel contratto). Tutte le volte che è utilizzato certificazione delle ditte che attestano l'utilizzo del materiale |  |  |  |
|   |           |  | 7                      | Controllo delle pulizie ordinarie   | I coordinatori (oppure i direttori o delegati) delle Strutture verificano la conformità agli standard richiesti quotidianamente e semestralmente le pulizie periodiche. Il DEC su segnalazione dei coordinatori o a campione esegue controlli (sopralluogo congiunto con rappresentante) | DEC appalto, tutti i coordinatori sempre |                  | Durante il Covid hannomostro particolare attenzione (segnalazioni corredate da immagini)  |  |  |  |
|   |           |  |                        |   | Ogni reparto firma o ionvia richiesta di intervento straordinario  |  |                  |   |  |  |  |
|   |           |  | 8                      |   | Attestazione pulizie ordinarie e straordinarie:attestazioni girate alla Direzione Medica DMO. Dopo attestazione conformità della DMO il DEC firma l'attestazione. A Villa scarsi referente vista la complessità del presidio   |  |                  | Da inizio emergenza invio nel dettaglio pulizie straordinarie (Covid non covid) semestrali e dal 2021 con il Provveditorato conosce importo)  |  |  |  |
|   |           |  | 9                      |   | Attestazioni inviate al provveditorate   |  |                  |   |  |  |  |
|   |           |  |                        |   |  |  |                  |   |  |  |  |



| VITA-FASI-AZIONI                                 |                                |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |  |  |                  |   |  |   |  |
|--|--------------------------------|--|---|--|--|--|------------------|---|--|---|--|
| IMPARTIMENTO                                     | STRUTTURA                      | PROCESSO   | STRUTTURA RESPONSABILE  | DESCRIZIONE FASI   | DESCRIZIONE AZIONI   | Soggetto esecutore Fav/Atti/Ita                          | Evento (rischio) | Condizionamento Covid   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |   |  |
| DIREZIONE SANITARIA<br>S.C. PROFESSIONI SANITARE | 14                             | Appalto di lavanolo il lotto: consegna e pulizia teleria sterile (teli sale operatorie e camici sterili)   | 1A)   | Conferimento di teleria sterile: teleria in TNT (cd. "tessuto non tessuto"), monouso, che una volta utilizzato è smaltito come rifiuto a rischio o TTR (tessuto tecnico riutilizzabile), pluriuoso. Possono essere forniti raggruppati in set (ovvero tutti gli articoli necessari per un determinato intervento forati in una unica confezione) | Ad ogni Struttura che dispone di sale operatorie ad inizio appalto è stata data una scorta iniziale di teleria sterile in base a determinati criteri.  | Servizi Italia   |                  | Durante il Covid il consumo di teleria sterile è risultata diminuita anche in considerazione del fatto che molte sale operatorie hanno accolto malati covid, trasformandosi di fatto in sale di rianimazione (che non hanno bisogno di teleria sterile) |  |   |  |
|  |                                |  | 1B)   | Conferimento di teleria sterile: nel corso dell'appalto la Struttura che dispone di sale operatorie programma gli ordini di teleria sulla base del volume della propria lista di attesa  | Da alcuni mesi la consegna è automatizzata. Verifica a posteriori da parte del DEC che le consegne sia state sufficienti   | Coordinatore/trici delle Strutture sanitarie interessate |                  | Durante il Covid la domanda è diminuita a seguito della diminuzione di interventi chirurgici  |  |   |  |
|  |                                |  | 1C)   | Conferimento di camici di protezione. A seguito del Covid fornitura aggiuntiva di sovracamici azzurri puliti in TTR non sterili come protezione del personale (camici non confezionati riutilizzabili)   | La fornitura di sovracamici (non presente in precedenza) si basa su offerte che di volta in volta la ditta indirizza direttamente alla A13. Propone un canone mensile per il noleggio (fisso) e un prezzo per il lavaggio e la riconsegna di ogni camice   | Servizi Italia   |                  | All'inizio, in fase di prima emergenza, la fornitura è risultata insufficiente. La qualità dei prodotti è invece risultata soddisfacente. Ora anche l'afflusso di materiale è adeguato alle richieste   |  |   |  |
|  |                                |  | 2   | Smaltimento sovracamici di protezione  | E' inserita in appositi sacchi di raccolta di colore argento posizionati in "carrelli roll" e ritirata dai dipendenti di Servizi Italia. Proprio per la scarsità di questi camici di protezione il lavaggio è effettuato per primo   | operatori reparti / autisti<br>Servizi Italia            |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 3   | Smaltimento teleria sterile  | la teleria sterile in TTR è inserita in appositi sacchi di raccolta di colore verde posizionati in "carrelli roll" e ritirata dai dipendenti di Servizi Italia. La teleria sterile in TNT è smaltita come rifiuto a rischio infettivo  | operatori reparti / autisti<br>Servizi Italia            |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 4   | Ritiro del materiale sporco attraverso rilevazione automatizzata tramite lettura di un microchip inserito in ogni capo da lavare   | registrazione eseguita introducendo i carrelli con la biancheria sporca attraverso un sistema di lettura microchip (per Micone, Gallina, La Colletta e Presidi Territoriali) la registrazione avviene in lavanderia). A Villa Scassi la lettura avviene introducendo i sacchi dentro un armadio di lettura dei microchip, armadio al posto del camioncino (che per gli altri presidi il camioncino ha all'interno il lettore).   | operatori dei reparti                                    |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 5   | Arrivo e consegna in lavanderia  | In lavanderia ulteriore rilevazione al fine di verificare che tutti i capi sporchi ritirati siano effettivamente presi in carico   | Servizi Italia   |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 6   | Lavaggio dei sovracamici: controlli microbiologici della biancheria  | 1) il lavaggio industriale prevede abbattimento microbiotico in funzione della destinazione d'uso dei capi 2) Effettuazione di prove microbiologiche "assenza patogeni": ogni 3 mesi di manda non previsto per il lotto 2  | Servizi Italia   |                  |   |  | Processo di lavaggio modificato - eseguito in conformità a disposizioni del Ministero della Salute per la decontaminazione ed abbattimento del Covid-19 nei bagni di lavaggio si devono raggiungere i 90 gradi di temperatura (per i capi che non sopportano alte temperature usare ad es. ipoclorito di sodio o altri prodotti disinfettanti). Si ha predisposto procedura di lavaggio Covid |  |
|  |                                |  | 7   | Verifica non conformità dei sovracamici (dopo lavaggio e stiro biancheria)   | Una volta lavati e stirati 1) il sistema automatizzato inserisce i capi in pacchi (identificati con una etichetta adesiva: n. riferimento, data (che i coordinatori cerchiano) che deve essere rilevata entro 90 gg altrimenti viene data dispersa) consegna e quantità) a seconda della tipologia   | Servizi Italia   |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 8   | Lavaggio teleria sterile TTR   | Oltre al lavaggio viene effettuata anche la sterilizzazione in quanto sono considerati dispositivi medici a tutti gli effetti. Esistono linee guida predisposte appositamente per la produzione di dispositivi medici sterili  | Servizi Italia   |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 9   | Spedizione biancheria/divise   | Un sistema informatico (Truly) redige in automatico il documento di trasporto intestato a Villa Scassi e a tutti i presidi   | ditta esterna  |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 10  | Consegna dei sovracamici   | 1) Prima della partenza dei capi per la loro destinazione monitoraggio sempre informatizzato tramite la lettura del microchip per verificare che i capi siano destinati alla struttura di appartenenza; 2) il personale di reparto verifica la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto indicato nel DDT che devono essere firmati e inviati mensilmente al DEC   | operatori dei reparti                                    |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 11  | Consegna della teleria sterile   | Per mantenere la sterilità degli articoli di teleria essa viene consegnata in armadi chiusi ermeticamente  |  |                  |   |  |   |  |
|  |                                |  | 12  | Monitoraggio a campione delle giacenze e gestione delle dispersioni  | Il sistema informatizzato segnala i capi non movimentati da più di 90 gg e che quindi potrebbero essere andati persi; 2) Il DEC dell'appalto, verificata l'effettiva (con S.C. ricerca biancheria e stila tabella capi dispersi), autorizza l'integrazione di materiale; io non lo faccio, per la teleria sterile non è stata assegnata una dotazione, ma solo una scorta iniziale; 3) Periodico confronto con appaltatore (verbale di verifica inviato alle Direzioni e RUP dell'appalto) | operatori dei reparti                                    |                  |   |  | Il Dec dell'appalto invia semestralmente alle direzioni e RUP appalto il file delle dispersioni rilevate (io non lo faccio)   |  |
| 13   | Gestione delle non conformità  | In caso i capi consegnati al reparto di competenza, riconsegnati capi mal confezionati il Reparto lo segnala al DEC con prova documentale. Il DEC chiede chiarimenti a S.C. In caso di gravità della non conformità il DEC lo segnala al RUP   | operatori dei reparti   |  |  |  |                  |   |  |   |  |
| 14   | Controllo fatturazione mensile | Ogni punto di consegna invia file riepilogativo alla DEC con i numeri dei documenti di trasporto 2) il DEC sulla base di una nota esplicativa di S.C. che precisa i DDT per ogni punto di consegna controlla la corrispondenza tra i DDT presenti nel file riepilogativo e nella nota esplicativa x ogni punto di consegna; 2b) Tutti i mesi si incontrano il DEC e il commerciale di S.C. vengono effettuati controlli a campione; e dopo DEC firma attestazioni 3) invio alla S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture attestazioni DEC per ogni fattura emessa e eventuale nota con segnalazioni DDT mancanti | DEC appalto - SSD Economicato/ S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture |  |  |  |                  |   |  |   |  |

| VITA-FASI-AZIONI  |   |   |                          | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |  |                  |  |  |
|---|---|---|--------------------------|---|--|--|------------------|--|--|
| IMPARTIMENTO  | STRUTTURA   | PROCESO   | STRUTTURA RESPONSABILE   | DESCRIZIONE FASI                                      | DESCRIZIONE AZIONI   | Soggetto execution fase/attività   | Evento (rischio) | Condizionamento Covid  | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SANITARIA   | S.C. Professioni Sanitarie  | 115   | Appalto lavanolo I lotto | DEC   | Attività formativa   | DEC svolge attività formativa diretta a tutti i collaboratori esterni  | Interno          |  |  |
|   |   |   |                          | operatori dei reparti                                 | Conferimento biancheria  | ogni reparto/servizio ad inizio appalto è stata data dotazione iniziale di biancheria (effetti letterecchi in base al n PL, rotazione PL e tipologia per altri servizi. Info formazione  | Interno          |  |  |
|   |   |   |                          | operatori reparti / autisti Servizi Italia            | Smaltimento biancheria   | La biancheria sporca è inserita in appositi sacchi di raccolta di colori diversi e posizionata in "carrelli roll" e ritirata dai dipendenti di Servizi Italia  | Interno/esterno  | A seguito del Covid aumento dotazioni divise cd. "emergenza" a servizio. Soprattutto i contenitori cocco/colligro, non a conoscenza delle procedure interne, inserivano i DPI nei sacchi della biancheria; quindi sono stati introdotti sacchi trasparenti x ogni tipologia di effetto letterecchi. A Villa Scassi sono state aumentati i ritiri di biancheria sporca (aggiungendo la domenica e le feste)   |  |
|   |   |   |                          | operatori dei reparti                                 | Conferimento biancheria infetta (anche per Covid 19)   | Il materiale infetto viene inserito in un sacco idrosolubile che andrà reimpastato in un sacco rosso che indica "contenuto infetto"  | Interno          | 1) I sacchi rossi (già esistenti) x materiale infetto sono aumentati; 2) formazione dei coordinatori dei reparti e degli operatori della ditta esterna sulla normativa anticovid e 3) affissione delle regole anticovid e delle disposizioni relative al lavanolo in tutti i reparti; comunicazione via mail a tutti i coordinatori e a tutti i referenti per informarli ufficialmente della normativa anticovid ma anche illustrando la nuova legenda sulla raccolta biancheria |  |
|   |   |   |                          | operatori dei reparti                                 | Ritiro del materiale sporco attraverso rilevazione automatizzata tramite lettura di un microchip inserito in ogni capo da lavare | registrazione eseguita introducendo i carrelli con la biancheria sporca attraverso un sistema di lettura microchip (per Microne, Galileo, La Colletta e Presidi Territoriali la registrazione avviene in lavanderia). A Villa Scassi la lettura avviene introducendo i sacchi dentro un armadio di lettura dei microchip, armadio al posto del camioncino (che per gli altri presidi il camioncino ha all'interno il lettore). La lettura determina i "crediti" di biancheria (biancheria plana: lenzuola, traversa, federa) | Interno          |  |  |
|   |   |   |                          | ditta esterna   | Arrivo e consegna in lavanderia  | In lavanderia superiore e rilevazione al fine di verificare che tutti i capi sporchi ritirati siano effettivamente presi in carico (anche le divise)   | Esterno          |  |  |
|   |   |   |                          | ditta esterna   | Lavaggio: controlli microbiologici della biancheria  | 1) Il lavaggio industriale prevede abbattimento microbiologico in funzione della destinazione d'uso del capo 2) Effettuazione di prove microbiologiche "assenza patogeni": ogni 3 mesi di manda  | Esterno          | Processo di lavaggio modificato: eseguito in conformità a disposizioni del Ministero della Salute per la decontaminazione ed abbattimento del Covid-19 nei bagni di lavaggio si devono raggiungere i 90 gradi di temperatura (per i capi che non sopportano alte temperature usare ad es. ipoclorito di sodio o altri prodotti disinfettanti). Si ha predisposto procedura di lavaggio Covid   |  |
|   |   |   |                          | ditta esterna   | Verifica non conformità dei pacchi (dopo lavaggio e stiro biancheria)  | Una volta lavati e stirati 1) il sistema automatizzato inserisce i capi in pacchi (identificati con una etichetta adesiva: n. riferimento, data [che i coordinatori carichiano] che deve essere rilevata entro 90 gg altrimenti viene data dispersa) consegna e quantità) a seconda della tipologia  | Esterno          |  |  |
|   |   |   |                          | DEC   | Verifica dispersione capi  | verifica dispersione con Si ricerca biancheria: tabella capi dispersi  | Interno          | Registrate più dispersioni durante il Covid  |  |
|   |   |   |                          | ditta esterna   | Spedizione biancheria/divise   | Un sistema informatico (Truly) redige in automatico il documento di trasporto intestato a Villa Scassi e a tutti i presidi   | Esterno          |  |  |
| operatori dei reparti   | Consegna della biancheria   | 1) Prima della partenza dei capi per la loro destinazione monitoraggio sempre informatizzato tramite la lettura dei microchip per verificare che i capi siano destinati alla struttura di appartenenza; 2) il personale di reparto verifica la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto indicato nel DDT che devono essere firmati e inviati mensilmente alla SSD Economato  | operatori dei reparti    |   |  |  |                  |  |  |
| operatori dei reparti   | Monitoraggio continuo delle giacenze e gestione delle dispersioni | Il sistema informatizzato segnala i capi non movimentati da più di 90 g e che quindi potrebbero essere andati persi; 2) Il DEC dell'appalto, verificata l'effettiva (con Si DEC ricerca biancheria e stila tabella capi dispersi), autorizza l'integrazione di materiale; 3) Periodico confronto con appaltatore (verbale di verifica inviato alle Direzioni e RUP dell'appalto)  | operatori dei reparti    |   |  |  |                  |  |  |
| operatori dei reparti   | Gestione delle non conformità                                     | In caso i capi consegnati al reparto di competenza, riconsegnati capi mal lavati il Reparto lo segnala al DEC con prova documentale. Il DEC chiede chiarimenti a Si. In caso di gravità della non conformità il DEC lo segnala al RUP   | operatori dei reparti    |   |  |  |                  |  |  |
| SSD Economato/ S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Controllo fatturazione mensile                                    | Ogni direzione/dipartimento invia file riepilogativo alla SD Economato con alcuni dati 2) SSD Economato controlla la corrispondenza dei dati con i DOT emesso dall'appaltatore; 2b) Tutti i mesi si incontrano il DEC, l'amministrativa Economato e il commerciale di Si: vengono controllate una a una; e dopo DEC firma attestazioni 3) Invia alla S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture attestazioni DEC per ogni fattura emessa e i file inviati dalle strutture | Interno                  |   |  |  |                  |  |  |

| DIPARTIMENTO        |                         | MAPPATURA ATTIVITA'-FASE-AZIONI |   |   |   |  |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |                  |  |
|---------------------|-------------------------|---------------------------------|---|---|---|--|--|---|---|------------------|--|
| STRUTTURA           | N. Processo             | DENOMINAZIONE PROCESSO          | N. Fase/Azione                            | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e Settore responsabili/competenti della implementazione) | Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altri soggetti - il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)             | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SANITARIA | S.S.D. GESTIONE RIFIUTI | 116                             | Apertura nuovo sito produttivo di rifiuti | 1   | Apertura nuovo sito produttivo rifiuti (ambulatori, centri vaccinali, hub etc....)  | nei tempi più brevi possibili (entro una settimana)                                | S.S.D. Gestione Rifiuti  | attualmente la Struttura non ha personale tecnico assegnato. Gli esecutori sono: il Dirigente e l'Assistente Amministrativo in collaborazione |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 2   | Individuazione dell'incaricato rifiuti del nuovo sito produttivo (che indica orari di ritiro, necessità approvvigionamento contenitori, tipologie di rifiuti, etc...)   | immediato dalla richiesta  | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo   |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 3   | Richiesta alla ditta smaltitrice di programmazione per l'apertura nuovo sito produttivo   | entro un giorno dalla richiesta  | S.S.D. Gestione Rifiuti  | il Dirigente e l'Assistente Amministrativo in collaborazione  |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 4   | Comunicazione interna rivolta agli interessati (a coloro che hanno richiesto l'apertura)  | subito dopo aver ricevuto il riscontro operativo dalla ditta smaltitrice           | S.S.D. Gestione Rifiuti  | il Dirigente e l'Assistente Amministrativo in collaborazione  |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 5   | Verifica di eventuali criticità c/o la Struttura richiedente  | dopo l'avvio della nuova attività, entro una settimana                             | S.S.D. Gestione Rifiuti  | il Dirigente  |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 6   | Verifica di eventuali criticità con la ditta smaltitrice  | dopo l'avvio della nuova attività, entro una settimana                             | S.S.D. Gestione Rifiuti  | il Dirigente  |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 7   | Applicazioni di eventuali azioni correttive se necessarie   | entro una settimana dall'avvio dell'attività                                       | S.S.D. Gestione Rifiuti  | il Dirigente  |   |                  |  |
|                     |                         |                                 |   | 8   | Chiusura del processo   | quando il processo è a regime  | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo   |   |                  |  |

| DIPARTIMENTO        |                         | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |   |   |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |   |                  |  |
|---------------------|-------------------------|--|---|---|--|--|---|---|------------------|--|
| STRUTTERA           | N. processo             | DENOMINAZIONE PROCESSO   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e settore responsabile/competente della implementazione) | Responsabile attività (Indicare il Foco/attore della fase e di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE SANITARIA | S.S.D. Gestione Rifiuti | 117<br>Smaltimento R.A.E.E. (Rifiuti da Apparecchiature Elettriche ed Elettromedicali) | 1   | Necessità di smaltimento apparecchiature R.A.E.E. obsolete e/o inutilizzabili   | ogni 2 mesi, in base a procedure interne   | S.S.D. Gestione Rifiuti e S.S.D. Economato   | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 2   | Recupero elenchi cespiti Fuori Uso da smaltire inviati da S.S.D. Economato  | 3 settimane prima della convocazione della Commissione Fuori Uso                   | S.S.D. Gestione Rifiuti e S.S.D. Economato   | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 3   | Attribuzione codice C.E.R. (Codice Europeo Rifiuto) per ogni cespite  | entro due giorni dal ricevimento degli elenchi dei cespiti fuori uso               | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Il Dirigente e l'Assistente Amministrativo            |   |                  |  |
|                     |                         |  | 4   | Individuazione Case Madri e Sedi Decentrate   | entro due giorni dal ricevimento degli elenchi dei cespiti fuori uso               | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Il Dirigente e l'Assistente Amministrativo            |   |                  |  |
|                     |                         |  | 5   | Trasmissione elenco cespiti, C.E.R. e Case Madri alla ditta smaltitrice   | entro due giorni dal ricevimento degli elenchi dei cespiti fuori uso               | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 6   | Comunicazione ai Dirigenti infermieri territoriali dell'attribuzione delle Sedi Decentrate alle relative Case Madri   | una settimana prima dell'effettivo ritiro dei cespiti                              | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 7   | Invio dalla ditta smaltitrice, a S.S.D. Economato e a S.S.D. Gestione Rifiuti, della calendarizzazione dei ritiri   | una settimana prima dell'effettivo ritiro dei cespiti                              | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 8   | Verifica della completezza dei ritiri effettuati e gestione delle eventuali criticità   | entro 10 giorni dalla seduta della Commissione Fuori Uso                           | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Assistente Amministrativo                             |   |                  |  |
|                     |                         |  | 9   | Misure correttive, se necessarie  | successivamente al ritiro, in tempi molto brevi                                    | S.S.D. Gestione Rifiuti  | Il Dirigente  |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI                         |           |  |   |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |                                |   |  |  |   |  |
|---|-----------|--|---|--|--|---|--------------------------------|---|--|--|---|--|
| DIPARTIMENTO  | STRUTTURA | DENOMINAZIONE PROCESSO   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo prevedendo anche "come", "in che modo" vengono svolte) | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare della tempistica se prevista dalla legge o da procedure interne sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi decise)  | Esecutore fase (Struttura o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecutore della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)               | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |   |  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE<br>CONSULTORIO FAMILIARE | 118       | ADOZIONE NAZIONALE (Adozione di minori presentati sul territorio italiano e dichiarati in stato di adottabilità) | 1   | INVIO AI SERVIZI DEL TERRITORIO: Il Tribunale dei Minori richiede all'equipe adozioni una relazione nella quale sono presentate le storie individuali dei coniugi, le loro personalità, le caratteristiche del rapporto di coppia e le motivazioni della scelta adottiva   | 30 GG  | TRIBUNALE MINORENNI   | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI | Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti |  | ESTERNO  |   |  |
|   |           |  | 2   | COLLOQUI DI VALUTAZIONE E PREPARAZIONE. Ricevuta la richiesta gli operatori prendono contatto con la coppia per dare avvio agli incontri di preparazione e valutazione e provvedono ad incontrare la coppia per una serie di colloqui presso la sede dell'equipe adozioni. E' prevista almeno una visita domiciliare presso l'abitazione della coppia finalizzata alla conoscenza del contesto di vita e della progettualità relativa allo spazio pensato per il bambino | 10 GG  | SSD CONSULTORIO FAMILIARE   | DIRIGENTE                      |   | Ricorso a priorità discrezionale sulla richiesta di relazioni  | INTERNO  | Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi   |  |
|   |           |  | 3   | RELAZIONE CONCLUSIVA INDAGINE COPPIA AL TRIBUNALE. L'equipe adozioni deve inviare entro 120 gg. dalla ricezione della richiesta da parte del T.M. una relazione contenente indicazioni per favorire il migliore abbinamento con un minore  | 160 GG   | SSD CONSULTORIO FAMILIARE   | DIRIGENTE                      |   | Valutazione distorta della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale.  | INTERNO  | Assenza di procedure - amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole - Imprecise regole procedurali nella gestione complessiva della procedura; Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il possesso dei requisiti |  |
|   |           |  | 4   | RICHIESTA PROROGA PER COMPROVATI MOTIVI MASSIMO 4 MESI. Il percorso di preparazione e valutazione deve compiersi entro il termine di 120 gg. dalla ricezione della richiesta del T.M. e può essere prorogato solo una volta per gravi motivi per non più di 120gg.   | 60 GG  | SSD CONSULTORIO FAMILIARE   | DIRIGENTE                      |   | Ricorso a priorità di sulla richiesta di relazioni   | INTERNO  | 1) Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole; 2) elevata discrezionalità   |  |
|   |           |  | 5   | DECRETO DI IDONEITA' E NON IDONEITA'. Il T.M. pronuncia previo parere del P.M. Decreto motivato di idoneità/non idoneità all'adozione internazionale.  | 365 GG   | TRIBUNALE MINORENNI   | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI |   | Informazioni date al T.M. non complete e/o inadeguate  | ESTERNO  |   |  |
|   |           |  | 6   | FASI DELL'ATTESA: Pronunciato il Decreto di idoneità la coppia ha un anno di tempo per conferire il mandato all'Ente autorizzato prescelto per curare la procedura dandone comunicazione al T.M.   | 365 GG   | ENTE PRESCELTO  | PRESIDENTE ENTE PRESCELTO      |   | Incapacità oggettiva ad una corretta valutazione inquinata da fattori emotivi derivanti dalle singole esperienze emotive   | ESTERNO  | Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi   |  |
|   |           |  | 7   | ABBINAMENTO PRONUNCIA DI ADOZIONE E TRASFERIMENTO MINORE IN ITALIA. La coppia riceve una proposta di abbinamento da parte di uno stato straniero o tramite ente prescelto. L'accettazione della proposta determina l'avvio delle procedure legali per l'adozione che verranno condotte nel rispetto delle leggi del paese di origine   | 3 anni   | ENTE PRESCELTO  | PRESIDENTE ENTE PRESCELTO      |   | Valutazione errata della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il possesso dei requisiti | ESTERNO  | Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole;   |  |
|   |           |  | 8   | RATIFICA ADOZIONE Il T.M. sulla base della documentazione presentata dalla coppia ratifica il provvedimento di adozione diponendo la trascrizione dagli uffici dello stato civile. Il provvedimento viene trasmesso all'equipe adozioni che assiste per almeno un anno i genitori adottivi e il minore   | 60 GG  | TRIBUNALE MINORENNI   | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI |   | Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti  |  | ESTERNO   |  |
|   |           |  | 9   | VIGILANZA E SOSTEGNO. L'equipe adozioni devono effettuare una relazione al T.M. nel termine di un anno dall'ingresso in Italia del minore. Pertanto l'equipe adozioni fisserà con la famiglia adottiva una serie di incontri/visite domiciliari per affrontare le problematiche relative allo sviluppo psico-emotivo del minore, all'adattamento reciproco della relazione familiare, all'integrazione sociale e scolastica.   | 365 GG   | SSD CONSULTORIO FAMILIARE   | DIRIGENTE                      |   |  | Informazioni rese al T.M. non complete e/o inadeguate                          | INTERNO   | assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole |
|   |           |  | 10  | DICHIARAZIONE DI ADOZIONE Il T.M. alla scadenza di un anno dall'ingresso in Italia del minore acquisite le relazioni dell'equipe adozioni pronuncia l'adozione e ne dispone la trascrizione nei registri di stato civile.  | 365 GG   | TRIBUNALE MINORENNI   | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI |   |  |  | ESTERNO   |  |

| DIPARTIMENTO  |             | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                |   |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |  |                  |   |
|---|-------------|--|----------------|---|---|--|--|---|--|------------------|---|
| STRUTTURA   | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo prevedendo anche "come", "in che modo" "regole valide")  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne nella durata e sulla evidenza delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI, CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE<br>CONSULTORIO FAMILIARE | 119         | ADOZIONE INTERNAZIONALE (Adozione di uno o più minori in uno stato estero) | 1              | INVIO AI SERVIZI DEL TERRITORIO: Il Tribunale dei Minori richiede all'equipe adozioni una relazione nella quale siano presentate le storie individuali dei coniugli loro personalità, le caratteristiche del rapporto di coppia e le motivazioni della scelta adottiva  | 30 GG   | TRIBUNALE MINORENNI  | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI   |   |  | ESTERNO          |   |
|   |             |  | 2              | COLLOQUI DI VALUTAZIONE E PREPARAZIONE Ricevuta la richiesta gli operatori prendono contatto con la coppia per dare avvio agli incontri di preparazione e valutazione e provvedono ad incontrare la coppia per una serie di colloqui presso la sede dell'equipe adozioni. E' prevista almeno una visita domiciliare presso l'abitazione della coppia finalizzata alla conoscenza del contesto di vita e della progettualità relativa allo spazio pensato per il bambino | 10 GG   | SSD CONSULTORIO FAMILIARE  | DIRIGENTE  |   | Ricorso a priorità discrezionale sulla richiesta di relazioni  | INTERNO          | Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi   |
|   |             |  | 3              | RELAZIONE CONCLUSIVA INDAGINE COPPIA AL TRIBUNALE L'equipe adozioni deve inviare entro 120 gg dalla ricezione della richiesta da parte del T.M. una relazione contenente indicazioni per favorire il migliore abbinamento con un minore   | 160 GG  | SSD CONSULTORIO FAMILIARE  | DIRIGENTE  | Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti | Valutazione distorta della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale.  | INTERNO          | Assenza di procedure - amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole - imprecisione regole procedurali nella gestione complessiva della procedura; Inefficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il possesso dei requisiti |
|   |             |  | 4              | RICHIESTA PROROGA PER COMPROVATI MOTIVI MASSIMO 4 MESI Il percorso di preparazione e valutazione deve concludersi entro il termine di 120 gg. dalla ricezione della richiesta del T.M. e può essere prorogata solo una volta per gravi motivi per non più di 120gg.   | 60 GG   | SSD CONSULTORIO FAMILIARE  | DIRIGENTE  |   | Ricorso a priorità di sulla richiesta di relazioni   | INTERNO          | 1) Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole ; 2) elevata discrezionalità  |
|   |             |  | 5              | DECRETO DI IDONEITA' E NON IDONEITA' Il T.M. pronuncia previo parere del P.M. Decreto motivato di idoneità/non idoneità all'adozione internazionale.  | 365 GG  | TRIBUNALE MINORENNI  | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI   |   | Informazioni date al T.M. non complete e/o inadeguate  | ESTERNO          |   |
|   |             |  | 6              | FASI DELL'ATTESA: Pronunciato il Decreto di idoneità la coppia ha un anno di tempo per conferire il mandato all'Ente autorizzato prescelto per curare la procedura dandone comunicazione al T.M.  | 365 GG  | ENTE PRESCELTO   | PRESIDENTE ENTE PRESCELTO  |   | Incapacità oggettiva ad una corretta valutazione inquinata da fattori emotivi derivanti dalle singole esperienze emotive   | ESTERNO          | Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi   |
|   |             |  | 7              | ABBINAMENTO PRONUNCIA DI ADOZIONE E TRASFERIMENTO MINORE IN ITALIA La coppia riceve una proposta di abbinamento da parte di uno stato straniero o tramite ente prescelto. L'accettazione della proposta determina l'avvio delle procedure legali per l'adozione che verranno condotte nel rispetto delle leggi del paese di origine   | 3 anni  | ENTE PRESCELTO   | PRESIDENTE ENTE PRESCELTO  | Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti | Valutazione errata della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il possesso dei requisiti | ESTERNO          | Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole ;  |
|   |             |  | 8              | RATIFICA ADOZIONE Il T.M. sulla base della documentazione presentata dalla coppia ratifica il provvedimento di adozione diponendone la trascrizione dagli uffici dello stato civile. Il provvedimento viene trasmesso all'equipe adozioni che assiste per almeno un anno i genitori adottivi e il minore  | 60 GG   | TRIBUNALE MINORENNI  | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI   |   |  |                  | ESTERNO   |
|   |             |  | 9              | VIGILANZA E SOSTEGNO L'equipe adozioni devono effettuare una relazione al T.M. nel termine di un anno dall'ingresso in Italia del minore. Pertanto l'equipe adozioni fisserà con la famiglia adottiva una serie di incontri/visite domiciliari per affrontare le problematiche relative allo sviluppo psico-emotivo del minore, all'adattamento reciproco della relazione familiare, all'integrazione sociale e scolastica.   | 365 GG  | SSD CONSULTORIO FAMILIARE  | DIRIGENTE  |   | Informazioni rese al T.M. non complete e/o inadeguate  | INTERNO          | assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole  |
|   |             |  | 10             | DICHIARAZIONE DI ADOZIONE Il T.M. alla scadenza di un anno dall'ingresso in Italia del minore acquisite le relazioni dell'equipe adozioni pronuncia l'adozione e ne dispone la trascrizione nei registri di stato civile.   | 365 GG  | TRIBUNALE MINORENNI  | PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI   |   |  | ESTERNO          |   |

| DIPARTIMENTO                             | STRUTTURA   | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |   |   | RISCHIO   |   |  |                  |  |
|--|---|------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|------------------|--|
|  |   |            |  | N_Fase/Azione                   | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/competent e della implementazione) | Responsabile attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE | SSCC Salute Mentale tutti i Distretti + SSD Coordinamento inserimenti in strutture residenziali | 120        | Metodologia di costruzione e gestione lista di attesa per inserimento in strutture residenziali di soggetti affetti da patologie psichiatriche, relativa valutazione del rischio, attraverso nuova metodologia centrata sul gruppo di lavoro specificamente dedicato | 1                               | I referenti della residenzialità di ogni SC raccolgono le esigenze cliniche delle rispettive SC e decidono le priorità della SC insieme al Direttore e all'equipe di riferimento  | settimanale   | CC.SS.MM.   | Referente residenzialità SC   | inserimento di un paziente senza il rispetto della procedura scritta, degli indicatori di priorità presenti e del rispetto della lista di attesa. | vengono valutati in maniera parziale o approssimativa le necessità del CSM   | interno          | possibile mancanza di trasparenza e di feedback nel CSM                        |
|  |   |            |  | 2                               | I referenti dei 6 CSM del Dipartimento si riuniscono settimanalmente valutando i nominativi proposti da ciascun CSM attraverso la lettura di format e relazione clinica allegata firmata dal curante e controfirmata dal Direttore di SC  | settimanale   | SSD   | Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  |   |  | interno          | possibile mancanza di trasparenza e chiarezza nelle procedure                  |
|  |   |            |  | 3                               | Nell'incontro settimanale della SSD Coordinamento inserimenti residenziali (Responsabile e sei referenti dei CCSSMM) si gestiscono le variazioni alla lista di attesa alla luce della procedura in atto e condivisa da tutto il DSMeD nel rispetto dei due parametri di ordine cronologico di presentazione della domanda e urgenza clinica | settimanale   | SSD   | Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  |   | vengono gestite, create e modificate le liste di attesa senza il rispetto delle procedure in atto e condivise con i CCSSMM                     | interno          | possibile mancanza di trasparenza e di verifica                                |
|  |   |            |  | 4                               | Vengono predisposti i verbali delle riunioni, pubblicati sul server dell'ASL3, aggiornate le liste di attesa secondo le decisioni verbalizzate  | settimanale   | SSD   | Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  |   | vengono redatti verbali incompleti e confusivi degli incontri settimanali della SSD attraverso i quali si redigono le liste di attesa          | interno          | possibile mancanza di trasparenza e di verifica                                |
|  |   |            |  | 5                               | riunione mensile con enti gestori strutture residenziali convenzionate per gestione ingressi ed uscite dei pazienti selezionati nelle liste di  | mensile   | SSD   | Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  |   | vengono avallati ingressi di pazienti nelle strutture residenziali contrattualizzate senza il rispetto delle liste di attesa e delle procedure | esterno          | possibile mancanza di trasparenza  |
|  |   |            |  | 6                               | stesura del format definitivo di ingresso in struttura con la quantificazione della retta con controfirma della Direzione Dipartimentale  | settimanale   | CC.SS.MM.   | Direttore CC.SS.MM, Direttore DSMeD e Direttore SSD Funzione Amministrativa   |   | Avvallo dell'ingresso del paziente senza format di autorizzazione firmato  | interno          | possibile mancanza di trasparenza  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI                      |           |            |  |        |   |  |   | RISCHIO                                   |  |  |                       |
|--|-----------|------------|--|--------|---|--|---|---|--|--|-----------------------|
| DIPARTIMENTO   | STRUTTURA | N_Processo | PROCESSO   | N_Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)   | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |                       |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | SC SERD   | 121        | Accesso dei soggetti HIV positivi con diagnosi di AIDS nelle Strutture previste dalla Deliberazione A.Li.Sa. n. 73 del 28 marzo 2018 ed ai Contratti A.Li.Sa. n. 9160 e 9288 | 1      | Richiesta di inserimento da parte della Struttura che ha in carico il soggetto al momento della verifica delle condizioni cliniche e sociali che rendono necessario l'inserimento stesso.   | Reparto malattie infettive, SerD   | Esclusione di pazienti idonei all'ingresso favorendo quelli con caratteristiche non rispondenti al rationale previsto dalla procedura e al quadro clinico |   |  |  |                       |
|  |           |            |  | 2      | Invio della richiesta ai componenti G.A.V.I. AIDS, allegando: ALLEGATO 1 scheda di segnalazione, ALLEGATO 2 scheda AIDASS (valutazione multidimensionale), Relazione clinica dettagliata (invio informatizzato)   | Reparto malattie infettive, SerD   |   |   |  |  |                       |
|  |           |            |  | 3      | Utilizzo per ogni comunicazione di tipo amministrativo, utilizzo di un Codice identificativo anonimo, per la salvaguardia della privacy del soggetto. Tale codice viene generato secondo la seguente regola:<br>I e III lettera cognome + I e III lettera nome + numero identificativo data di nascita (ggmmaa) + sesso (M o F). Esempio: Bianchi Mario nato il 23 gennaio 1980 = BAMR230180M | Reparto malattie infettive, SerD   |   |   |  |  |                       |
|  |           |            |  | 4      | Riunione del gruppo G.A.V.I. AIDS su proposta del Direttore del Dipartimento o suo delegato finalizzata alla definizione dell'idoneità alla richiesta di inserimento  | Reparto malattie infettive, SerD   |   |   | Proposta di inserimento di pazienti non idonei - Mancata verifica delle caratteristiche dell'idoneità del paziente | Interno  | mancanza di controlli |
|  |           |            |  | 5      | Segnalazione da parte di G.A.V.I. AIDS agli Enti Gestori dei casi individuati per l'ingresso  | G.A.V.I. AIDS  |   |   |  |  |                       |
|  |           |            |  | 6      | Espressione del parere di ingresso da parte degli Enti Gestori entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione; il parere negativo deve essere motivato  | Fondazione Bianca Costa, Fondazione Auxilium                             |   |   | Espressione di pareri non conformi allo stato clinico - Mancata verifica da parte di G.A.V.I. AIDS                 | Esterni  | mancanza di controlli |
|  |           |            |  | 7      | Assegnazione di priorità in caso di inserimento in lista di attesa sulla base della maggiore complessità/bisogno del caso   | Fondazione Bianca Costa, Fondazione Auxilium                             |   |   | Assegnazione di una priorità incongrua - Mancata verifica da parte di G.A.V.I. AIDS                                | Esterni  | mancanza di controlli |
|  |           |            |  | 8      | Autorizzazione all'inserimento da parte del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze   | Direzione di Dipartimento SM e D   |   |   |  |  |                       |
|  |           |            |  | 9      | Comunicazione formale (mail) dell'ingresso in struttura alla Segreteria Amministrativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze per le registrazioni di carattere amministrativo: nel caso in cui la residenza del paziente sia extra Asl3 la mail dovrà essere inviata al Dipartimento di salute Mentale e Dipendenze dell'Asl di appartenenza e per conoscenza all'Asl3        | Struttura ospitante/Casa alloggio  |   |   |  |  |                       |



| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                                |            |  |               |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                |  |  |   |                  |  |
|----------------------------------|--------------------------------|------------|--|---------------|--|---|--|--|--|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                      | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N_Fase/azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.C. Distretto Socio Sanitario | 122        | Incasso e gestione del denaro derivante dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli Utenti afferenti agli sportelli CUP relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, D.M. 22/7/1996, D.P.C.M. 29/11/2001 | 1             | 1) UTENTE: si reca allo sportello CUP per effettuare il pagamento ticket. La persona può effettuare il pagamento in diverse modalità:<br>- in contanti presso lo sportello CUP;<br>- con bancomat presso i TOTEM;<br>- con APP bancario con il proprio smartphone. | Immediata (sia per il pagamento attraverso operatore sia per il pagamento attraverso TOTEM o APP)   | Operatori CUP Distrettuali   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organigramma di ogni singolo distretto con qualifiche C/BS  | Mancato introito economico aziendale, a beneficio dell'Operatore o di terzi. | L'Operatore appone sulla richiesta una falsa esenzione dal ticket.<br>N.B.: tale evenienza è ormai rara a seguito avvento di dematerializzata | Sportello CUP    | Mancata rotazione del personale.   |
|                                  |                                |            |  | 2             | 2) OPERATORE: ritira il denaro consegnato dall'Utente. Il denaro viene conservato in una busta.  | Immediata   | Operatori CUP Distrettuali   |  |  | L'Operatore intasca in parte o in tutto la quota ticket, indicandola sul registro come ammanco.   | Sportello CUP    | Mancanza di controlli.   |
|                                  |                                |            |  | 3             | 3) OPERATORE: a fine servizio CUP, provvede alla chiusura dell'incasso giornaliero ed alla registrazione informatica. Il denaro viene conservato in cassaforte.  | Immediata   | Operatori CUP Distrettuali   |  |  | Indicazioni storni inesistenti o quantaltro utile alla manomissione dei dati.   | Back office      | Mancata rotazione del personale.   |
|                                  |                                |            |  | 4             | 4) OPERATORE: consegna incasso alla Ditta incaricata per il deposito in Banca.   | Immediata   | Operatori CUP Distrettuali   |  |  | Falsificazione contenuto busta.   | Back office      | Mancata rotazione del personale.<br>Mancanza di controlli.                     |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                                |             |  |                 |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                |  |  |  |                             |  |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------|--|-----------------|--|---|--|--|--|--|-----------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/ Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)            | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.C. Distretto Socio Sanitario | 123         | Assistenza sanitaria all'Estero per prestazioni di altissima specializzazione, altrimenti non fruibili in Italia per assenza Strutture idonee o eccessiva dilatazione tempi d'attesa, D.M. 3/11/1989, Reg.UE 883/2004. | 1               | 1) UTENTE: munito di "proposta motivata", redatta da un medico specialista pubblico o privato, si reca al DSS di residenza.  | Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg  | Ufficio Estero   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  | Manomissione del processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti | Accettazione istanza con omissione o falsificazione del certificato specialista o altra documentazione prevista. | Ufficio Estero              | Mancanza di controlli.   |
|                                  |                                |             |  | 2               | 2) OPERATORE: sottopone l'istruttoria della pratica al dirigente medico per le verifiche di competenza (che la patologia rientri nell'elenco di cui al DM 24/01/1990 ss.mm.ii.)  | Entro 3 gg come previsto da procedura   | Ufficio Estero   |  |  | Prosecuzione istruttoria in assenza requisiti di legge.  | Ufficio Estero              | Mancata rotazione del personale. Mancanza di controlli.                        |
|                                  |                                |             |  | 3               | 3) DIRIGENTE MEDICO: valuta e controlla l'istanza dell'Utente per l'inoltro o no al CRR.   |   | Ufficio Medico responsabile  | n.1 unità di personale Dirigente Medico  |  | Autorizzazione istanza senza gli adeguati controlli  | Ufficio Medico responsabile | Mancanza di controlli. Scarsa responsabilizzazione interna.                    |
|                                  |                                |             |  | 4               | 4) CRR: esprime il parere di competenza.   | Entro 7 gg come previsto da procedura   | CRR  | Non di competenza  |  | Non di competenza  | CRR                         | Non di competenza  |
|                                  |                                |             |  | 5               | 5) OPERATORE: in caso di diniego da parte del CRR, l'operatore trasmette all'utente indicando eventuali strutture idonee sul territorio nazionale. In caso di parere favorevole renderà noto all'utente l'approvazione.                            | Entro 7 gg come previsto da procedura   | Ufficio Estero   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  |  | Mancato rispetto della tempistica di trasmissione  | Ufficio Estero              | Scarsa responsabilizzazione interna.   |
|                                  |                                |             |  | 6               | 6) UTENTE: al rientro in Italia, l'utente presenta al Distretto le fatture delle spese sostenute rimborsabili e la relativa documentazione sanitaria.  | Entro 10 gg come previsto da procedura  | Ufficio Estero   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  |  | Falsificazione della documentazione e della fattura delle spese sostenute o altra documentazione prevista.       | Ufficio Estero              | Mancanza controlli.  |
|                                  |                                |             |  | 7               | 7) OPERATORE: verifica e controlla la completezza della pratica, attua i relativi conteggi, al fine di attestarne la regolarità procedurale e contabile e la invia alla S.C. Cure Primarie per l'assunzione della relativa Determina Dirigenziale. | Entro 5 gg come previsto da procedura   | Ufficio Estero   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  |  | Mancato rispetto della tempistica di trasmissione  | Ufficio Estero              | Mancanza controlli.  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                                |             |   |                |   |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                |  |   |  |                                  |  |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------|---|----------------|---|---|--|--|---|--|----------------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme e da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)                 | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.C. Distretto Socio Sanitario | 124         | Scelta-revoca MMG/PLS da parte degli Utenti residenti nella ASL di competenza, Legge 833/1978 - ACN MMG 29/7/2009 - ACN PLS 29/7/2009 | 1              | 1) UTENTE: si reca allo sportello Anagrafe ASL per la scelta MMG-PLS. La scelta può anche essere effettuata dall'utente in via telematica attraverso l'app. <a href="https://poliss.regione.liguria.it/cittadini/servizio-anagrafe-sanitaria">https://poliss.regione.liguria.it/cittadini/servizio-anagrafe-sanitaria</a> | Immediata   | Ufficio Anagrafe Sanitaria   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  |   | Utente chiede consiglio all'operatore  | Sportello anagrafe e back office | Mancanza di controlli.   |
|                                  |                                |             |   | 2              | 2) OPERATORE: implementazione scelte/revoche avvengono su diverse modalità.<br>1. Attraverso invio di e-mail dedicata da parte dell'utente;<br>2. Utente che si reca personalmente presso gli sportelli;<br>3. Attraverso app regionale.  | Immediata   | Operatori Anagrafe   | varie unità di personale coinvolto secondo l'organizzazione interna di ogni singolo distretto  | Manomissione del processo per ottenere benefici personali | Non adesione alla procedura prevista dalla normativa vigente attraverso preaccordi MMG-Operatore al fine di orientare gli assistiti allo stesso Medico, ad esempio, i pz. del medico in quiescenza vengono di default implementati su un altro MMG | Sportello anagrafe e back office | Mancanza di controlli.   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                                |             |  |                |   |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |  |  |  |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------|--|----------------|---|---|--|--|---|--|--|--|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                      | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)                             | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.C. Distretto Socio Sanitario | 125         | AUTORIZZAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) DEI MMG E PLS.<br>Autorizzazione del medico funzionario ASL all'assistenza domiciliare dei pazienti, che ne fanno richiesta tramite apposita modulistica redatta dal medico curante. | 1              | ATTIVAZIONE: il medico proponente MMG/PLS presenta la scheda AGED debitamente compilata con indicazione del quadro clinico dell'assistito e conseguente richiesta del numero di accessi mensili al domicilio, che ritiene necessari per un adeguato trattamento | Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg  | MMG/PLS  | MMG/PLS  | Ottenere benefici personali da parte dell'utente al fine di ottenere assistenza domiciliare non dovuta e/o ottenere riconoscimento economico non dovuto da parte dell'MMG/PLS | MMG/PLS effettua una valutazione NON congrua dei requisiti di accesso all'Assistenza Domiciliare (ADI)   | Domicilio del paziente / ambulatorio MMG/PLS | Eccessiva discrezionalità.   |
|                                  |                                |             |  | 2              | AUTORIZZAZIONE: il Medico Funzionario, previa verifica dei requisiti clinici e giuridici, rilascia autorizzazione al numero di accessi mensili a domicilio  | Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg  | Medico Funzionario Distrettuale  | n.1 unità di personale coinvolto<br>Medico Funzionario Distrettuale  |   | Il Medico funzionario effettua una valutazione NON congrua dei requisiti richiesti al rilascio della autorizzazione all'Assistenza Domiciliare (ADI) | Ufficio Medico funzionario                   | Eccessiva discrezionalità e mancanza rotazione del personale per carenza organico  |
|                                  |                                |             |  | 3              | ESECUZIONE: il medico proponente si reca dal paziente per l'Assistenza Domiciliare per il numero di accessi mensili autorizzati dal Medico Funzionario  | In base alla cadenza mensile  | MMG/PLS  | MMG/PLS  |   | Il Medico (MMG/PLS) proponente non effettua l'accesso al domicilio MA ne richiede il riconoscimento economico  | Domicilio del paziente                       | Eccessiva discrezionalità e mancanza verifiche e controlli da parte del Distretto sull'operato del medico MMG/PLS al domicilio del paziente. |
|                                  |                                |             |  | 4              | PAGAMENTO: il medico che effettua gli accessi inserisce gli stessi nell'apposito programma informatico per il relativo riconoscimento economico   | Non di competenza   | Dipartimento Cure Primarie   | Dipartimento Cure Primarie   | Non di competenza   | Dipartimento Cure Primarie   | Non di competenza                            |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                                |            |   |               |   |   | RISCHIO  |  |   |  |                            |   |
|----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---------------|---|---|--|--|---|--|----------------------------|---|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                      | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)           | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI    |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.C. Distretto Socio Sanitario | 126        | Verifica possesso requisiti previsti dalla normativa vigente (L.R. n.24/1996) per trasporti sanitari utenti non deambulanti effettuati dalle Pubbliche Assistenze | 1             | UTENTE: l'utente o il familiare si reca presso l'Ufficio Medico Funzionario Distrettuale con impegnativa redatta dal medico (MMG) del SSN per richiedere autorizzazione al trasporto sanitario paziente non deambulante assoluto indicando le ragioni cliniche. L'impegnativa redatta dal MMG potrebbe non essere conforme. | Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg  | Distretti Socio Sanitari: N. 8 -9 - 10 - 11 - 12 -13                                 | competenza del Medico Funzionario distrettuale con coinvolgimento altro personale in base alla organizzazione interna di ogni singolo distretto  | Ottenere benefici personali orientando l'utente nella scelta della Pubblica Assistenza e/o nel rilascio delle autorizzazione all'utente che lo richiede | 1) Il Medico Funzionario indica la PPAA dove rivolgersi per richiedere il trasporto sanitario<br>2) Il Medico funzionario effettua una valutazione inappropriata dei requisiti richiesti al rilascio della autorizzazione al trasporto | Ufficio Medico funzionario | Eccessiva discrezionalità e mancanza rotazione del personale per carenza organico |
|                                  |                                |            |   | 2             | MEDICO FUNZIONARIO: il Medico Funzionario verifica i requisiti clinici e normativi a seguito dei quali rilascia idonea autorizzazione al trasporto sulla stessa impegnativa del medico richiedente.   |   |  |  |   |  |                            |   |
|                                  |                                |            |   | 3             | PUBBLICHE ASSISTENZE: le PP.AA. ricevono dall'utente l'impegnativa debitamente autorizzata e procede al trasporto sanitario, successivamente invierà fattura di rimborso al servizio di competenza ASL  | Non di competenza   | Non di competenza  | Non di competenza  | Non di competenza   | Dipartimento Cure Primarie   | Non di competenza          |   |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                            |             |                            |                |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |   |   |   |                  |   |
|----------------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                  | N. Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO     | N. Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione)    | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)  | Evento (rischio)  | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI  |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.S.D. ASSISTENZA DISABILI | 127         | stione Liste d'attesa disa | 1              | Ricezione delle richieste di accesso diretto: La persona può accedere al Servizio per accesso diretto, attraverso il proprio Medico curante o tramite segnalazione da parte dei Servizi territoriali di competenza.   |   | S.S.D. Assistenza Disabili  | Accoglienza a carico dell'Assistente sociale o Medico Specialista   | Lista di attesa disabili per prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali, rivolte a soggetti invalidi civili con disabilità fisica/intellettuale/sensoriale, minori di 65 maggiori di 18 anni | Informazione date all'utenza non complete e inadeguate  | Interno          | Competenze non ben definite, mancanza di controlli, carenza di personale.   |
|                                  |                            |             |                            | 2              | Istruttoria preliminare: Compatibilmente con le esigenze di servizio il primo colloquio viene svolto alla presenza dell'equipe multidisciplinare. Compilazione di una cartella cartacea/informatica   |   | S.S.D. Assistenza Disabili  | Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatore (solo nel DSS 9)  |   | Elevata discrezionalità nelle scelte, non omogeneità nelle attività istruttorie, difficile il confronto con le varie professionalità coinvolte.                   | Interno          | Mancanza di una procedura omogenea per i sei Distretti e difficoltà ad arginare delle prassi organizzative consolidate che ostacolano il processo organizzativo   |
|                                  |                            |             |                            | 3              | Presa in carico: L'equipe formula un progetto individualizzato in base alla valutazione socio sanitaria effettuata e nomina un casemanager. Tale progetto viene condiviso con l'utente e i suoi familiari.  |   | S.S.D. Assistenza Disabili  | Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatore (solo nel DSS 9)  |   | Mancanza di trasparenza e di precise regole procedurali nella programmazione e nella gestione complessiva della procedura.  | Interno          | Mancanza di revisione dei criteri di priorità   |
|                                  |                            |             |                            | 4              | Valutazione e inserimento in lista di attesa:<br>1) Se il progetto di vita prevede un inserimento in struttura riabilitativa residenziale/semiresidenziale, vengono effettuate ulteriori valutazioni (Aged, NPI, scheda sociale, CIRS, attività riabilitative e riattivanti.)<br>2) La famiglia coadiuvata dall'equipe sceglie massimo due strutture per gli istituti ex Art.26, tale scelta è riportata formalmente sul modulo apposito e consegnata alla famiglia<br>3) Il nominativo viene inserito sullo sportello polifunzionale riportando: la data di valutazione dell'inserimento in lista, le schede di valutazione e le strutture prescelte. Viene inoltre inviata una comunicazione, segnalando l'avvenuto inserimento dell'utente in lista d'attesa, tramite mail alla Direzione SSD Assistenza Disabili.<br>4) Per gli inserimenti in lista per il ricovero di sollievo si esegue la procedura di cui sopra evidenziando il fatto che sia in lista come ricovero temporaneo con la "T" |   | S.S.D. Assistenza Disabili  | Punto 1) Per la valutazione sanitaria: Medico Specialista Per la valutazione sociale: Assistente sociale<br>Punto 2) Medico Specialista, Assistente sociale e Psicologo Educatore se presente<br>Punto 3) Assistente sociale o Medico Specialista |   | Uso distorto o improprio delle discrezionalità quali: la reiterazione di accesso in struttura senza aver prima compilato le schede sanitarie e la scheda sociale. | Interno          | Mancanza di omogeneità nei sei Distretti. Per il ricovero di sollievo è importante sottolineare che viene inserito nella stessa lista del ricovero definitivo in quanto a livello regionale non sussistono accordi per delineare il numero di posti letto ad hoc.   |
|                                  |                            |             |                            | 5              | 1) Una volta inserita la scheda di valutazione e la parte anagrafica il programma in automatico calcola il punteggio sulla base di un algoritmo che prevede tre variabili: cronologia, valore delle schede sanitarie e sociale: il criterio cronologico ha un peso minore rispetto alle altre due schede.<br>2) Possibilità da parte dell'assistente sociale o del medico di aggiungere, anche successivamente, in caso di aggravamento della condizione personale e/o familiare dell'assistito, un valore ulteriore di punteggio modificando i criteri di priorità per un inserimento in urgenza.  |   | S.S.D. Assistenza Disabili - S.S.D. Centro Residenziale e Semiresidenziale per Disabili | Le modifiche possono essere effettuate dall'Assistente Sociale e/o dal Medico Specialista   |   | Alterazioni od omissioni di attività di controllo della gestione delle liste di attesa.   | Interno          | Gravi criticità su SPD molte delle richieste effettuate all'assistenza informatica non vengono evase.   |
|                                  |                            |             |                            | 6              | Assegnazione del posto disponibile:<br>Quando si libera un posto in lista di attesa viene contattato (se rifiuta decade e viene cancellato/sospeso dalla lista).<br>Prima dell'effettivo inserimento la Struttura residenziale/semiresidenziale effettua una "valutazione di compatibilità".<br>3) Se il soggetto che dovrebbe subentrare non è compatibile con la situazione organizzativa e ambientale presente nell'istituto, l'assistito, ancorché primo in lista, non viene preso e viene scelto il secondo della lista e così via.<br>4) Se la valutazione di compatibilità è positiva, gli operatori (medico e assistente sociale) chiedono alla direzione di competenza (SSD Assistenza Disabili/SSD Centro Residenziale e Semiresidenziale Disabili) l'autorizzazione a procedere all'ingresso del paziente in struttura.  |   | S.S.D. Assistenza Disabili - S.S.D. Centro Residenziale e Semiresidenziale per Disabili | Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatore (solo nel DSS 9)  |   | Mancanza di attuazione uniforme della procedura.  | Interno          | Mancanza di chiarezza di una normativa regionale che disciplini la gestione delle liste di attesa. Necessità di un aggiornamento sulla procedura interna che possa dare indicazioni chiare e precise su criteri di priorità, uscita dalle liste e sospensione degli utenti in lista. Insufficienza di posti in convenzione che determina l'inserimento in struttura quasi unicamente di casi urgenti. |
|                                  |                            |             |                            | 7              | Autorizzazione ed inserimento su SPD:<br>La Direzione SSD Assistenza Disabili formalizza l'ingresso in struttura protocollando una lettera destinata alle strutture ed ai distretti.<br>L'inserimento in struttura, se si tratta di un ricovero definitivo comporta l'uscita dalle liste.   |   | S.S.D. Assistenza Disabili e Distretti  | Punto 1) Direzione SSD Assistenza Disabili - operatori e direttore<br>Punto 2) Operatori dei distretti  |   | Mancanza di trasparenza e di precise regole procedurali nella gestione della lista d'attesa.  | Interno          | Mancanza di omogeneità nei sei Distretti e mancanza di coordinamento tra Direzione SSD Assistenza Disabili ed operatori dei distretti.  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |                            |            |  |               |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                |  |                  |   |                        |  |
|----------------------------------|----------------------------|------------|--|---------------|--|---|--|--|------------------|---|------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                  | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO                         | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)   | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE)       | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI   |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.S.D. ASSISTENZA DISABILI | 128        | Autorizzazione presidi di assistenza protesica | 1             | Ricevimento richieste di autorizzazioni, da prescrittori, utenti o ditte fornitrici, dei presidi da autorizzare. Le richieste vengono recapitate agli Uffici Protesi dei Distretti di appartenenza dell'utente a mano o spedite via mail. Gli Uffici Protesi indicano sulla pratica la data di consegna della richiesta. | Registrazione della richiesta in giornata   | Uffici Protesi dei DSS   | Personale afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)   |                  | Le modalità di accettazione delle pratiche non sono omogenee in tutti i distretti a causa di differenze di spazi e personale a disposizione   | DSS                    | Personale non medico è gestito dal DSS e non da SSD Assistenza Disabili. Difficoltà di utilizzo degli strumenti informatici da parte degli operatori dei Distretti. Problemi relativi a mansioni dei dipendenti. Sarebbe necessario apportare delle modifiche a SPD in modo da gestire meglio le scadenze e la protocollazione delle autorizzazioni ma non tutte le modifiche sono possibili. La normativa e le procedure specifiche cambiano molto spesso ed è quindi necessario un costante aggiornamento degli operatori dei Distretti. |
|                                  |                            |            |  | 2             | Verifica della corretta residenza sanitaria dell'utente richiedente, del possesso dell'invalidità civile o inoltro effettuato presso il patronato; verifica della completezza formale della pratica e della presenza degli allegati necessari.   |   | Uffici Protesi dei DSS   | Personale afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)   |                  |   | Uffici Protesi dei DSS |  |
|                                  |                            |            |  | 3             | Verifica che l'utente abbia diritto al presidio richiesto e/o se la richiesta sia nei tempi corretti di rinnovo; verifica della correttezza dei codici relativi al Nomenclatore D.M 332/1999 ed al DPCM del 12/01/2017 sull'Allegato A.  |   | Uffici Protesi dei DSS   | Medici afferenti alla SSD Assistenza Disabili  |                  | Non tutti gli aspetti procedurali sono definiti dal DPC. Alcuni di questi dovrebbero essere definiti dalle Regioni che però, ad oggi, non hanno legiferato in merito in modo completo lasciando quindi dei vuoti normativi. | Uffici Protesi dei DSS |  |
|                                  |                            |            |  | 4             | L'esito (autorizzazione o diniego) viene inviato all'utente e/o alla ditta   | 20 giorni lavorativi dalla consegna della richiesta (DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) e in particolare l'allegato 5 (elenchi 2a e 2b dei dispositivi erogabili); D.M. 332/1999 (vecchio nomenclatore ancor in uso in riferimento ai presidi in elenco 1 - personalizzati) | Uffici Protesi dei DSS   | I Medico autorizza o meno la richiesta; il personale afferente ai DS invia l'esito   |                  | Non è chiaro a livello normativo come si debbano conteggiare i giorni.  | Uffici Protesi dei DSS |  |
|                                  |                            |            |  | 5             | Registrazione e protocollazione su Sportello Polifunzionale Distrettuale   |   | Uffici Protesi dei DSS   | Personale afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)   |                  | Errata protocollazione  | Uffici Protesi dei DSS |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI  |  |            |   |               |   |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |                  |   |                  |   |
|----------------------------------|--|------------|---|---------------|---|---|--|--|------------------|---|------------------|---|
| DIPARTIMENTO                     | STRUTTURA                                  | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                |
| DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale | 129        | Attivazione Percorsi Inclusione Sociale con stipula Convenzione e Progetto Individuale e gestione economica | 1             | Procedimenti amministrativi predisposti per la Convenzione Quadro tra Comune Genova e Asl3, dedicata ad interventi coordinati finalizzati all'inserimento lavorativo socio assistenziale a favore di persone disabili. Ricezione tranches finanziarie di rimborso, da parte del Comune di Genova, per interventi di mediazione al lavoro per fasce deboli   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  |   |                  |   |
|                                  |  |            |   | 2             | Segnalazione utente (da parte dell'Assistenza Disabili o tramite compilazione modulo di presa in carico da parte del Medico di base/Clibas/in elaborazione con Liguria digitale)  |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  |   |                  |   |
|                                  |  |            |   | 3             | Valutazione da parte del Dirigente Responsabile della segnalazione con verifica della sussistenza dei requisiti per la successiva presa in carico   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | Possibile errore nella valutazione dei requisiti  |                  |   |
|                                  |  |            |   | 4             | Apertura cartella sul server da parte del Dirigente Responsabile ed inserimento nuova segnalazione a Sportello e in file "Nuove segnalazioni"   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  |   |                  |   |
|                                  |  |            |   | 5             | Se segnalazione ritenuta inidonea: attivazione da parte del Dirigente della rete assistenziale alternativa.   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | Discrezionalità sulla rete assistenziale alternativa. Favorire un Ente terzo per interessi personali  |                  | Misura individuata e attuata nel 2022: Inserimento dei vincoli sullo sportello Polifunzionale |
|                                  |  |            |   | 6             | Se segnalazione ritenuta idonea: attivazione del Progetto   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | possibile errore nella scelta del percorso da attivare  |                  |   |
|                                  |  |            |   | 7             | 6. Primo colloquio conoscitivo/anamnestico svolto da Dirigente Responsabile e/o Dirigenti di Polo che valutano il bisogno dell'utente e attivano un trattamento psicoterapico e/o assegnano il caso ad uno degli operatori per l'attivazione del percorso d'inclusione sociale (con criteri di assegnazione che garantiscano equità nella suddivisione dei carichi di lavoro)   |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | Letture inappropriate del bisogno della persona con possibilità di favorire un utente per interessi personali/ possibilità di errore nel giudizio clinico |                  |   |
|                                  |  |            |   | 8             | Redazione Progetto Individuale e individuazione della misura (fonte) di erogazione economica: comunale, regionale o nessuna retribuzione  |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  |   |                  |   |
|                                  |  |            |   | 9             | Redazione Progetto Individuale che prevede l'individuazione di uno dei seguenti percorsi alla durata che vai 3 ai 24 mesi:  |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  |   |                  |   |
|                                  |  |            |   | 10            | percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa: sono attivabili a favore di quelle persone per le quali è prevedibile il recupero di abilità lavorative tali da consentirne il successivo inserimento occupazionale attraverso un percorso tutelato di acquisizione di capacità di adattamento all'ambiente e di avvicinamento al mondo del lavoro;  |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | Inserire il soggetto in una area non coerente con il suo profilo  |                  |   |
|                                  |  |            |   | 11            | percorsi integrati di formazione in situazione: sono attivabili a favore di quelle persone per le quali i servizi pubblici ritengono utile attivare esperienze formative in situazione con l'obiettivo di acquisire capacità relazionali e professionali propedeutiche ad un successivo percorso di inserimento lavorativo. Sono strumenti particolarmente duttili nel caso di soggetti portatori di bisogni di crescita individuale ancora in parte indeterminati in quanto consentono loro di acquisire ruolo e identità sociale; |   | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale   |  |                  | Inserire il soggetto in una area non coerente con il suo profilo  |                  |   |
|                                  |  |            |   |               |   |   |  |  |                  |   |                  |   |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |             |  |         |  |  | (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)  |   |                  |  |
|---------------------------------|--|-------------|--|---------|--|--|--|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N. Processo | PROCESSO   | N. Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI  | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE      | S.S.D. Tutela Salute in Ambito Penitenziario | 130         | Redazione relazione sullo stato di salute del detenuto | 1       | Richiesta di relazione da parte di: giudici, avvocati, direzione amministrazione penitenziaria | SSD Tutela Salute in ambito Penitenziario                                | <b>Stesura di una relazione non veritiera finalizzata a favorire la concessione di benefici ad un detenuto</b> |   | interno          |  |
|                                 |  |             |  | 2       | Richiesta convalidata dalla Direzione del carcere o dal giudice                                | SSD Tutela Salute in ambito Penitenziario                                |  |   | interno          |  |
|                                 |  |             |  | 3       |  | SD Tutela Salute in ambito Penitenziario                                 |  | Stesura di relazione non veritiera        | interno          | eccessiva discrezionalità  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                           |            |   |               |  |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                   |  |                  |   |                  |  |
|---------------------------------|---------------------------|------------|---|---------------|--|--|---|--|------------------|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                 | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI<br>(descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)                       | TEMPISTICHE FASI/AZIONI<br>(indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase<br>(Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE      | SSD Assistenza Geriatrica | 131        | Controllo delle fatture relative alle prestazioni di residenzialità e semiresidenzialità (ad esclusione di strutture individuate tramite bando di gare e prestazioni per residenti Asl3 collocate in Strutture di altre Asl3) | 1             | acquisizione report mensile delle prestazioni dalla struttura in convenzione (tramite mail)  |  | SSSD Assistenza geriatrica  | n. 2/3 operatori   |                  |   |                  |  |
|                                 |                           |            |   | 2             | controllo nominativi e presenza ospiti nella struttura tramite software aziendale (SPD)  | Entro 10 gg per verificare anomalie e segnalarle alla struttura  | SSSD Assistenza geriatrica  | n. 2/3 operatori   |                  |   |                  |  |
|                                 |                           |            |   | 3             | Emissione ordine NSO (ordine con cui vengono fatte le fatture)   |  | SSSD Assistenza geriatrica  |  |                  |   |                  |  |
|                                 |                           |            |   | 4             | verifica importi delle fatture rispetto all'ordine NSO   |  | S.C. Bilancio e Contabilità   | n. 2/3 operatori   |                  |   |                  |  |
|                                 |                           |            |   | 5             | In caso di difformità degli importi presenti nella NSO rispetto alla fattura richiesta di contattare l'Ente Gestore per regolarizzare la fattura |  | S.C. Bilancio e Contabilità   | n. 2/3 operatori   |                  |   |                  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                           |            |   |               | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)   |   |  |  |                  |   |  |  |
|---------------------------------|---------------------------|------------|---|---------------|---|---|--|--|------------------|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                 | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO  | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)   | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME) | PERIMETRO (DOVE)                                       | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE      | SSD Assistenza Geriatrica | 132        | Autorizzazione fornitura farmaci per ospiti in nconvenzione ricoverati in Strutture residenziali fuori prontuario RSA | 1             | richiesta di farmaci tramite mail alla segreteria della SSD da parte delle strutture residenziali per anziani in regime di convenzione con la ASL per gli ospiti convenzionati per farmaci fascia A e H fuori prontuario RSA)   |   | Strutture residenziali   |  |                  |   | mancata visura su posta di riferimento della richiesta |  |
|                                 |                           |            |   | 2             | stampa delle richieste pervenute e controllo delle stesse (completezza dei dati contenuti, nominativo paziente, durata, presenza di allegati per la fornitura (es. Piano terapeutico se necessario o relazione specialistica in caso di farmaco molto costoso, dimissione ospedaliera dall'ospedale ecc...), data e firma del medico) | 7 gg  | SSD Assistenza Geriatrica  |  |                  |   |  |  |
|                                 |                           |            |   | 3             | verifica dei nominativi (ospite in convenzione ASL) e del farmaco (congruità delle indicazioni e della posologia indicata)  | 1gg   | SSD Assistenza Geriatrica  |  |                  |   |  |  |
|                                 |                           |            |   | 4             | inoltro via mail alla struttura residenziale richiedente dell'autorizzazione per la fornitura (scansita) del farmaco o delle motivazioni del rifiuto con indicazioni relative per una corretta richiesta  |   | SSD Assistenza Geriatrica  |  |                  |   |  |  |
|                                 |                           |            |   | 5             | Consegna autorizzazione alla Farmacia Ospedaliera di Villa Scassi che consegna il farmaco (che richiedono ogni mese)  |   | Farmacia Ospedaliera   |  |                  |   |  |  |
|                                 |                           |            |   |               |   |   |  | rischio di autorizzare   |                  |   |  |  |

| MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                           |            |  |               |  |   | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)                                |  |                  |  |                     |  |
|---------------------------------|---------------------------|------------|--|---------------|--|---|--|--|------------------|--|---------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                 | N_Processo | DENOMINAZIONE PROCESSO   | N_Fase/Azione | DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)  | TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte) | Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione) | Esecutore attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto) | Evento (rischio) | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)    | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI                               |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE      | SSD Assistenza Geriatrica | 133        | ESECUZIONE DI VIGILANZE NELLE STRUTTURE PER ANZIANI PER CONTROLLO DEI REQUIISTI AUTORIZZATIVI ED IL RISPETTO DEL CONTRATTO DI CONVENZIONE CON LA ASL | 1             | 1) richiesta di vigilanza da parte di organi terzi (ALISA, NAS, Comuni, Forze di Polizia....) o in seguito reclami su carenze assistenziali  |   | Direzione SSD  |  |                  | mancata o ritardata richiesta di vigilanza   | interno             | carezza personale o discrezionalità  |
|                                 |                           |            |  | 2             | Contatto Nas/Alisa per concordare il giorno dell'ispezione individuando il o i geriatri  | in genere brevi   | Direzione SSD/geriatri   | n. 7 geriatri (su circa 60 strutture convenzionate)  |                  | mancata o ritardata richiesta di vigilanza   | interno             | carezza personale o discrezionalità  |
|                                 |                           |            |  | 3             | Programmazione della vigilanza considerando la effettiva presenza e disponibilità dei geriatri nonché l'eventuale peculiarità della vigilanza stessa (ad es. rotazione)  |   | Direzione SSD  |  |                  | mancata o ritardata richiesta di vigilanza   | interno             | carezza personale o discrezionalità  |
|                                 |                           |            |  | 4             | Ispezione a sorpresa   |   | geriatri   |  |                  |  |                     |  |
|                                 |                           |            |  | 5             | 3) vigilanza svolta in equipe con operatori di altri enti o con collega geriatra ASL (almeno in due): organigramma, turni, valutazione aspetti strutturali, assistenziali, organizzativi, e sanitari (cartelle cliniche, terapie), controllo ospiti, gestione visite parenti | 1 MATTINATA   |  |  |                  | redazione di un verbale non corrispondente alla realtà con omissioni di aspetti negativi nell'assistenza agli ospiti | esterno (strutture) | carezza di formazione continua necessaria per la variazione delle normative di riferimento o discrezionalità |
|                                 |                           |            |  | 6             | Redazione di una relazione protocollata e firmata dai presenti e di un verbale firmato anche dai rappresentanti della struttura  |   |  |  |                  |  |                     |  |
|                                 |                           |            |  | 7             | In caso di segnalazioni di criticità si invia la richiesta di adeguamento tramite nota da parte della SSD o se partecipano i Nas da parte loro o di altri enti   |   |  |  |                  |  |                     |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                                 |            |   |        |   |  |  | DEL RISCHIO   |                  |  |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|---|--------|---|--|--|---|------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                       | N_Processo | PROCESSO  | N_Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)       | Evento (rischio)   | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)   | PERIMETRO (DOVE) | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| <b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI</b> | <b>S.C. Laboratorio Analisi</b> | 134        | Attività di laboratorio: prestazione, accettazione utente esterno (compresi i dipendenti per medicina preventiva) | 1      | Pagamento ticket da parte dell'utente esterno   | DSS E DMO per utenti ambulatoriali/laboratorio                                 | Accesso illegittimo a prestazioni diagnostiche gratuite a utenti esterni particolari |   | interno          |  |
|                                 |                                 |            |   | 2      | Procedure di accesso allo svolgimento degli accertamenti diagnostici da parte dell'utente esterno | DSS E DMO per utenti ambulatoriali/laboratorio                                 |  | Utilizzo improprio delle procedure di accesso per lo svolgimento degli accertamenti diagnostici                           | interno          | mancanza di controlli,   |
|                                 |                                 |            |   | 3      | Procedure di accesso allo svolgimento degli accertamenti diagnostici da parte dell'utente interna | Medicina preventiva (medico competente)  |  | Inserimento del codice di esenzione per medicina preventiva a soggetti non aventi diritto                                 | interno          | mancanza di controlli ex - post  |
|                                 |                                 |            |   | 4      | Consegna referto all'utente esterno   | Allo Sportello DSS/ DMO Laboratorio "Totem" Bilancio "on line" DSS Laboratorio |  | mancata tracciatura della consegna che non permette una puntuale consegna del referito o consegna in ritardo dello stesso | interno          | mancanza di procedure informatizzate, mancanza di controlli                    |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                                     |            |          |        |   |  | SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO) |  |                      |  |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------|----------|--------|---|--|---|--|----------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                           | N_Processo | PROCESSO | N_Fase | DESCRIZIONE FASI/AZIONI   | Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione) | Evento (rischio)                                      | MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)  | PERIMETRO (DOVE)     | FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI |
| DIREZIONE GENERALE              | Ufficio Stampa, Comunicazione e URP | 135        | Reclamo  | 1      | <b>RICEZIONE RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>posta ordinaria all'indirizzo: Ufficio Stampa e della Comunicazione e Ufficio Relazioni con il Pubblico - Settore Ufficio Tutela e Partecipazione, via Bertani 4 - 16125 Genova;</li> <li>posta elettronica all'indirizzo: tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it;</li> <li>compilando la scheda di segnalazione (modello cartaceo) disponibile presso la rete degli URP, gli sportelli unici, i principali punti di accoglienza dell'Azienda e scaricabile dal sito aziendale www.asl3.liguria.it. Il modulo cartaceo può essere inviato: per posta ordinaria all'indirizzo sopra specificato, via e-mail all'indirizzo di posta elettronica riportato sopra, via fax al numero 010 849 7625 oppure consegnato direttamente agli operatori dell'URP e dell'Ufficio Accoglienza dei Distretti.</li> </ul>   | URP-Tutela   |   | Mancata trasmissione al Settore URP-Tutela da parte delle Strutture che ricevono il RECLAMO  |                      | monopolio competenza/assenza di procedure (da parte delle Strutture)           |
|                                 |                                     |            |          | 1.2    | <b>RICEZIONE RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ricevuto il Reclamo nelle forme sopradescritte, avviene la Protocollo tramite procedura istituzionale.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 2      | <b>PRESA IN CARICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registrazione del Reclamo sulla piattaforma informatizzata "Sportello polifunzionale" profilo di utenza URP Gestionale: inserimento dati anagrafici dell'assistito e/o del richiedente; oggetto; classificazione del reclamo; struttura segnalata; numero di protocollo e data di protocollazione del reclamo.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 2.2    | <b>PRESA IN CARICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>invio all'utente a mezzo e-mail, per le segnalazioni pervenute via e-mail, della presa in carico dell'Istruttoria, dove non indicato un indirizzo e-mail si comunica all'utente telefonicamente la presa in carico dell'Istruttoria.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 2.3    | <b>PRESA IN CARICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La registrazione del Reclamo sulla piattaforma informatizzata "Sportello polifunzionale" dell'Istruttoria produce in automatico un numero progressivo di identificazione.</li> </ul>   | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 3      | <b>GESTIONE DEL RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>I tempi di Risposta alla segnalazione dal momento della ricezione della stessa sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>entro 30 giorni lavorativi - entro 60 giorni in caso di interlocutoria - entro 90 giorni in caso di sospensione.</li> </ul> </li> </ul>   | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 3.1    | <b>GESTIONE DEL RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risposta da parte della Struttura:</b> trasmissione nota alla Struttura coinvolta contenente le istruzioni relative alle modalità di risposta. La Struttura coinvolta risponde al cittadino attraverso il canale dalla stessa ritenuto più opportuno e previa supervisione del Settore URP-Tutela.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 3.2    | <b>GESTIONE DEL RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risposta da parte dell'URP-Tutela:</b> trasmissione nota alla Struttura coinvolta contenente le istruzioni relative alle modalità di risposta, con richiesta di predisposizione relazione di merito da parte della Struttura competente. Il settore URP-Tutela, sulla base della relazione risponde previa valutazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>con lettera al segnalante: a) con nota a firma del Direttore Generale (previo invio della bozza della risposta alla Direzione Sanitaria per segnalazioni di carattere sanitario o alla Direzione Socio Sanitaria per segnalazioni di carattere socio sanitario o alla Direzione Amministrativa per segnalazioni di carattere amministrativo); b) nota a firma del Direttore Sanitario per ciò che afferisce alla Direzione sanitaria; c) nota a firma del Direttore Socio Sanitario per ciò che afferisce alla Direzione Socio Sanitaria; d) nota a firma Direttore Amministrativo per ciò che afferisce alla Direzione Amministrativa;</li> <li>posta elettronica;</li> <li>comunicazione telefonica.</li> </ul> </li> </ul> | URP-Tutela   | Mancata risposta nei tempi prestabiliti               | Anche a causa del Covid la Struttura non predispone il riscontro al Settore URP-Tutela impedendo quindi di fornire la risposta al cittadino nei tempi adeguati andando fuori dai tempi previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela | monopolio competenza |  |
|                                 |                                     |            |          | 3.3    | <b>GESTIONE DEL RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante l'istruttoria il Settore URP-Tutela effettua una serie di azioni propedeutiche a fornire risposta all'utente nei termini previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela. L'azione di sollecito alle Strutture interessate viene effettuata secondo le seguenti modalità e tempistiche nel caso in cui la struttura non rispondesse alla prima nota di trasmissione: memo via mail 7 gg dalla trasmissione; mail/telefonata 15 gg dalla trasmissione; sollecito via mail 18gg dalla trasmissione; sollecito telefonico 20gg dalla trasmissione. Tali solleciti ad eccezione fatta per il il memo a 7gg, con lo Stato Pandemico per gli anni 2020 e 2021, che hanno visto tutte le Strutture di ASL3 coinvolte nel fronteggiare l'emergenza, sono stati effettuati attraverso una cadenza flessibile rispetto a quanto descritto, con lo scopo di trovare un equilibrio tra la situazione vissuta dalle Strutture interessate e l'utenza.</li> </ul>   | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 3.4    | <b>GESTIONE DEL RECLAMO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione di un documento in Excel per monitorare i tempi di risposta. Report settimanali sullo stato di avanzamento dell'istruttoria per ogni singolo reclamo. Valutazione per eventuale attivazione interlocutoria o sospensione nei casi di maggior complessità.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 4      | <b>CHIUSURA DEL RECLAMO SULLA PIATTAFORMA INFORMATIZZATA "SPORTELLI POLIFUNZIONALE":</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inserimento nella pratica relativa al singolo reclamo, identificato dal numero di registrazione, delle modalità adottate per la risposta all'utente, della data di invio della risposta medesima nonché della data di chiusura del procedimento stesso.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 4.2    | <b>CHIUSURA DEL RECLAMO SULLA PIATTAFORMA INFORMATIZZATA "SPORTELLI POLIFUNZIONALE":</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutte le pratiche istruite e concluse relative ad ogni singolo reclamo, previa digitalizzazione della documentazione di riferimento, sono inserite e conservate in archivio digitale (cartella condivisa denominata ARCHIVIO URP_TUTELA) La Società Liguria Digitale è responsabile della sicurezza dei dati che avviene attraverso un back-up giornaliero.</li> </ul>  | URP-Tutela   |   |  |                      |  |
|                                 |                                     |            |          | 4.3    | <b>CHIUSURA DEL RECLAMO SULLA PIATTAFORMA INFORMATIZZATA "SPORTELLI POLIFUNZIONALE":</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trimestralmente vengono inviati report, su files excel sia al CCD sia al sito per la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", per la rendicontazione, contenenti i reclami conclusi. I files sono conservati nella cartella condivisa Comunicazione.</li> </ul>   | URP-Tutela   |   |  |                      |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |  | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA RIMODULATA: ID 1) Rotazione segreteria concorsi  |  |  |   |  |
|---------------------------------|--|------------|--|---|--|--|---|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N_Processo | PROCESSO   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli e mancanza di trasparenza. <b>Attuazione della rotazione del personale quale misura generale di prevenzione della corruzione nell'ambito del settore concorsi attraverso la creazione di un apposito albo</b>  |  |  |   |  |
|                                 |  |            |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile                                  | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 9          | Procedura concorsuale dirigenza e conferimento incarichi di responsabile di SC non PTA/comparto: predisposizione bando | Richiesta di disponibilità a ricoprire nel prossimo futuro, il ruolo di segretario, attraverso un avviso sulla intranet aziendale, precisando in sintesi i compiti e le responsabilità, l'assistenza formata e il compenso attualmente spettante per ricoprire il ruolo   | Aumentare il numero di dipendenti che in futuro potranno essere chiamati a svolgere l'incarico di segretario | Entro il 01/04/2022, 01/07/2023/01/30/2023, 31/12/2023                     | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane          | 1)Condivisione con il RPCT dell'avviso da pubblicare;<br>2) Pubblicazione trimestrale di un avviso sulla intranet rivolto a tutti i dipendenti   |
|                                 |  |            |  | Raccolta dei nominativi che hanno comunicato la propria disponibilità   | Disporre di un elenco di dipendenti disponibili  | Progressivamente nel corso dell'anno                                       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane          | Predisposizione elenco   |
|                                 |  |            |  | Analisi de dipendenti presenti nell'elenco eliminando quelli che non ne hanno diritto (ad esempio rappresentanti sindacali) e individuando una graduatoria sulla base della valutazione conseguita negli ultimi 3 anni (performance)  | Creazione di un albo dei segretari   | Progressivamente nel corso dell'anno                                       | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/S.C. PPC | Creazione di un albo di soggetti idonei e formazione di una graduatoria  |
|                                 |  |            |  | Scegliere progressivamente come segretari di Commissioni di concorso, per cui è previsto un compenso, i nominativi dei dipendenti dell'albo. In caso non fossero disponibili altri dipendenti, rientranti nell'albo, o in caso di procedure concorsuali ritenute particolarmente complesse e delicate, saranno individuati i dipendenti esperti esterni all'albo. | Applicare la rotazione del personale "funzionale" attraverso criteri trasparenti e non discrezionali         | Progressivamente nel corso dell'anno se possibile o entro la metà del 2024 | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane          | 1) elenco dipendenti formati che hanno ricoperto l'incarico di segretario per concorsi per cui è previsto un compenso; 2) elenco dipendenti che hanno aderito nell'elenco aggiornato (precisando i coloro i quali hanno già seguito la formazione sul campo) |
|                                 |  |            |  | Formazione e assistenza dei segretari da parte del settore "concorsi" fornendo le istruzioni per il corretto svolgimento della procedura concorsuale  | Consentire ai segretari di svolgere il proprio ruolo con cognizione di causa e consapevolezza                | A partire dall'individuazione del segretario                               | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ RPCT    | Numero di incontri formativi   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |   | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Nomina e funzionamento del Comitato Tecnico per le verifica delle dichiarazioni di conflitto di interesse |   |                        |   |   |
|---------------------------------|--|------------|---|---|---|------------------------|---|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.                                     |   |                        |   |   |
|                                 |  |            |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile                                    | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 16         | Gestione delle richieste di attività extraistituzionale da parte del personale dipendente ex art. 53 D.Lgs. n. 163/2001 | Individuare ufficio competente alla nomina del Comitato tecnico Scientifico   | Attuare le disposizioni contenute nell'art. 11 del Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionale (Del. n. 571 30/11/2022) | 31/01/2023             | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane            | Nota/mail comunicazione al RPCT dell'ufficio competente             |
|                                 |  |            |   | Individuare i componenti del Comitato tecnico-scientifico interno all'Azienda   | Attuare le disposizioni contenute nell'art. 11 del Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionale (Del. n. 571 30/11/2022) | 28/12/2023             | Ufficio individuato                                     | Provvedimento con indicazione dei nominativi                        |
|                                 |  |            |   | Attuazione ex-post sull'assenza di conflitti di interesse   | Individuazione dei criteri per le verifiche sul conflitto di interessi  | 31/03/2023             | Membri del Comitato Tecnico - scientifico interno       | Relazione al RPCT sui criteri che saranno adottati per le verifiche |
|                                 |  |            |   | Monitoraggio sulle attività di verifica   | Rafforzare gli strumenti di controllo del processo relativo alle autorizzazioni   | Entro la fine del 2023 | Membri del Comitato Tecnico - scientifico interno/ RPCT | Numero richieste verificate e loro esito (da trasmettere al RPCT)   |



| Form1        |                                 |            |   | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Utilizzo dell'albo Docenti aziendale  |  |                        |  |  |
|--------------|---------------------------------|------------|---|---|--|------------------------|--|--|
| DIPARTIMENTO | STRUTTURA                       | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza controlli/pressioni esterne-interne/mancato rispetto degli standard.  |  |                        |  |  |
|              |                                 |            |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile                         | Indicatori   |
| GIURIDICO    | S.C. Aggiornamento e Formazione | 27         | Individuazione docenti per attività formativa interna | In fase di progettazione dell'elaborazione del PFA informare i Direttori di Dip./SC che i docenti delle attività formative dovranno essere inseriti nell'Albo dei docenti aziendali e che la scelta dovrà essere plurima. | Garantire il principio di rotazione nella scelta dell'attività di docenza. | già attuata            | Direttore S.C./Responsabile del procedimento | Comunicazioni ai referenti dei Dipartimenti/SC                       |
|              |                                 |            |   | Individuazione dei docenti utilizzando l'Albo privilegiando il principio della rotazione  | Attuazione del principio di rotazione                                      | già attuata            | Direttore S.C./Responsabile del procedimento | Scelta dei docenti dall'Albo   |
|              |                                 |            |   | Monitoraggio attuazione della misura nel corso del 2023   | Verificare l'effettiva attuazione della misura                             | nel corso del 2023     | Direttore S.C./Responsabile del procedimento | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente di un elenco aggiornato |
|              |                                 |            |   |   |  |                        |  |  |
|              |                                 |            |   |   |  |                        |  |  |

| Form1        |                                 |            |                                  | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Trasparenza costi singoli progetti formativi   |                                       |                        |                                 |  |
|--------------|---------------------------------|------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| DIPARTIMENTO | STRUTTURA                       | N_Processo | PROCESSO                         | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza controlli/pressioni esterne-interne/mancato rispetto degli standard. |                                       |                        |                                 |  |
|              |                                 |            |                                  | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso                      | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile            | Indicatori   |
| GIURIDICO    | S.C. Aggiornamento e Formazione | 30         | Adozione Piano Formativo Annuale | Predisposizione elenco progetti formativi inseriti nel PFA 2023 con indicazione dei costi sostenuti di ogni progetto formativo attivato                      | Aumentare la trasparenza del processo | Entri il 31/12/2023    | S.C. Aggiornamento e Formazione | Pubblicazione prospetto con indicazione dei costi su Amministrazione Trasparente |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |                                    | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Individuazione criteri oggettivi per la nomina dei segretari delle selezioni (sulla base dell'audit RPCT del 2022) |   |                        |   |  |
|---------------------------------|--|------------|------------------------------------|--|---|------------------------|---|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N_Processo | PROCESSO                           | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Eccessiva discrezionalità/Assenza di criteri preordinati              |   |                        |   |  |
|                                 |  |            |                                    | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE | 32         | Conferimento incarichi di funzione | Costituzione di apposito gruppo di lavoro  | Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro  | Entro il 28/02/2023    | Dirigente responsabile della S.C.   | Atto (nota, mail) in cui il responsabile di S.C. individua i membri del gruppo di lavoro                       |
|                                 |  |            |                                    | Svolgimento di almeno un incontro  | Condivisione dei criteri per l'individuazione dei componenti anche sulla base delle indicazioni emerse dall'audit del RPCT del 2022                           | Entro il 31/03/2023    | Gruppo di Lavoro  | Verbale (o verbali) del Gruppo di lavoro che rendiconta le attività svolte durante l'incontro (o gli incontri) |
|                                 |  |            |                                    | Predisposizione di una bozza di regolamento  | Aumentare il rispetto dei principi di trasparenza e di parità di trattamento dei dipendenti evidenziando criteri oggettivi per l'individuazione dei segretari | Entro il 15/04/2022    | Gruppo di Lavoro  | Trasmissione al responsabile di S.C. del regolamento   |
|                                 |  |            |                                    | Trasmissione formale di una nota con cui si trasmette il regolamento   | Pubblicare il regolamento su Amministrazione Trasparente e sulla intranet aziendale   | Entro il 02/05/2023    | Dirigente responsabile S.C.   | Regolamento pubblicato   |
|                                 |  |            |                                    | Applicazione effettiva dei criteri contenuti nel regolamento   | Individuazione dei segretari delle selezioni relative agli incarichi di funzione attraverso l'applicazione del regolamento                                    | Entro il 02/05/2023    | Dirigente responsabile S.C.   | Numero di procedure interne di selezione in cui è stato applicato il regolamento                               |
|                                 |  |            |                                    |  |   |                        |   |  |
|                                 |  |            |                                    |  |   |                        |   |  |
|                                 |  |            |                                    |  |   |                        |   |  |
|                                 |  |            |                                    |  |   |                        |   |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |                                    | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Snellimento procedure del processo relativo agli incarichi di funzione  |   |                          |  |   |
|---------------------------------|--|------------|------------------------------------|---|---|--------------------------|--|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N_Processo | PROCESSO                           | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Eccessiva discrezionalità/Assenza di criteri preordinati   |   |                          |  |   |
|                                 |  |            |                                    | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE | 32         | Conferimento incarichi di funzione | Chiedere la pubblicazione sulla intranet aziendale di una notizia con cui si informano dipendenti delle modifiche alle procedure interne al processo  | Aumentare la trasparenza  | Entro il 31/12/2023      | Settore Incarichi  | Pubblicazione sulla intranet aziendale di una notizia quale informativa sulle modifiche che verranno apportate alla procedura       |
|                                 |  |            |                                    | Sostituire le informazioni relative al luogo e alla data delle convocazioni della selezione, fino ad ora trasmesse tramite nota, mail individuale per ogni singolo candidato, attraverso la pubblicazione di una notizia sulla intranet aziendale | Rendere il processo più efficiente ed economico in termini di tempo risparmiato | A partire dal 31/10/2023 | Settore Incarichi  | Evidenza che nelle selezioni verrà utilizzata questa procedura a partire dalla pubblicazione della notizia sulla intranet aziendale |
|                                 |  |            |                                    |   |   |                          |  |   |
|                                 |  |            |                                    |   |   |                          |  |   |
|                                 |  |            |                                    |   |   |                          |  |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |  | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Regolamentazione dettagliata dei criteri previsti dal C.C.N.L. dell'Area Sanità del 19.12.2019 - triennio 2016-2018, in particolare vincolando a un punteggio i criteri di cui all'art. 19 c. 9 lett. C) del suddetto C.C.N.L. |  |                        |  |  |
|---------------------------------|--|------------|--|---|--|------------------------|--|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                    | N_Processo | PROCESSO   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Eccessiva discrezionalità/Assenza di criteri preordinati   |  |                        |  |  |
|                                 |  |            |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO GIURIDICO          | S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE | 33         | Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, di nuova istituzione, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Sociosanitaria | Costituzione di apposito gruppo di lavoro   | Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro   | Entro il 31/05/2023    | Dirigente responsabile della S.C.  | Atto (nota, mail) in cui il responsabile di S.C. individua i membri del gruppo di lavoro   |
|                                 |  |            |  | Svolgimento di almeno un incontro   | 1) Condivisione di criteri oggettivi per la valutazione dei CV dei candidati e per la valutazione dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale | Entro il 30/06/2023    | Gruppo di Lavoro   | Verbale (o verbali) del Gruppo di lavoro che rendiconta le attività svolte durante l'incontro (o gli incontri)   |
|                                 |  |            |  | Predisposizione di una bozza di regolamento   | Aumentare il rispetto dei principi di trasparenza e di parità di trattamento tra i dirigenti sanitari evidenziando criteri oggettivi per la valutazione comparativa  | Entro il 15/07/2023    | Gruppo di Lavoro   | Trasmissione al responsabile di S.C. del regolamento   |
|                                 |  |            |  | Trasmissione formale di una nota con cui si trasmette il regolamento  | Pubblicare il regolamento su Amministrazione Trasparente e sulla intranet aziendale  | Entro il 02/08/2023    | Dirigente responsabile S.C.  | Regolamento pubblicato   |
|                                 |  |            |  | Applicazione effettiva dei criteri contenuti nel regolamento  | Conferimento degli incarichi dirigenziali (o per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse) valutando le candidature sulla base dei criteri contenuti nel regolamento   | Entro il 02/08/2023    | Dirigente responsabile S.C.  | Evidenza che le valutazioni comparative per il conferimento di incarichi dirigenziali verranno effettuate con l'applicazione dei criteri contenuti nel regolamento a partire dalla pubblicazione del regolamento |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                      |            |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Accertamento informatizzato di situazioni di conflitto d'interesse dei componenti delle commissioni rispetto ai casi esaminati   |  |                                |   |   |
|---------------------------------|----------------------|------------|---|---|--|--------------------------------|---|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA            | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli  |  |                                |   |   |
|                                 |                      |            |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione         | Ufficio Responsabile                            | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE     | S.C. Medicina Legale | 71         | MINORAZIONI CIVILI (ACCERTAMENTI INVALIDITA' CIVILE, HANDICAP, DISABILITA', CECITA' E SORDITA') | Revisione del modello di conflitto di interesse relativo alle Commissioni di gara per adattarlo alle commissioni preposte alla concessioni di benefici, sussidi e vantaggi economici  | Predisposizione di un nuovo modello specifico per le commissioni di benefici, sussidi e vantaggi economici   | Entro il 30 aprile 2022        | RPCT/Gruppo interaziendale regionale RPCT       | Predisposizione del modello di autodichiarazione e trasmissione alla S.C. Medicina Legale |
|                                 |                      |            |   | Prendere contatti con i tecnici informatici per concordare le modalità di aggiornamento del programma OASIS in modo da inserire informaticamente il verbale (all'interno del quale sarà inserito il modulo firmato sull'assenza di conflitto di interesse e collegandolo all'elenco degli assiti oggetto di accertamento) | Consentire ai membri della Commissione di rendere la dichiarazione sul conflitto di interesse in modo informatizzato sulla base degli assiti che saranno effettivamente valutati durante la giornata | Entro il 30 novembre 2022      | SIA/Tencici informatici                         | Modifiche informatiche da parte dei tecnici informatici / SIA                             |
|                                 |                      |            |   | Inserimento delle dichiarazioni sul conflitto di interesse firmati da tutti i membri della Commissione (o di un modulo unico firmato da tutti i membri della Commissione) prima dell'avvio della seduta della Commissione   | Consentire alla S.C Medicina Legale di visualizzare tutte le dichiarazioni sul conflitto di interesse  | Tra il 30/12/2022 - 30/03/2023 | Membri della Commissione / S.C. Medicina Legale | Numero di dichiarazioni inserite  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                          |            |   | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: : Collegamento al programma dell'anagrafica dei dipendenti e verifica controlli DMO attraverso uno specifico audit |  |                        |                                 |  |
|---------------------------------|--------------------------|------------|---|--|--|------------------------|---------------------------------|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli mancanza di procedure informatizzate.         |  |                        |                                 |  |
|                                 |                          |            |   | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile            | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO DEI SERVIZI        | S.C. Laboratorio Analisi | 134        | Attività di laboratorio: prestazione, accettazione utente esterno (compresi i dipendenti per medicina preventiva) | Installazione e integrazione del programma informatico   | Installazione su tutti i pc il programma perfettamente integrato   | realizzato             | S.C. SIA                        | n. di pc a cui il programma è stato installato                                     |
|                                 |                          |            |   | Verifica effettuazione formazione dei dipendenti all'uso del nuovo software  | Consentire l'utilizzo del nuovo software e le sue finalità a tutti i dipendenti interessati  | Entro il 28/02/2023    | S.C. E S.C. Laboratorio Analisi | n. di dipendenti formati (trasmissione al RPCT di apposita relazione)              |
|                                 |                          |            |   | Collegamento al programma dell'anagrafica dei dipendenti.  | Verificare in modo automatico e sicuro, che tutti i dipendenti che richiedono di essere sottoposti alla visita del lavoro (gratuita) ne abbiano effettivamente diritto   | Entro il 30/09/2023    | S.C. SIA                        | collegamento tra il nuovo software e quello relativo all'anagrafica dei dipendenti |
|                                 |                          |            |   | Individuazione dei pazienti in "pre-ricovero" che rinunciano al ricovero e modalità recupero crediti   | Verifica se la DMO individui i pazienti, che sulla base della segnalazione dei reparti, hanno rinunciato all'intervento e se attivi la procedura di recupero dei ticket che, in assenza di intervento, deve essere pagato. | Entro il 31/12/2023    | DMO                             | numero di incontri audit   |

|  |   |            |                                       | <b>PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Attivazione di un sistema di controllo per la verifica della corretta distribuzione dei buoni pasto</b>  |  |   |   |   |
|--|---|------------|---------------------------------------|--|--|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                           | STRUTTURA   | N_Processo | PROCESSO                              | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.  |  |   |   |   |
|  |   |            |                                       | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione                                  | Ufficio Responsabile  | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO TECNICO<br>AMMINISTRATIVO | S.S.D Economato e Logistica<br>S.C. Gestione e Sviluppo delle | 76         | Distribuzione e fruizione buoni pasto | 1) Introduzione ticket elettronici   | Informatizzare il processo eliminando le procedure di richiesta e consegna dei buoni cartacei      | Attuato a partire dal 1 gennaio 2023                    | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SSD Economato e Logistica | Numero di ticket elettronici consegnati e funzionanti |
|  |   |            |                                       | A cadenza bimestrale caricamento del badge elettronico per un importo corrispondente al numero di timbrature registrate sul portale delle rilevazioni presenze degli ultimi due mesi | Impedire che un dipendente possa usufruire di un importo superiore a quello di cui avrebbe diritto | A partire dal 01/03/2023 e per ogni bimestre successivo | S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane                            | Caricamento del budget elettronico previa verifica    |



|                                     |                           |            |  | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Attivazione di un sistema di controllo per la verifica del chilometraggio  |   |  |   |  |
|-------------------------------------|---------------------------|------------|--|---|---|--|---|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                 | N_Processo | PROCESSO   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.   |   |  |   |  |
|                                     |                           |            |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione                             | Ufficio Responsabile  | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO | SSD Economato e Logistica | 79         | Gestione del processo: noleggio e acquisto veicoli aziendali | Incontro con la S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture per valutare la possibilità di acquistare un sistema di monitoraggio GPS da installare su tutte le autovetture aziendali | 1) Analisi di fattibilità tecnica ed economica e indicazione di una tempistica; 2) Verifica che il sistema sia in grado di elaborare i dati in formato Excell o altro compatibile con il programma gestionale interno denominato "gestione autovetture" | Entro 31 gennaio 2023                              | S.SD Economato/S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | Verbale incontro   |
|                                     |                           |            |  | In caso di valutazione positiva: acquisto di un sistema di monitoraggio GPS da inserire su tutte le autovetture aziendali   | Aumentare i controlli e la sicurezza attraverso la registrazione e il controllo dello storico dei viaggi degli autisti  | Entro il 31 marzo 2023                             | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                | Determina di acquisto  |
|                                     |                           |            |  | Installazione dell'apparecchio su tutte le autovetture in dotazione   | Attivare il sistema di monitoraggio GPS   | Entro il 30 aprile 2023                            | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture                | Numero di apparecchi installati  |
|                                     |                           |            |  | Estrazione dei dati dal programma fornito dal sistema di monitoraggio GPS e invio al tecnico informatico per l'inserimento sul programma interno "gestione autovetture"                 | Monitorare mensilmente i viaggi effettuati: luoghi, durata delle soste, lunghezza, tempi di percorrenza di ogni tratta, velocità media dei veicoli. I dati sui km saranno da confrontare con il carburante speso  | Entro il 30 maggio 2023 e per ogni mese successivo | S. C. SIA   | File di excel in cui siano visibili anche le colonne: a) sui km percorsi, b) sul consumo di carburante |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |            |          | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Attivazione audit per verifiche proroghe (e frazionamento appalto principale)  |   |                                |   |                             |
|-------------------------------------|--|------------|----------|---|---|--------------------------------|---|-----------------------------|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza di controlli.   |   |                                |   |                             |
|                                     |  |            |          | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione         | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile<br>( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori                  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 83         | Proroghe | Stabilire un incontro per programmare con le Strutture coinvolte le date degli audit e le ulteriori modalità di monitoraggio da attivare nel corso del triennio | Programmazione delle date degli audit individuando i processi da auditare   | Entro il 28/02/2023            | RPCT/S.C. Programmazione e Gestione Forniture   | Verbale incontro            |
|                                     |  |            |          | Costituzione gruppo di lavoro   | Cosituzione del personale addetto alla verifica   | Entro il 15/03/2023            | RPCT/S.C. Programmazione e Gestione Forniture   | Nominativi gruppo di lavoro |
|                                     |  |            |          | Predisposizione di Check list per le verifiche audit  | Individuare criteri oggettivi per le verifiche audit al fine di valutare con precisione la correttezza delle procedure  | Entro il 01/04/2023            | RPCT/S.C. Programmazione e Gestione Forniture   | Check - list                |
|                                     |  |            |          | Incontro audit sul campo  | Verificare la documentazione predisposta al fine di accertarsi che la stessa risponda alle procedure (attraverso la check - list) e verificare la presenza di eventuali frazionamenti degli appalti originari | Almeno due nel corso dell'anno | RPCT/S.C. Programmazione e Gestione Forniture   | Verbale audit               |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |            |          | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Monitoraggio proroghe  |  |   |  |  |
|-------------------------------------|--|------------|----------|---|--|---|--|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.                                     |  |   |  |  |
|                                     |  |            |          | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione  | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 83         | Proroghe | Predisposizione di Check List per il monitoraggio in autovalutazione sulla correttezza della procedura di gestione e affidamento proroghe | Individuare criteri oggettivi per le verifiche in autovalutazione (per il monitoraggio di I livello) | Entro il 01/04/2023   | RPCT/S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture  | Check - List per monitoraggio di I livello             |
|                                     |  |            |          | Trasmissione della Check List   | Rendere trasparente l'avanzamento delle procedure sulle proroghe                                     | Dal 01/04/2023  | RPCT   | Invio per mail della Check - List (Matrice)            |
|                                     |  |            |          | Comunicazione dei dati relativi alle proroghe adottate rispettando i passaggi della Check List  | Rendere trasparente l'avanzamento delle procedure sulle proroghe                                     | Ogni trimestre dell'anno (a partire dal 15simo giorno dal trimestre di riferimento) | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture   | Compilazione dati all'interno delle cartelle condivise |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |  |            |          | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Aumentare il livello di trasparenza nelle concessioni di proroghe contrattuali  |  |                          |   |  |
|-------------------------------------|--|------------|----------|--|--|--------------------------|---|--|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA                                      | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.  |  |                          |   |  |
|                                     |  |            |          | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso                                   | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile<br>( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture | 83         | Proroghe | Inserimento delle clausole previste nei Patti di integrità all'interno della documentazione di gara nonché nella documentazione relativa all'adozione di eventuali proroghe (tecniche e non tecniche)  | Aumentare l'integrità e la trasparenza             | Entro il 31/01/2023      | Uffici tecnici/provveditorato   | Evidenza   |
|                                     |  |            |          | Incontro con gli uffici coinvolti per concordare i criteri e le modalità di comunicazioni delle proroghe   | Incontro illustrativo                              | Entro il 28/02/2023      | Uffici tecnici/provveditorato   | Verbale incontro   |
|                                     |  |            |          | Obbligo di comunicare tempestivamente al RPCT la presenza di ripetuti affidamenti (di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza ai medesimi operatori economici) al fine di consentire allo stesso di attivare un monitoraggio specifico   | Aumentare il livello di integrità e di trasparenza | A partire dal 01/04/2023 | Uffici tecnici/provveditorato   | Trasmissione nota informativa su nuove proroghe contrattuali |
|                                     |  |            |          | Pubblicazione di un elenco: a) con tutti i contratti prorogati con indicazione del contratto originario e con evidenza di eventuali proroghe intermedie tra il contratto originario e l'ultima proroga; b) con evidenza contratto compreso quello di eventuali proroghe (tecniche e non tecniche) in cui sono state inserite le clausole previste nei Patti di Integrità | Aumentare la trasparenza                           | A partire dal 30/06/2023 | Uffici tecnici/provveditorato   | Trasmissione dei dati su Amministrazione Trasparente         |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI           |   |            |  | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Nomina di una Commissione redigente il Capitolato di gara  |  |   |  |   |
|---|---|------------|--|--|--|---|--|---|
| DIPARTIMENTO                              | STRUTTURA   | N_Processo | PROCESSO   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.  |  |   |  |   |
|   |   |            |  | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione  | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO<br>TECNICO<br>AMMINISTRATIVO | S.C. Programmazione e<br>Gestione delle Forniture | 137/138    | Acquisti sopra soglia (Criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa o criterio del minor prezzo) | 1) Individuazione dei membri della Commissione, in numero dispari da parte del Direttore/i del/i servizio/i richiedente/i; 2) Predisposizione del capitolato di gara | Individuare le migliori caratteristiche dei beni/servizi richiesti nell'ambito di procedure di gara di particolare complessità che prevedono un criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa o che, comunque, hanno importo superiore a quello della soglia comunitaria stabilita dal Codice | In caso di avvio delle procedure "in autonomia" previa richiesta di deroga ai sensi della L.R. 2/2021 | Ufficio Acquisti   | Comunicare al RPCT: 1)avvio della procedura; 2)nomina della Commissione |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI           |                                  |            |   | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Creazione modulo informatico da implementare alla procedura di gestione della contabilità |   |  |  |                            |
|---|----------------------------------|------------|---|--|---|--|--|----------------------------|
| DIPARTIMENTO                              | STRUTTURA                        | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli informatizzati        |   |  |  |                            |
|   |                                  |            |   | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori                 |
| DIPARTIMENTO<br>TECNICO<br>AMMINISTRATIVO | SISTEMI INFORMATIVI<br>AZIENDALI | 92         | Gestione liquidazione tecnica fatture per acquisizione beni e servizi | MODULO CARTACEO VALIDATO DAL SIA E DALLA STRUTTURA UTENTE  | MAGGIOR CONTROLLO SULLA CONFORMITA' DELLA FATTURA CON CONDIZIONI CONTRATTUALI | LA MISURA E' GIA' OPERATIVA  | SIA  | NUMERO DEI MODULI VALIDATI |
|   |                                  |            |   | CREAZIONE MODULO INFORMATICO DA IMPLEMENTARE ALLA PROCEDURA DI GESTIONE DELLA CONTABILITA'                                 | EFFETTIVA CORRISPONDENZA TRA LA FATTURA E IL PAGAMENTO                        | L'IMPLEMENTAZIONE E' SUBORDINATA ALL'AVVIO DELLA NUOVA PROCEDURA AREAS | SIA/GESTIONE DLLE FORNITURE - IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'IMPLEMENTAZIONE E' IL DIRETTORE SC SIA - L'IMPLEMENTAZIONE VIENE ESEGUITA DAI TECNICI                                |                            |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI           |           |            |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Riduzione tempi di pagamento fatture   |   |  |  |   |
|---|-----------|------------|---|--|---|--|--|---|
| DIPARTIMENTO                              | STRUTTURA | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Pressioni esterne determinate dalla revoca del factoring. |   |  |  |   |
|   |           |            |   | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione                         | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO<br>TECNICO<br>AMMINISTRATIVO | SC PPC    | 84         | Liquidazioni fatture al netto dei controlli NOC | Riduzione dei tempi medi da 45 gg a 40 gg  | Le strutture dovrebbero avere un primo beneficio dalla riduzione di 5 gg. Il sistema di pagamento fatture ne ha comunque un beneficio aziendale | Anno 2023                                      | SC PPC: Dirigente e Collaboratore  | al 31.12.2023 tempo di pagamento inf o pari a 40 gg   |
|   |           |            |   | Riduzione dei tempi medi da 40 gg a 35 gg  | Le strutture dovrebbero avere un beneficio dalla riduzione di 5 gg. Il sistema di pagamento fatture ne ha comunque un beneficio aziendale       | Anno 2024                                      | SC PPC: Dirigente e Collaboratore  | al 31.12.2024 tempo di pagamento inf o pari a 35 gg   |
|   |           |            |   | Riduzione dei tempi medi da 35 gg a 30 gg  | Le strutture dovrebbero avere un beneficio dalla riduzione di 5 gg. Il sistema di pagamento fatture ne ha comunque un beneficio aziendale       | Anno 2025                                      | SC PPC: Dirigente e Collaboratore  | al 31.12.2025 tempo di pagamento inf o pari a 30 gg   |
| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI           |           |            |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Controllo sui dati Durc inseriti in procedura   |   |  |  |   |
| DIPARTIMENTO                              | STRUTTURA | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: mancanza di controlli.                                    |   |  |  |   |
|   |           |            |   | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione                         | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO<br>TECNICO<br>AMMINISTRATIVO | SC PPC    | 85         | Gestione DURC Istituti Privati Accreditati      | fase unica: controlli avviati da 2023  | Perfetta corrispondenza tra quanto caricato in procedura e quanto estratto da siti INPS e INAIL   | due controlli anno 2023 ( entro 30/06 e 31/12) | Direttore e Collaboratore  | Checklist compilata per ciascun controllo e corrispondenza tra inserito in procedura e quanto estratto da siti INPS e INAIL |
|   |           |            |   |  |   |  |  |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI     |              |            |          | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Attivazione audit per verifiche proroghe (e frazionamento appalto principale)  |   |                                |  |                             |
|-------------------------------------|--------------|------------|----------|---|---|--------------------------------|--|-----------------------------|
| DIPARTIMENTO                        | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza di controlli  |   |                                |  |                             |
|                                     |              |            |          | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione         | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori                  |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO | Area Tecnica | 104        | Proroghe | Stabilire un incontro per programmare con le Strutture coinvolte le date degli audit e le ulteriori modalità di monitoraggio da attivare nel corso del triennio | Programmazione delle date degli audit individuando i processi da auditare   | Entro il 28/02/2023            | RPCT/Uffici tecnici, provveditorato  | Verbale incontro            |
|                                     |              |            |          | Predisposizione di check - list per le verifiche audit  | Individuare criteri oggettivi per le verifiche audit al fine di valutare con precisione la correttezza delle procedure  | Entro il 15/13/2023            | RPCT   | Check - list                |
|                                     |              |            |          | Costituzione gruppo di lavoro   | Costituzione del personale addetto alla verifica  | Entro il 01/04/2022            | RPCT   | Nominativi gruppo di lavoro |
|                                     |              |            |          | Incontro audit sul campo  | Verificare la documentazione predisposta al fine di accertarsi che la stessa risponda alle procedure (attraverso la check - list) e verificare la presenza di eventuali frazionamenti degli appalti originari | Almeno due nel corso dell'anno | RPCT   | Verbale audit               |



| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI               |              |            |          | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Monitoraggio proroghe  |  |   |  |   |
|---|--------------|------------|----------|--|--|---|--|---|
| DIPARTIMENTO                                  | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata:mancanza di controlli  |  |   |  |   |
|   |              |            |          | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione  | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori                                  |
| DIPARTIMENTO TECNICO<br>AMMINISTRATIVO - A.T. | Area Tecnica | 104        | Proroghe | Predisposizione di chek . list per il monitoaggio ijn autovalutazione sulla correttezza della procedura di gestione e affidamento proroghe | Individuare criteri oggettivi per le verifiche in autovalutazione (per il monitoraggio di I livello) | Entro il 15/13/2023   | RPCT   | Check - list per monitoraggio di I livello  |
|   |              |            |          | Trasmissione delle chek . List   | Rendere trasparente in maniera l'avanzamento delle procedure sulle proroghe                          | Ogni trimestre dell'anno (a partire dal 15simo giorno dal trimestre di riferimento) | RPCT   | Inio per mail della check .- list compilata |
|   |              |            |          |  |  |   |  |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI            |              |            |          | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Aumentare il livello di trasparenza nelle concessioni di proroghe contrattuali   |  |                          |  |  |
|--|--------------|------------|----------|--|--|--------------------------|--|--|
| DIPARTIMENTO                               | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata:mancanza di controlli  |  |                          |  |  |
|  |              |            |          | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso                                   | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - A.T. | Area Tecnica | 104        | Proroghe | Incontro con gli uffici coinvolti per concordare i criteri e le modalità di comunicazioni delle proroghe   | Incontro illustrativo                              | Entro il 28/02/2023      | Uffici tecnici/provveditorato  | Verbale incontro   |
|  |              |            |          | Obbligo di comunicare tempestivamente al RPCT la presenza di ripetuti affidamenti (di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza ai medesimi operatori economici) al fine di consentire allo stesso di attivare un monitoraggio specifico   | Aumentare il livello di integrità e di trasparenza | A partire dal 15/03/2023 | Uffici tecnici/provveditorato  | Trasmissione nota informativa su nuove proroghe contrattuali |
|  |              |            |          | Pubblicazione di un elenco: a) con tutti i contratti prorogati con indicazione del contratto originario e con evidenza di eventuali proroghe intermedie tra il contratto originario e l'ultima proroga; b) con evidenza contratto compreso quello di eventuali proroghe (tecniche e non tecniche) in cui sono state inserite le clausole previste nei Patti di Integrità | Aumentare la trasparenza                           | A partire dal 15/03/2023 | Uffici tecnici/provveditorato  | Trasmissione dei dati su Amministrazione Trasparente         |
|  |              |            |          | Inserimento delle clausole previste nei Patti di integrità all'interno di qualunque contratto compreso quello di eventuali proroghe (tecniche e non tecniche)  | Aumentare l'integrità e la trasparenza             | Entro il 31/01/2023      | Uffici tecnici/provveditorato  | Evidenza   |
|  |              |            |          |  |  |                          |  |  |
|  |              |            |          |  |  |                          |  |  |
|  |              |            |          |  |  |                          |  |  |
|  |              |            |          |  |  |                          |  |  |
|  |              |            |          |  |  |                          |  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI            |              |            |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Comunicazioni dati degli affidamenti al limite della soglia e verifica frazionamento appalto   |  |                          |  |  |
|--|--------------|------------|---|---|--|--------------------------|--|--|
| DIPARTIMENTO                               | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Monitoraggio contratti in deroga   |  |                          |  |  |
|  |              |            |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO - A.T. | Area Tecnica | 100        | Affidamento lavori/servizi di architettura e di ingegneria di importo compreso fra 20.000,00 € e la soglia di affidamento diretto (fino al 30/06/2023 €. 150.000) | Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo sia appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere agli affidamenti in deroga | Aumentare la trasparenza   | A partire dal 31/03/2023 | Area tecnica   | Trasmissione al RPCT di un elenco con i dati richiesti |
|  |              |            |   | Tracciamento operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come affidatari più ricorrenti  | Aumentare la trasparenza   | A partire dal 30/05/2023 | Area Tecnica   | Trasmissione al RPCT di un elenco con i dati richiesti |
|  |              |            |   | Incontro (anche via telefono, mail) per concordare la soglia di anomalia e le modalità di raccolta dei dati delle fasi 1) e 2)  | Aumentare la trasparenza   | A partire dal 30/06/2023 | Area Tecnica   | Verbale incontro o mail                                |
|  |              |            |   | Attivazione audit sui dati raccolti   | Aumentare i controlli e verificare la correttezza della procedura (verifica assenza di frazionamento dell'appalto) | Entro la fine dell'anno  | RPCT   | Verbale audit  |
|  |              |            |   |   |  |                          |  |  |
|  |              |            |   |   |  |                          |  |  |
|  |              |            |   |   |  |                          |  |  |
|  |              |            |   |   |  |                          |  |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI               |              |            |          | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Comunicazione varianti   |                          |   |   |  |
|---|--------------|------------|----------|--|--------------------------|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                                  | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Monitoraggio varianti   |                          |   |   |  |
|   |              |            |          | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso         | Tempi di realizzazione                                | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO<br>AMMINISTRATIVO - A.T. | Area tecnica | 102        | Varianti | Comunicazione al RPCT della presenza di varianti in corso d'opera per eventuali verifiche a campione con riferimento alle ipotesi: incremento contrattuale del 20%; estensione ambito di applicazione del contratto; proroghe con incremento dei termini superiori al 30% di quelli inizialmente previsti; proroghe dovute ad un aumento dei materiali | Aumentare la trasparenza | Ogniqualvolta viene approvata una variante suppletiva | da parte del RUP e/o ufficio gare   | Dile in cui siano indicati: appalto, delibera di approvazione varinate, motivazione della variante |
|   |              |            |          |  |                          |   |   |  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI               |              |            |            | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA: Comunicazione subappalti   |  |   |   |  |
|---|--------------|------------|------------|--|--|---|---|--|
| DIPARTIMENTO                                  | STRUTTURA    | N_Processo | PROCESSO   | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza di controlli   |  |   |   |  |
|   |              |            |            | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione  | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO TECNICO<br>AMMINISTRATIVO - A.T. | Area Tecnica | 103        | Subappalto | Tracciamento appalti rispetto ai quali è stato autorizzato in un dato arco temporale il subappalto per appalti ancora in corso                           | Consentire lo svolgimento a campione di verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse al RUP | Invio trimestrale dei dati a partire dalla metà del mese successivo al trimestre di riferimento: 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre 2023; 15 gennaio 2024)    | Area Tecnica  | Predisposizione e trasmissione al RPCT di un file con i seguenti dati: nominativi imprese subappaltatrici e gli importi contrattuali |
|   |              |            |            | Controllo in loco, periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore autorizzato | Aumentare i controlli  | Invio trimestrale dei verbali a partire dalla metà del mese successivo al trimestre di riferimento: 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre 2023; 15 gennaio 2024) | Area Tecnica  | Verbali che attestino l'effettivo  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |  |            |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : <b>Ridefinizione dei criteri di inserimento/dimissione degli utenti sulla base dell'importo economico erogato dal Comune</b>   |  |   |   |   |
|---------------------------------|--|------------|---|--|--|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                                  | N_Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: carenza di controlli  |  |   |   |   |
|                                 |  |            |   | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione                          | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE      | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale | 511        | Attivazione Percorsi Inclusione Sociale con stipula Convenzione e Progetto Individuale e gestione economica | Incontri con Responsabile/Dirigenti anche del Comune di Genova per analizzare il problema  | Individuazione di soluzioni e criteri oggettivi per soddisfare tutte le richieste di inserimento   | 1° 6/09/22; 2° 3/11/22; 3° 7/11/22; 4° 19/12/22 | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale  | Verbale o breve relazione di illustrazione di quanto concordato (relazione tecnica e finanziaria) |
|                                 |  |            |   | 1) Istituzione di un tavolo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di definire nuovi criteri di inserimento/dimissione degli utenti 2) Valutazione, sulla base di rendicontazioni trimestrali, dell'effettiva disponibilità da parte del Comune di erogare fondi destinati ai progetti di Inclusione Socio Lavorativa 3) Attivazione di costante monitoraggio dei percorsi e revisione semestrale del progetto per la verifica della sussistenza dei requisiti per l'accesso alle misure economiche 4) Utilizzo di fondi regionali (Dote di Cura PVI/DDN) appena ne sussistano i requisiti. | Individuazione di soluzioni per rispondere al crescente numero di segnalazioni in relazione all'importo economico erogato dal Comune / Inserimento di nuovi utenti sulla base dell'importo economico disponibile | 1/1/2023-31/12/2023                             | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale  | Verbale del tavolo di lavoro multidisciplinare  |
|                                 |  |            |   | Comunicazione agli utenti e alle famiglie sulle nuove procedure  | Applicazione dei nuovi criteri   | 1/1/2023-31/12/2023                             | S.S.D. Inclusione e Riabilitazione Sociale  | Incontri informativi con le famiglie  |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |                          |             |   | PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Controllo e gestione storni contabili incasso ticket effettuati nella stessa sessione di cassa attraverso introduzione modulistica autorizzativa e verifica contabile mensile. Distretti DSS 8-9-10-11-12-13  |  |   |   |   |
|---------------------------------|--------------------------|-------------|---|---|--|---|---|---|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA                | N. Processo | PROCESSO  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: <b>manca di controlli, eccessiva discrezionalità (dell'operatore CUP distrettuale nella gestione storni contabili)</b>   |  |   |   |   |
|                                 |                          |             |   | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione  | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori  |
| CURE PRIMARIE                   | DISTRETTI SOCIO SANITARI | 48          | Incasso e gestione denaro pagamento Ticket effettuati presso sportelli CUP presso DSS 8-9-10-11-12-13 | Incontri con cupisti esperti e con i Referenti dei vari Distretti   | Individuare dei controlli per il controllo degli storni  | in svolgimento (a partire dalla fine di novembre 2022)                          | Referenti DDSS 8 - 13   | Numero di incontri effettuati                       |
|                                 |                          |             |   | Predisposizione di nuova modulistica autorizzativa per cui l'operatore che deve fare lo storno deve chiedere prima l'autorizzazione al referente amministrativo in presenza dell'utente (in caso il Referente sia in altra sede nel modulo viene inserito il numero telefonico dell'utente per contattarlo e verificare, eventualmente, la richiesta di storno) | Aumentare i controlli sull'attività di gestione di denaro  | Entro il 28/02/2023   | Referenti DDSS 8 - 13   | Nuova modulistica (o modustica aggiornata)          |
|                                 |                          |             |   | Predisposizione circolare con cui si informano i cupisti dell'obbligo di richiedere il nulla osta al Referente (attraverso la compilazione di un modulo) ogniqualvolta si verifica la necessità di stornare una somma di denaro   | Aumentare la trasparenza e la corretta applicazione della misura   | Entro il 31/03/2023   | Referenti DDSS 8 - 13   | Circolare pubblicata su Amministrazione Trasparente |
|                                 |                          |             |   | Attraverso applicativo Isefweb estrazione lista storni e rimborsi - ovvero gli storni dal giorno successivo al giorno del pagamento - (utilizzando il comando lista movimenti (per un determinato periodo e punto Cup)  | Monitoraggio periodico su:<br>1) storni (stessa sessione di cassa)<br>2) rimborsi classici (diversa sessione di cassa) al fine di verificare la presenza di storni non autorizzati | Il 15simo giorno successivo al trimestre di riferimento: 15/07/2023, 15/01/2024 | Referenti DDSS 8 - 13   | Lista storni trasmessa al RPCT                      |
|                                 |                          |             |   |   |  |   |   |   |

| Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI |   |            |  | PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA : Revisione procedura inserimento in strutture aziendali                     |  |                        |   |  |
|---------------------------------|---|------------|--|---|--|------------------------|---|--|
| DIPARTIMENTO                    | STRUTTURA   | N_Processo |  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza di trasparenza      |  |                        |   |  |
|                                 |   |            |  | Fasi per l'attuazione   | Risultato atteso   | Tempi di realizzazione | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori   |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE     | SSCC Salute Mentale tutti i Distretti + SSD Coordinamento Inserimenti in strutture residenziali | 1          | Metodologia di costruzione e gestione lista di attesa per inserimento in strutture residenziali di soggetti affetti da patologie psichiatriche, relativa valutazione del rischio, attraverso nuova metodologia centrata sul gruppo di lavoro specificamente dedicato | Revisione e aggiornamento procedura inserimento in strutture residenziali                                   | Maggiore trasparenza e chiarezza delle procedure di inserimento          | 30/06/2023             | SSD Coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  | documento procedura aggiornato (da trasmettere al RPCT)        |
|                                 |   |            |  | richiamo puntuale ai parametri indicati dalla procedura condivisa, durante le riunioni del gruppo di lavoro | maggiore trasparenza e chiarezza nella costruzione delle liste di attesa | 30/07/2023             | SSD Coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali  | verbali riunioni del gruppo di lavoro (da trasmettere al RPCT) |



| DIPARTIMENTO        | STRUTTURA           | N_Processo |  | Fattori abilitanti individuati che si vuole limitare con la misura progettata: Mancanza di controlli                           |   |  |  |                               |
|---------------------|---------------------|------------|--|--|---|--|--|-------------------------------|
|                     |                     |            |  | Fasi per l'attuazione  | Risultato atteso  | Tempi di realizzazione   | Ufficio Responsabile e soggetto responsabile ( indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto) | Indicatori                    |
| DIREZIONE SANITARIA | DIREZIONE SANITARIA | 107        | Sponsorizzazioni individuali in ambito formativo | Predisposizione elenco con indicazione dei dati salienti sulle sponsorizzazioni (sponsor, discenti, data della domanda ecc...) | Maggiore trasparenza al fine di controllare la correttezza della procedura di individuazione del discente | Pubblicazione di un report bimestrale a partire dal 1 marzo 2023 | SSD Coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali   | Elenco da trasmettere al RPCT |

| <b>n.</b> | <b>Sotto sezione livello 1</b>   | <b>Dipartimento</b>  |
|-----------|--|--|
| <b>1</b>  | <b>Disposizioni generali</b>   | Dipartimento Giuridico/ Dipartimento Tecnico (esclusa Area tecnica)  |
| <b>2</b>  | <b>Consulenti e collaboratori</b>  | Dipartimento Giuridico / Dipartimento Tecnico (solo Area tecnica)  |
| <b>3</b>  | <b>Personale</b>   | Dipartimento Giuridico / Dipartimento Tecnico (solo dari componenti OIV)   |
| <b>4</b>  | <b>Bandi di concorso</b>   | Dipartimento Giuridico   |
| <b>5</b>  | <b>Performance</b>   | Dipartimento Giuridico/ Dipartimento Tecnico (esclusa Area Tecnica)  |
| <b>6</b>  | <b>Attività e procedimenti</b>   | Strutture varie (vedi foglio dedicato)   |
| <b>7</b>  | <b>Bandi di gara e contratti</b>   | Dipartimento Tecnico (compreso Area Tecnica)   |
| <b>8</b>  | <b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>                        | Strutture di Staff alle Direzioni Sanitaria/Sociosanitaria   |
| <b>9</b>  | <b>Bilanci</b>   | Dipartimento Tecnico   |
| <b>10</b> | <b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>   | Area Tecnica   |
| <b>11</b> | <b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>                                    | Dipartimento Tecnico   |
| <b>12</b> | <b>Servizi erogati</b>   | Dipartimento Giuridico   |
| <b>13</b> | <b>Opere pubbliche</b>   | Dipartimento Tecnico (compreso Area Tecnica)   |
| <b>14</b> | <b>Strutture sanitarie private accreditate</b>                                     | Dipartimento Giuridico/ Strutture di Staff alle Direzioni Sanitaria/Sociosanitaria / Dipartimento Salute Mentale |
| <b>15</b> | <b>Altri contenuti (prevenzione corruzione/trasparenza/accesso civico)</b>         | RPCT / Dipartimento Giuridico (solo registro acceso)   |
| <b>16</b> | <b>Altri contenuti (Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati)</b> | Dipartimento Tecnico (esclusa Area tecnica)  |
| <b>17</b> | <b>Altri contenuti ( whistleblowing, autovetture ecc..)</b>                        | Dipartimentto Tecnico (autovetture, polizze)   |





Table with 9 columns: Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie), Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati), Denominazione del singolo obbligo, Contenuti dell'obbligo, Struttura-ufficio aziendale/Responsabile per l'individuazione, elaborazione e la trasmissione dei dati a seguito approvazione nuovo Atto Aziendale: anno 2019, Sono stati adottati atti da cui scaturisce l'obbligo di pubblicazione?, % di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati, Indicare la denominazione/profilo per l'accesso ai dati su Perlapa, Note/chiarimenti.

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)             | Denominazione del singolo obbligo   | Contenuti dell'obbligo  | Struttura-ufficio aziendale/Responsabile per l'individuazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati a seguito approvazione nuovo Atto Aziendale: anno 2019 | Sono stati adottati atti da cui scaturisce l'obbligo di pubblicazione? | % di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati | Note/chiarimenti |
|---|---|---|---|---|--|---|------------------|
|   |   |   | Per ciascuna procedura:   |   |  |   |                  |
| Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici  | Atti di concessione   | Atti di concessione<br>(da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)                                 | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro   | Assistenza Sanitaria di Base, specialistica Metropolitana e farmaceutica, S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali                                   |  |   |                  |
|   |   | (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale)                         | Per ciascun atto:<br>Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Assistenza Sanitaria di Base, specialistica Metropolitana e farmaceutica, S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali                                   |  |   |                  |
|   |   | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)<br>(da pubblicare in tabelle) | Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata  | SSD Assistenza Sanitaria di Base, specialistica Metropolitana e farmaceutica, S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali                               |  |   |                  |
| Strutture sanitarie private accreditate               | Strutture sanitarie private accreditate<br>(da pubblicare in tabelle) | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate  | S.S.D. Coordinamento Attività Geriatriche/Direttore Dipartimento - Direttore della Struttura - Responsabile della Struttura<br><br>SSD Assistenza Disabili  |   |  |   |                  |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Denominazione del singolo obbligo                                     | Contenuti dell'obbligo                               | Struttura-ufficio aziendale/Responsabile per l'individuazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati a seguito approvazione nuovo Atto Aziendale: anno 2019 | Sono stati adottati atti da cui scaturisce l'obbligo di pubblicazione? | % di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati | Note/chiarimenti |
|---|---|---|--|---|--|---|------------------|
| Strutture sanitarie private accreditate               | Strutture sanitarie private accreditate                   | Strutture sanitarie private accreditate<br>(da pubblicare in tabelle) | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SSD FUNZIONE AMMINISTRATIVA)  | sì   | 67% - 100%  |                  |

| Elenco dei Responsabili addetti alla trasmissione e alla pubblicazione dei dati obbligatori |   |  |  |   |  |   |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|---|--|---|--|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                       | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)   | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo  | Contenuti dell'obbligo  | Aggiornamento  | Struttura-ufficio aziendale/Responsabile per l'individuazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati a seguito approvazione nuovo Atto Aziendale: anno 2019   | Sono stati adottati atti da cui scaturisce l'obbligo di pubblicazione? | % di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati | Note/chiarimenti   |
| Disposizioni generali   | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza   | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                                 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)  | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )  | Annuale  | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
|   | Atti generali   | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013   | Documenti di programmazione strategico-gestionale  | Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                          | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (per obiettivi strategici), S.C. Pianificazione (per Piano Triennale Strategico)/R.P.C.T. e Direttore della Struttura                 | sì   | 67% - 100%  |  |
|   | Personale   | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice               | Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013  | Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)  | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza    | sì  | 67% - 100%   |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |   |  | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico  |   | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)                      | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |   |  | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico  |   | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)                         | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Personale   | Sanzioni per mancata comunicazione dei dati   | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013   | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali   | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                          | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Controlli e rilievi sull'ammin  | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (per la Asl3 l'organismo è il NdV) | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013   | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe  | Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione  | Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.                          | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Altri contenuti   | Prevenzione della Corruzione  | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                                 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza  | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)   | Annuale  | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
|   |   | Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013             | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza  | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza   | Tempestivo   | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Altri contenuti   | Accesso civico  | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90              | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria   | Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo   | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e S.C. Affari Generali/R.P.C.T. e Direttore della Struttura   | sì   | 67% - 100%  |  |
|   |   | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori  | Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale   | Tempestivo   | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e S.C. Affari Generali/R.P.C.T. e Direttore della Struttura   | sì   | 67% - 100%  |  |
| Altri contenuti   | Dati ulteriori  | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 | Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate  | ....   | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (Whistleblower e dati sperimentazioni) e S.S.D Economato e Logistica (dati su parco autovetture), RPCT E Responsabile della Struttura | sì   | 67% - 100%  | I dati sulle sperimentazioni saranno pubblicati dal 30/06/2022 |



| Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)       | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  | Contenuti dell'obbligo  | Struttura-ufficio aziendale/Responsabile per l'individuazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati a seguito approvazione nuovo Atto Aziendale: anno 2019  | Competenza obbligo | % di pubblicazioni del dato rispetto agli atti adottati | Note/chiarimenti  |
|---|---|---|--|---|--|--------------------|---|---|
| Attività e procedimenti                                 | Dati aggregati attività amministrativa                          | Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013  | Dati aggregati attività amministrativa   | Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti  |  | sì                 | 34% - 66%   |   |
| Attività e procedimenti                                 |   | Art. 35 c. 1, d.lgs. n. 33/2013.  |  | Tutti i dati richiesti dal c. 1   | Le strutture dei Dipartimenti di: Prevenzione, Dipartimento Tecnico - Amministrativo, Giuridico, Area Tecnica. Oltre alle seguenti strutture: SS.CC. S.C. Farmaceutica Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale, POU e Direzione Amministrativa POU, S.S.D. Assistenza Sanitaria di Base, specialistica Metropolitana e farmaceutica, S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali, i sei distretti, S.S. Servizio Ispettivo e attività extra - istituzionali, S.S. Centro Studi, SSD Assistenza Geriatrica Territoriale/Direttori delle Strutture - Responsabili delle Strutture/uffici | sì                 | 34% - 66%   |   |
|   | Monitoraggio tempi procedurali                                  | Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012   | Monitoraggio tempi procedurali   | Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali  | Le strutture dei Dipartimenti di: Prevenzione, Dipartimento Tecnico - Amministrativo, Giuridico, Area Tecnica. Oltre alle seguenti strutture: SS.CC. S.C. Farmaceutica Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale, POU e Direzione Amministrativa POU, S.S.D. Assistenza Sanitaria di Base, specialistica Metropolitana e farmaceutica, S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali, i sei distretti, S.S. Servizio Ispettivo e attività extra - istituzionali, S.S. Centro Studi, SSD Assistenza Geriatrica Territoriale/Direttori delle Strutture - Responsabili delle Strutture/uffici | sì                 | 34% - 66%   |   |
|   | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati     | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013  | Recapiti dell'ufficio responsabile   | Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive | A cura di ogni struttura aziendale con riferimento ai dati di propria competenza (il recapito telefoni e di posta elettronica sono rintracciabili dal sito internet e dalla sotto - sezione "telefono e posta elettronica"/Direttori delle Strutture -Responsabili delle Strutture/uffici  | sì                 | 34% - 66%   | Documentazione in materia di smart working sino a quando la materia è rientrata nelle funzioni della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane   |
| Provvedimenti amministrativi                            | Provvedimenti dirigenti amministrativi: scelta contraenti       | Art. 23 lett. b) (così come modificato dall'art. 22 del D.Lgs. n. 97/2016             | Elenco provvedimenti dirigenti amministrativi: <b>scelta contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi</b> | Le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano ogni sei mesi gli elenchi dei provvedimenti adottati dagli organi di indirizzo politico e dai dirigenti: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi  | A cura di tutte le Strutture che gestiscono/liquidano soggetti privati (col. D)  | no                 | 0% - 33%  | Nella sezione è stato inserito l'Albo Pretorio (a cura della S.C. Affari Generali) i cui collegamenti (uno per le Deliberazioni e uno per le Determine) sono stati inseriti in questa sezione. La norma non chiede di rendere ostensibili i contenuti ma solo l'elenco delle deliberazioni/determinazioni. Tramite il menu ricerca l'utente può filtrare l'elenco degli atti per un determinato periodo di tempo. |
|   | Provvedimenti dirigenti amministrativi: accordi ex L. n. 241/90 | Art. 23 c. 1 lett. d) (lettera modificata dall'art. 22 c. 1 lett. a) n. 4 D.Lgs. n.97 | Elenco provvedimenti dirigenti amministrativi: <b>accordi stipulati dall'amministrazione</b>                             | Accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche, ai sensi degli artt. 11 e 15 della L. n. 241/1990  |  | no                 | 0% - 33%  |   |

## ***SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti-corruzione***

Sottosezione di programmazione PERFORMANCE

## Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

### Sottosezione di programmazione – Performance

#### Premessa

Il Piano della Performance ha come finalità quello di riepilogare le modalità di declinazione degli obiettivi strategici delineati a livello nazionale, regionale e di A.Li.Sa. in obiettivi a valenza triennale, da assegnare, nel ciclo di budget, declinate annualmente, a tutte le componenti organizzative aziendali. Nel Piano della Performance trovano luogo anche i principali indicatori di valore pubblici elaborati dall’Azienda e contenuti nell’apposita sezione del presente Piano.

Il Piano della Performance 2022/2025 ha risentito ancora degli effetti della pandemia, tuttavia, già per l’anno 2022, a differenza dei precedenti, si è disposto di ritornare ad obiettivi legati alla produzione, al fine anche di ottemperare alle indicazioni nazionali e regionali in tema di recupero delle liste di attesa e della produzione non erogata in tempo di pandemia.

Un ulteriore tema legato agli obiettivi PNRR e contenuto nel Piano della Performance è costituito dall’aumento della presa in carico territoriale, per raggiungere il target del 6% degli over 65 nel 2026. Tale obiettivo, peraltro, vede coinvolte anche le Cure Palliative, che, naturalmente, hanno come obiettivo la presa in carico del malato terminale, indipendentemente dall’età.

L’attività legata al PNRR è inoltre legata agli investimenti in tema di acquisizione di apparecchiature e di realizzazione del nuovo impianto di assistenza territoriale, per il quale si rimanda al capitolo specifico.

**Per quanto riguarda l’analisi del contesto, si rinvia alla sezione del Piano anticorruzione.**

#### 1. Il Piano della Performance

Il Piano della Performance, è il documento di programmazione aziendale di durata triennale, previsto dell’articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. nell’ambito del ***Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)*** adottato dall’Azienda Socio Sanitaria Ligure 3 (ASL 3), con deliberazione n. 10 del 19 gennaio 2022 con il quale, nel quadro delle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell’Azienda ed i risultati attesi nel medio- lungo periodo.

Con l’adozione del Piano ASL 3 intende:

- Consolidare il ciclo della performance;

- Evidenziare le dimensioni da misurare e valutare per i diversi livelli di analisi e le correlazioni esistenti;
- Migliorare la consapevolezza degli obiettivi strategici da parte delle diverse figure professionali che operano all'interno dell'Azienda e con l'Azienda, facilitare l'integrazione fra le articolazioni organizzative aziendali;
- Orientare l'azione complessiva dell'Azienda in relazione con il contesto ed il sistema degli interlocutori sociali di riferimento;
- Comunicare ai propri portatori di interesse le priorità e i risultati attesi della performance aziendale, al fine anche di realizzare una maggiore interazione tra la Azienda e gli stessi;

Il presente Piano della Performance risente dell'attuale situazione sanitaria, che vede il persistere di una Pandemia da Covid – 19 che si è protratta per gli anni 2020 e 2021 e, che attualmente sta interessando anche il 2022, in misura non ancora prevedibile a priori.

Pertanto, il Piano 2023 – 2025, ad oggi, dovrà tenere conto dei seguenti elementi:

- Presenza, se pur in regressione, della pandemia da Covid – 19;
- Indicazioni nazionali e regionali per la gestione della pandemia;
- Prosecuzione della campagna vaccinale Covid - 19
- Allineamento con gli strumenti della programmazione strategica e della programmazione economico-finanziario aziendale: in particolare, il presente Piano, andrà a comporre il PIAO aziendale (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) previsto dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che dovrà essere emanato, entro il 31/01/2023.

Nel corso dell'anno 2022, dopo un biennio caratterizzato da un processo di budget "anomalo" dettato dalla necessità di gestire, attraverso il processo di budget obiettivi mirati alla gestione della situazione conseguente alla pandemia da Covid 19, si è ritornati all'elaborazione di un budget annuale per struttura complessa (gli anni 2020 e 2021 erano stati caratterizzati da budget mirati all'applicazione del Piano Pandemico e, limitatamente al 2 semestre 2021, il budget era stato assegnato per Dipartimento).

Nel corso dell'anno 2022 è proseguito il progetto "Restart" nato nell'ultimo trimestre del 2021, con l'obiettivo di ritornare, per taluni DRG e prestazioni attenzionate, all'attività del 2019 con un incremento del 20%.

I dati, ancora provvisori del 2022, indicano una ripresa dell'attività, che, tuttavia, solo in alcuni casi è pari al 2019: in nessun caso si riguarda l'obiettivo "Restart", che, come si è detto, prevedeva un incremento del 20% rispetto all'anno 2019.

Il Piano della Performance 2023-2025 della ASL 3, non potrà non tenere conto della situazione sanitaria del Paese, ancorchè la pandemia sia in regressione.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la richiesta di Regione Liguria di contenere i costi delle Aziende Liguri. Per tale motivo, in sede di contrattazione aziendale di budget, verranno individuati tutti i possibili spazi di razionalizzazione della spesa, mantenendo comunque alta la qualità dei servizi erogati.

Il Piano della Performance 2023-2025 rappresenta anche un ulteriore punto di attenzione nella attività di analisi e reingegnerizzazione dei processi aziendali avviata e verso le logiche del lavoro per progetti.

## 1.1 La produzione – Raffronto tra il 2019 e il 2022

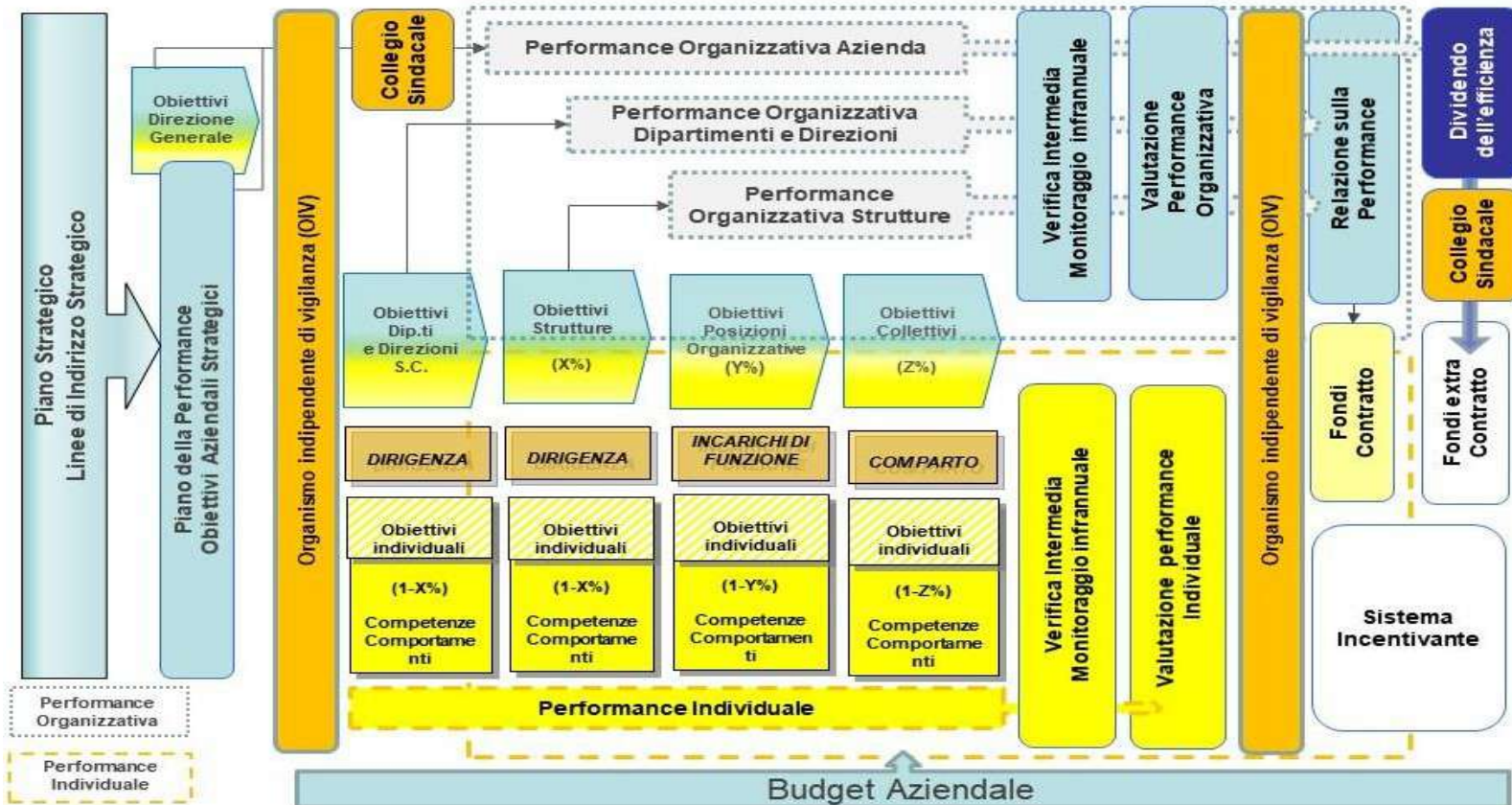
La produzione ospedaliera del periodo 2019/2022 è stata fortemente influenzata dall'epidemia da Covid 19: come si evince dalla tavola 1: in alcuni casi i valori 2019 vengono superati, mentre non si arriva al raggiungimento dell'obiettivo Restart per nessuna delle Discipline presenti in Azienda.

Anche la produzione ambulatoriale (Tavola 2) del triennio 2019/2022 ha risentito della pandemia, tuttavia, alcuni settori, quali il Laboratorio di Analisi, le radiologie ed altri hanno incrementato significativamente la produzione.

## 2. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

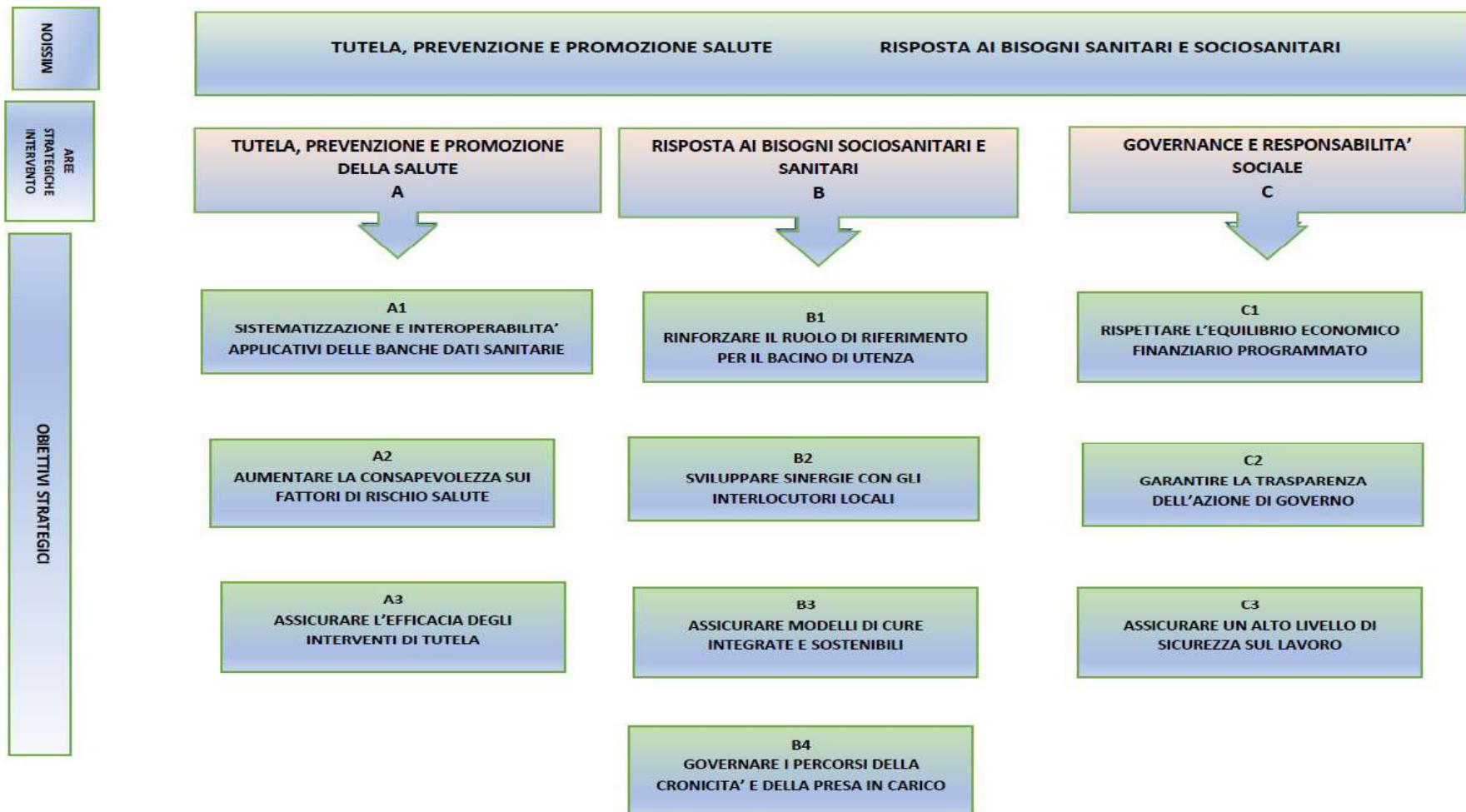
Di seguito la sintesi grafica della unitarietà di visione e coerenza tra Documento Strategico e Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) organizzativa ed individuale aziendale:

# IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE



### 3. L'albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta il collegamento tra mandato (mission) aziendale, aree strategiche e obiettivi strategici costituendo una dimensione sintetica ed integrata della articolazione degli obiettivi di performance



### 3.1 Obiettivi strategici ed indicatori

| AREA A               |       | TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE                                 |   |  |  |  |
|----------------------|-------|---|---|--|--|--|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       | AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA SUI FATTORI DI RISCHIO SALUTE                     |   |  |  |  |
|                      |       | DESCRIZIONE   | CALCOLO   | TARGET 2023  | TARGET 2024  | TARGET 2025  |
| INDICATORE           | A_1   | Sistematizzazione e interoperabilità applicativi delle banche dati sanitarie  | Adesione ai sistemi regionali di interoperabilità banche dati | Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali                                      | Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali                                      | Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali  |
| INDICATORE           | A_1.1 | Coordinamento aziendale e formalizzazione responsabilità transizione digitale | Adesione alle direttive di cui contenuti della DGR 792/2022   | Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla DGR 792/2022 | Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla DGR 792/2022 | Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla normativa di settore |



| AREA A               |        | TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE             |  |   |                                     |                                     |
|----------------------|--------|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| OBIETTIVO STRATEGICO |        | AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA SUI FATTORI DI RISCHIO SALUTE |  |   |                                     |                                     |
|                      |        | DESCRIZIONE   | CALCOLO  | TARGET 2023                               | TARGET 2024                         | TARGET 2025                         |
| INDICATORE           | A_2.1  | campagna vaccinale (escluso COVID)                        | n. cittadini coinvolti in programmi e iniziative di vaccinazione                               | indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C       | indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C | indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C |
| INDICATORE           | A_2.2  | screening 1° livello                                      | % cittadini che hanno effettuato screening 1° livello (cervice uterina, mammella, colon retto) | >2019                                     | >2022                               | >2023                               |
| INDICATORE           | A_2.2. | screening 2° livello colon retto                          | %di screening di 2° livello effettuati entro 30 gg da SOF                                      | >50%                                      | >50%                                | >50%                                |
| INDICATORE           | A_2.3  | controlli ufficiali                                       | controlli su animali e alimenti  | indicatori P10Z/P12Z                      | >2022                               | >2023                               |
| INDICATORE           | A_1.4  | copertura vaccinale COVID                                 | miglioramento copertura vaccinale COVID  | come da indicazioni nazionali e Regionali | non prevedibile anno 2023           | non prevedibile anno 2024           |

| AREA A               |         | TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE                      |   |                                |             |             |
|----------------------|---------|--|---|--------------------------------|-------------|-------------|
| OBIETTIVO STRATEGICO |         | ASSICURARE L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI TUTELA                  |   |                                |             |             |
|                      |         | DESCRIZIONE  | CALCOLO   | TARGET 2023                    | TARGET 2024 | TARGET 2025 |
| INDICATORE           | A_3.1   | attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore | n. controlli programmati sulle imprese attive presenti sul territorio/controlli di sicurezza all'interno dell'azienda (antincendio ascensori, eliporto) | >=80%                          | >=85%       | >=90%       |
| INDICATORE           | A_3.1.1 | attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore | n. lavoratori agili attivati/n. lavoratori agili richiedenti e aventi diritto   | >=60%                          | >=60%       | >=60%       |
| INDICATORE           | A_3.1.2 | attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore | Individuazione rischi lavorativi attraverso somministrazione di questionari ai delegati del datore di lavoro  | 100% questionari somministrati | Fase 2      | Fase 3      |

|            |         |  |  |  |   |   |
|------------|---------|--|--|--|---|---|
| INDICATORE | A_3.1.3 | attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore | Esame dei rischi lavorativi ed elaborazione misure di prevenzione      |  | >50% rischi per i quali è stata elaborata una misura di prevenzione | Fase 3  |
| INDICATORE | A_3.1.4 | attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore | Diminuzione infortuni sul lavoro per i rischi individuati nella fase 2 |  |   | n. infortuni 2025<anno 2024 (per i quali sono state adottate misure di prevenzione) |

| AREA B   |         | RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI  |  |  |                                    |                                    |
|--|---------|---|--|--|------------------------------------|------------------------------------|
| RINFORZARE IL RUOLO DI RIFERIMENTO PER IL BACINO DI UTENZA |         |   |  |  |                                    |                                    |
|  |         | DESCRIZIONE   | CALCOLO  | TARGET 2023  | TARGET 2024                        | TARGET 2025                        |
| INDICATORE   | B_1.1   | incremento attività finalizzato al recupero prestazioni rese per Covid Progetto RESTART<br>Attività di contatto con il pubblico anche in zone disagiate | volumi di produzione<br><br>attività di contatto anche zone disagiate            | >2019<br><br>>2021   | non prevedibile anno 2024<br>>2022 | non prevedibile anno 2025<br>>2023 |
| INDICATORE   | B_1.1.1 | Aumento prestazioni chirurgiche collegate alla ripresa della produzione post Covid con il coinvolgimento del personale OSS                              | Volumi di produzione   | non prevedibile anno 2023  | non prevedibile anno 2024          | non prevedibile anno 2025          |
| INDICATORE   | B_1.2   | riduzione tempi di attesa   | % aderenza dell'erogazione alle classi di priorità                               | almeno il 90% su B e D   | almeno il 90% su B e D             | almeno il 90% su B e D             |
| INDICATORE   | B_1.3   | Miglioramento appropriatezza  | parti cesarei degenza media area medica<br>ricoveri fuori soglia DRG>2gg over 65 | parti cesarei >=15% degenza media area medica <10gg<br>ricoveri fuori soglia <5% | in miglioramento                   | in miglioramento                   |

|            |       |                                    |  |   |   |   |
|------------|-------|------------------------------------|--|---|---|---|
| INDICATORE | B_1.4 | Miglioramento presa in carico P.S. | attivazione nuova codifica ingressi PS<br>elaborazione percorsi brevi per decongestionamento PS (Fast Track) | indicatori efficienza PS in miglioramento anno 2022 | indicatori efficienza PS in miglioramento anno 2023 | indicatori efficienza PS in miglioramento anno 2024 |
|------------|-------|------------------------------------|--|---|---|---|

AREA B

**RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI**

**RINFORZARE IL RUOLO DI RIFERIMENTO PER IL BACINO DI UTENZA**

|            |       | <i>DESCRIZIONE</i>  | <i>CALCOLO</i>  | <i>TARGET</i> 2023  | <i>TARGET</i> 2024        | <i>TARGET</i> 2025        |
|------------|-------|---|---|---|---------------------------|---------------------------|
| INDICATORE | B_1_6 | Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso la valorizzazione della complessità organizzativa ed assistenziale delle strutture | Attivazione di un sistema di miglioramento delle competenze all'interno delle realtà aziendali maggiormente complesse | Almeno l'80% del personale interessato partecipa a formazione specifica | non prevedibile anno 2024 | non prevedibile anno 2025 |

| AREA B               |       | RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI          |   |                     |                           |                           |
|----------------------|-------|---|---|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       | SVILUPPARE SINERGIE CON GLI INTERLOCUTORI SOCIALI     |   |                     |                           |                           |
|                      |       | DESCRIZIONE   | CALCOLO   | TARGET              | TARGET                    | TARGET                    |
|                      |       |   |   | 2023                | 2024                      | 2025                      |
| INDICATORE           | B_2.1 | incremento sinergie sui percorsi di cura e assistenza | Validazione progetti e attivazione procedure di gara COT e Case Comunità/attivazione cantieri degli interventi relativi alle case di Comunità e Ospedali di Comunità. Adeguamenti sismici | Entro il 31/12/2023 | Avanzamento lavori > 2023 | Avanzamento lavori > 2024 |

| AREA B               |       | RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI           |   |        |        |        |
|----------------------|-------|--|---|--------|--------|--------|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       | ASSICURARE MODELLI DI CURE INTEGRATE E SOSTENIBILI     |   |        |        |        |
|                      |       | DESCRIZIONE  | CALCOLO   | TARGET | TARGET | TARGET |
|                      |       |  |   | 2023   | 2024   | 2025   |
| INDICATORE           | B_3.1 | presa in carico pz. anziano, fragile, minore, disabile | tasso di Presa In Carico secondo standard predefiniti DM Cure domiciliari | + 1,5% | >2023  | >2024  |

|            |       |   |   |       |       |       |
|------------|-------|---|---|-------|-------|-------|
|            |       |   | e Palliative  |       |       |       |
| INDICATORE | B_3.2 | potenziamento IFEC  | aumentare il numero degli IFEC nei distretti  | >2022 | >2023 | >2024 |
| INDICATORE | B_3_3 | Miglioramento dell'integrazione ospedale territorio attraverso il miglioramento della presa in carico | Incremento numero interventi sulla base di standard predefiniti per operatore e tipologia assistito | >2022 | >2023 | >2024 |

| AREA B               |        | RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI                               |   |             |             |             |
|----------------------|--------|--|---|-------------|-------------|-------------|
| OBIETTIVO STRATEGICO |        | <b>GOVERNARE I PERCORSI DELLA CRONICITÀ E DELLA PRESA IN CARICO</b>        |   |             |             |             |
|                      |        | DESCRIZIONE  | CALCOLO   | TARGET 2023 | TARGET 2024 | TARGET 2025 |
| INDICATORE           | B_4.1  | miglioramento presa in carico paziente cronico attraverso telemedicina     | aumento specialità che utilizzano telemedicina e collegamenti con pz cronico        | >2022       | >2023       | >2024       |
| INDICATORE           | B_4..2 | miglioramento presa in carico paziente cronico attraverso telerefertazione | Realizzazione di un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici da remoto | >2022       | >2023       | >2024       |



| AREA C               |       |  |                         |                             |  |                             | GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE                             |                             |  |  |  |  |  |
|----------------------|-------|--|-------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       |  |                         |                             |  |                             | <b>RISPETTARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO PROGRAMMATO</b> |                             |  |  |  |  |  |
|                      |       | DESCRIZIONE                                | CALCOLO                 | TARGET 2023                 |  | TARGET 2024                 |  | TARGET 2025                 |  |  |  |  |  |
| INDICATORE           | C_1.1 | andamento equilibrio economico programmato | monitoraggio bimestrale | <= programmato              |  | <= programmato              |  | <= programmato              |  |  |  |  |  |
| INDICATORE           | C_1.2 | Tempi di pagamento fatture                 | monitoraggio mensile    | Rispetto tempi di pagamento |  | Rispetto tempi di pagamento |  | Rispetto tempi di pagamento |  |  |  |  |  |

| AREA C               |       |   |   |             |  |             | GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE                   |             |  |  |  |  |  |
|----------------------|-------|---|---|-------------|--|-------------|--|-------------|--|--|--|--|--|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       |   |   |             |  |             | <b>GARANTIRE LA TRASPARENZA DELL'AZIONE DI GOVERNO</b> |             |  |  |  |  |  |
|                      |       | DESCRIZIONE   | CALCOLO   | TARGET 2023 |  | TARGET 2024 |  | TARGET 2025 |  |  |  |  |  |
| INDICATORE           | C_2.1 | aumento livello di trasparenza  | n. informazioni aggiuntive oltre ai contenuti obbligatori | >2022       |  | >2023       |  | >2024       |  |  |  |  |  |
| INDICATORE           | C_2.2 | aumento consapevolezza delle regole aziendali e del Codice di Comportamento | n. interventi formativi e questionari /anno               | >2022       |  | >2023       |  | >2024       |  |  |  |  |  |

|            |       |   |   |       |       |       |
|------------|-------|---|---|-------|-------|-------|
| INDICATORE | C_2.3 | Aumento livello di sicurezza dati aziendali (privacy) | n. interventi formativi e questionari /anno | >2022 | >2023 | >2024 |
|------------|-------|---|---|-------|-------|-------|

| AREA C               |       | GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE                   |  |  |  |  |
|----------------------|-------|--|--|--|--|--|
| OBIETTIVO STRATEGICO |       | GARANTIRE LA TRASPARENZA DELL'AZIONE DI GOVERNO        |  |  |  |  |
| INDICATORE           | C_3.1 | DESCRIZIONE  | CALCOLO  | TARGET 2023                            | TARGET 2024  | TARGET 2025  |
|                      |       | Miglioramento delle condizioni di sicurezza sul lavoro | Percorso volto al conseguimento della certificazione ISO 45001 (Certificazione Sistema gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro) | Conseguimento certificazione ISO 45001 | Estensione/Mantenimento o certificazione ISO 45001 | Estensione/Mantenimento o certificazione ISO 45001 |

#### 4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget

Sulla base delle aree ed obiettivi strategici individuati, dei quali con la adozione e pubblicazione del presente Piano della Performance 2022-2024 viene dato atto che ASL 3, qualora si dovesse protrarre l'emergenza pandemica in modo da rendere impossibile, in tutto o in parte la realizzazione del presente Piano, provvederà ad effettuare le relative rimodulazioni ai sensi dell'art. 7 del Sistema di Misurazione della Performance.

IL BUDGET ANNUALE ED I RELATIVI RISULTATI DELLE STRUTTURE OPERATIVE AZIENDALI SONO PUBBLICATI ANNUALMENTE (DELIBERA APPROVAZIONE SCHEDE DI BUDGET E DELIBERA CONSUNTIVAZIONE RISULTATI) NELLA APPOSITA SEZIONE DEL SITO ISTITUZIONALE AZIENDALE DENOMINATA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

#### 5. La misurazione e valutazione della performance organizzativa e la Relazione annuale

La fase di misurazione permette di quantificare i risultati raggiunti dall'Azienda sanitaria nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative (performance organizzativa); i contributi individuali e di gruppi (performance individuali).

Il modello di *Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)* adottato dall'Azienda fa riferimento ad un approccio multidimensionale alla misurazione della performance; l'azienda persegue infatti un sistema di misurazione della performance che sempre maggiormente consideri l'evidenza dell'impatto e delle connessioni tra gli ambiti: utenza e stakeholder, economico-finanziario, processi ed investimenti, attraverso la scelta di criteri di misurazione e di bilanciamento dei diversi indicatori chiave da utilizzare.

Il Piano della Performance 2022-2024 individua indicatori riferiti alle dimensioni rilevanti da misurare e valutare per i livelli Strategico aziendale, delle articolazioni organizzative dell'Azienda e dei progetti (nel collegato Budget).

La misurazione della performance individuale, che può essere realizzata in momenti diversi rispetto alla performance organizzativa, viene formalizzata con le modalità e gli strumenti previsti dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale.

Con riferimento anche agli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa di cui al D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. , le dimensioni di analisi individuate sono :

- efficacia
- efficienza ed appropriatezza organizzativa;
- economicità
- qualità processi
- qualità dell'assistenza
- accessibilità e soddisfazione utenza

Con riferimento ai progetti strategici le dimensioni oggetto di misurazione sono riferite a:

- stato avanzamento progetti ed al raggiungimento degli obiettivi previsti.

LA ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISULTATI E' CONTENUTA, CON RIFERIMENTO ANCHE AI RISULTATI DEL BUDGET ANNUALE, NELLA **RELAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE** PUBBLICATA NELLA APPOSITA SEZIONE DEL SITO ISTITUZIONALE AZIENDALE DENOMINATA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". Il riesame dei risultati ottenuti annualmente costituisce elemento in entrata del processo di budget dell'anno successivo a partire dalla definizione degli indirizzi annuali di budget .

## 6. Il collegamento con il sistema di valutazione della performance individuale

L'azienda si è dotata di un **Sistema di misurazione e valutazione della performance** individuale in conformità alle disposizioni normative del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i. ed alle norme contrattuali.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale è correlato al Piano della Performance sia mediante la assegnazione misurazione e valutazione degli obiettivi delle strutture operative nell'ambito del processo di Budget, sia mediante la valutazione di obiettivi individuali o di gruppo, definiti nell'ambito di un processo a cascata, che permette di mantenere la correlazione tra i diversi obiettivi e tra gli stessi ed il quadro strategico aziendale di riferimento mappato nell'albero della performance.

Il sistema di valutazione delle prestazioni del personale, nel periodo di riferimento della valutazione che intercorre dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno, si configura come un sistema integrato di misurazione basato sul contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa, sulla assegnazione di specifici obiettivi individuali e sulla valutazione individuale delle competenze dimostrate, dei comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi della performance individuale sono declinati secondo gli strumenti del sistema di valutazione individuale della performance.

## 7. Il coordinamento con il PTPC 2022 – 2024 e con il piano Privacy

Al fine di garantire la integrazione tra il Budget e gli altri strumenti programmatori aziendali ed in particolare il Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 e con il piano Privacy, i principali obiettivi, indicatori e target espressi nell'ambito di tale programmazione costituiscono elementi in ingresso del processo di Budget, ai fini della declinazione degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

## 8. La trasparenza del ciclo della performance

In applicazione del D.Lgs. n. 33 del 14.3.2013, art. 10, c. 8, lett. B), nella apposita sezione del sito internet istituzionale aziendale denominata “Amministrazione Trasparente”, <http://www.asl3.liguria.it/>, al link “**amministrazione trasparente > performance**”, sono pubblicati:

- il Piano della Performance triennale ed i suoi eventuali aggiornamenti;
- IL Budget annuale ed i relativi risultati
- la Relazione sulla Performance, annuale;
- le Delibere relative al ciclo della performance;
- i risultati della performance individuale (in modo aggregato ed anonimo).

## 9. La nuova collocazione del Piano della Performance

Il presente Piano della Performance è inserito nel PIAO aziendale approvato con deliberazione n. 334 del 30/06/2022 ai sensi dell'art. 6 D.L. n. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni in L. 6 agosto 2021, n. 113.

Di seguito le tavole 1 e 2 relative alla produzione dell'anno 2022 (gennaio novembre) confrontate con la produzione dell'analogo periodo dell'anno 2019

**TAVOLA 1 ATTIVITA' OSPEDALIERA - PRODUZIONE NOVEMBRE 2019-2022 - (comprensivo Covid) - DATO PROVVISORIO CON SDO VALORIZZATE A VALORE MEDIO**

Fonte dati: OSLO - elab in data 28.12.2022

| DIPARTIMENTO                           | D_STRUTTURA_COMPLEXA  | IMPORTO_2019      | IMPORTO_2022<br>comprensivo sdo<br>novembre non<br>valorizzate | DIFF_VALORE<br>2019-2022 | DIFF%VALORE<br>2019 - 2022 | EVIDENZA<br>SCOSTAMENTO |
|--|---|-------------------|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.C. CHIRURGIA GENERALE   | 4.659.286         | 4.548.440  | -110.846                 | -2%                        |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.C. OCULISTICA   | 935.186           | 769.183  | -166.003                 | -18%                       |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  | 5.332.953         | 3.296.995  | -2.035.958               | -38%                       |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.C. OTORINOLARINGOIATRIA   | 1.636.854         | 1.267.105  | -369.749                 | -23%                       |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.C. UROLOGIA   | 2.610.956         | 2.544.585  | -66.371                  | -3%                        |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.S.D. CHIRURGIA TORACICA   | 1.752.502         | 1.260.663  | -491.839                 | -28%                       |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE AD INDIRIZZO DI CURA DELLA MACROANGIOPATIA DIABETICA E DELLE LESIONI DEL PIEDE DIABETICO | 2.641.800         | 2.734.184  | 92.384                   | 3%                         |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | S.S.D. DAY E WEEK SURGERY MULTIDISCIPLINARE   | 2.124.209         | 1.401.359  | -722.850                 | -34%                       |                         |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO                | <b>Totale</b>   | <b>21.693.746</b> | <b>17.822.513</b>  | <b>-3.871.233</b>        | <b>-18%</b>                |                         |
|  | S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE (compreso Covid)  | 1.535.843         | 1.169.499  | -378.919                 | -25%                       |                         |
| DIPARTIMENTO EMERGENZA ED ACCETTAZIONE | S.C. GRANDI USTIONATI E CHIRURGIA PLASTICA  | 2.001.592         | 2.211.711  | 210.119                  | 10%                        |                         |
|  | S.C. MEDICINA DURGENZA (compreso Covid)   | 2.011.362         | 2.109.618  | 98.256                   | 5%                         |                         |
|  | S.C. PNEUMOLOGIA (compreso Covid)   | 3.889.863         | 3.328.815  | -584.882                 | -15%                       |                         |
| DIPARTIMENTO EMERGENZA ED ACCETTAZIONE | <b>Totale</b>   | <b>9.438.660</b>  | <b>8.819.643</b>   | <b>-655.426</b>          | <b>-7%</b>                 |                         |
| DIPARTIMENTO IMMAGINI                  | S.C. RADIOLOGIA OSPEDALE VILLA SCASSI   | 240.048           | 139.476  | -100.572                 | -42%                       |                         |

|  |   |                   |                   |                   |             |  |
|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|--|
| DIPARTIMENTO IMMAGINI                                | <b>Totale</b>   | <b>240.048</b>    | <b>139.476</b>    | <b>-100.572</b>   | <b>-42%</b> |  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | S.C. NEONATOLOGIA   | 719.195           | 585.508           | -133.687          | -19%        |  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA   | 3.085.371         | 2.581.949         | -503.422          | -16%        |  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE                       | <b>Totale</b>   | <b>3.804.566</b>  | <b>3.167.457</b>  | <b>-637.109</b>   | <b>-17%</b> |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALE VILLA SCASSI                                   | 5.371.498         | 4.473.480         | -898.018          | -17%        |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO, LA COLLETTA E TERRITORIO | 3.263.968         | 3.592.428         | 328.460           | 10%         |  |
|  | S.C. MEDICINA INTERNA 1 VILLA SCASSI (compreso Covid)                           | 5.229.291         | 4.620.570         | -608.721          | -12%        |  |
|  | S.C. MEDICINA INTERNA 2 VILLA SCASSI (compreso Covid)                           | 6.685.445         | 5.162.211         | -1.559.943        | -23%        |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA  | 1.829.568         | 1.011.780         | -817.788          | -45%        |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA                                | 11.876            | 1.958             | -9.918            | -84%        |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.S.D. ONCOLOGIA SESTRI   | 765.869           | 701.646           | -64.223           | -8%         |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | S.S.D. ONCOLOGIA VILLA SCASSI   | 1.343.679         | 969.584           | -374.095          | -28%        |  |
| DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO                     | <b>Totale</b>   | <b>24.501.194</b> | <b>20.533.657</b> | <b>-4.004.246</b> | <b>-16%</b> |  |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 9 (Csm Fiumara, SPCR P.A. Micone)               | 884.962           | 886.416           | 1.454             | 0%          |  |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 10 (Csm Valpolcevera, SPDC Villa Scassi)        | 889.512           | 747.902           | -141.610          | -16%        |  |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | <b>Totale</b>   | <b>1.774.474</b>  | <b>1.634.318</b>  | <b>-140.156</b>   | <b>-8%</b>  |  |
| DIPARTIMENTO SPECIALITA MEDICHE                      | S.C. NEFROLOGIA   | 1.576.675         | 1.298.988         | -277.687          | -18%        |  |
|  | S.C. NEUROLOGIA (compreso Covid)  | 4.012.336         | 2.643.596         | -1.396.906        | -35%        |  |
| DIPARTIMENTO SPECIALITA MEDICHE                      | S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE   | 2.307.433         | 2.578.866         | 271.434           | 12%         |  |



|                                 |  |                   |                   |                    |             |  |
|---------------------------------|--|-------------------|-------------------|--------------------|-------------|--|
| DIPARTIMENTO SPECIALITA MEDICHE | S.C. REUMATOLOGIA                                    | 811.045           | 700.062           | -110.983           | -14%        |  |
| DIPARTIMENTO SPECIALITA MEDICHE | <b>Totale</b>  | <b>8.707.489</b>  | <b>7.221.513</b>  | <b>-1.514.142</b>  | <b>-17%</b> |  |
| DIREZIONE SANITARIA-STAFF       | S.C. DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO | 121.372           | 34.625            | -86.747            | -71%        |  |
| DIREZIONE SANITARIA-STAFF       | <b>Totale</b>  | <b>121.372</b>    | <b>34.625</b>     | <b>-86.747</b>     | <b>-71%</b> |  |
| REPARTO SLA                     | REPARTO SLA  | 1.090.255         | 920.148           | -170.107           | -16%        |  |
| REPARTO SLA                     | <b>Totale</b>  | <b>1.090.255</b>  | <b>920.148</b>    | <b>-170.107</b>    | <b>-16%</b> |  |
| <b>Totale</b>                   |  | <b>71.371.803</b> | <b>60.293.350</b> | <b>-11.179.738</b> | <b>-16%</b> |  |

DATO AZIENDALE GENNAIO OTTOBRE -18%

|  |               |
|--|---------------|
|  | DA 30 A 100   |
|  | DA 1 A 29     |
|  | DA - 1 A - 29 |
|  | DA - 30 IN SU |

**TAVOLA 2 ATTIVITA' AMBULATORIALE - GENNAIO NOVEMBRE 2019-2022 -**

**Fonte dati: DWH AZIENDALE- elab in data 28.12.2022**

| DIPARTIMENTO                            | STRUTTURA COMPLESSA  | Importo 2019     | Importo 2022     | diff imp        | DIFF%VALORE<br>2019 - 2022 | EVIDENZA<br>SCOSTAMENTO |
|---|--|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| <b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>          | S.C. CHIRURGIA GENERALE  | 195.612          | 90.737           | -104.875        | -54%                       |                         |
|   | S.C. OCULISTICA  | 4.459.800        | 4.694.165        | 234.365         | 5%                         |                         |
|   | S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                     | 210.666          | 137.570          | -73.096         | -35%                       |                         |
|   | S.C. OTORINOLARINGOIATRIA  | 361.522          | 284.117          | -77.405         | -21%                       |                         |
|   | S.C. UROLOGIA  | 238.679          | 225.869          | -12.811         | -5%                        |                         |
|   | S.S.D. CHIRURGIA TORACICA  | 3.136            | 2.420            | -716            | -23%                       |                         |
|   | S.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE IND<br>CURA MACROANG DIABE E LES P DIAB | 99.461           | 59.517           | -39.944         | -40%                       |                         |
|   | S.S.D. DAY E WEEK SURGERY<br>MULTIDISCIPLINARE                     | 1.007.333        | 895.598          | -111.734        | -11%                       |                         |
| <b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO TOTALE</b>   |  | <b>6.576.210</b> | <b>6.389.993</b> | <b>-186.217</b> | <b>-3%</b>                 |                         |
| <b>DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE</b> | S.C. CURE PALLIATIVE AREA<br>METROPOLITANA                         | 22.336           | 14.475           | -7.861          | -35%                       |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 10                                  | 727.719          | 493.184          | -234.534        | -32%                       |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 11                                  | 523.103          | 369.833          | -153.269        | -29%                       |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 12                                  | 858.083          | 724.052          | -134.030        | -16%                       |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 13                                  | 811.787          | 944.972          | 133.185         | 16%                        |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 8                                   | 553.274          | 422.964          | -130.309        | -24%                       |                         |
|   | S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 9                                   | 867.353          | 762.774          | -104.580        | -12%                       |                         |

|  |   |                   |                   |                  |             |  |
|--|---|-------------------|-------------------|------------------|-------------|--|
|  | S.S.D. ASSISTENZA DISABILI  | 2.397             | 429               | -1.969           | -82%        |  |
|  | S.S.D. CENTRO RESIDENZIALE E SEMIRESID. PER DISABILI                        | 51.058            | 24.999            | -26.059          | -51%        |  |
| <b>DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE TOTALE</b>       |   | <b>4.417.109</b>  | <b>3.757.683</b>  | <b>-659.426</b>  | <b>-15%</b> |  |
| <b>DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA</b>             | S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE                              | 6.908             | 18.540            | 11.632           | 168%        |  |
|  | LABORATORIO ANALISI   | 13.541.501        | 16.691.413        | 3.149.912        | 23%         |  |
|  | ANATOMIA PATOLOGICA   | 1.035.636         | 891.819           | -143.817         | -14%        |  |
| <b>DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA TOTALE</b>      |   | <b>14.584.045</b> | <b>17.601.772</b> | <b>3.017.727</b> | <b>21%</b>  |  |
| <b>DIPARTIMENTO EMERGENZA ED ACCETTAZIONE</b>        | S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE   | 28.211            | 66.579            | 38.368           | 136%        |  |
|  | S.C. GRANDI USTIONATI E CHIRURGIA PLASTICA                                  | 265.425           | 188.131           | -77.294          | -29%        |  |
|  | S.C. PNEUMOLOGIA  | 587.221           | 439.397           | -147.824         | -25%        |  |
| <b>DIPARTIMENTO EMERGENZA ED ACCETTAZIONE TOTALE</b> |   | <b>880.857</b>    | <b>694.107</b>    | <b>-186.750</b>  | <b>-21%</b> |  |
| <b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>                | S.C. NEONATOLOGIA   | 93.418            | 62.258            | -31.161          | -33%        |  |
|  | S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA   | 157.001           | 133.250           | -23.751          | -15%        |  |
|  | S.S.D. CONSULTORIO FAMILIARE  | 509.833           | 295.256           | -214.576         | -42%        |  |
| <b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE TOTALE</b>         |   | <b>760.252</b>    | <b>490.764</b>    | <b>-269.488</b>  | <b>-35%</b> |  |
| <b>DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO</b>              | S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALE VILLA SCASSI                               | 182.755           | 126.192           | -56.563          | -31%        |  |
|  | S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO, LA COLLETTA E TERRIT | 1.084.076         | 700.728           | -383.348         | -35%        |  |
|  | S.C. MEDICINA INTERNA 1 VILLA SCASSI  | 36.398            | 2.151             | -34.247          | -94%        |  |

|  |  |                  |                  |                 |             |  |
|--|--|------------------|------------------|-----------------|-------------|--|
|  | S.C. MEDICINA INTERNA 2 VILLA SCASSI                                     | 91.183           | 78.412           | -12.771         | -14%        |  |
|  | S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA   | 225.919          | 137.278          | -88.641         | -39%        |  |
|  | S.S.D. DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA                                   | 47.094           | 40.059           | -7.035          | -15%        |  |
|  | S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA                         | 202.371          | 161.681          | -40.690         | -20%        |  |
|  | S.S.D. ONCOLOGIA SESTRI  | 28.967           | 22.895           | -6.072          | -21%        |  |
|  | S.S.D. ONCOLOGIA VILLA SCASSI  | 54.730           | 58.547           | 3.817           | 7%          |  |
| <b>DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO TOTALE</b>                     |  | <b>1.953.493</b> | <b>1.327.943</b> | <b>-625.550</b> | <b>-32%</b> |  |
| <b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</b>        | S.C. PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE ED EPATOLOGIA ALCOL CORRELATA            | 12.280           | 290.566          | 278.287         | 2266%       |  |
|  | S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 10 (Csm Valpolcevera, SPDC Villa Scassi) | 15.230           | 6.479            | -8.752          | -57%        |  |
|  | S.S.D. CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE                      | 44.022           | 62.858           | 18.836          | 43%         |  |
|  | S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  |                  | -                |                 |             |  |
| <b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE TOTALE</b> |  | <b>71.532</b>    | <b>359.902</b>   | <b>288.370</b>  | <b>403%</b> |  |
| <b>DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE</b>                            | S.C. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE                                 | 1.252.014        | 1.275.096        | 23.082          | 2%          |  |
|  | S.C. NEFROLOGIA  | 5.342.135        | 5.116.577        | -225.557        | -4%         |  |
|  | S.C. NEUROLOGIA  | 352.569          | 378.264          | 25.695          | 7%          |  |
|  | S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE                                  | 1.374.112        | 1.052.074        | -322.038        | -23%        |  |
|  | S.C. REUMATOLOGIA  | 377.907          | 460.910          | 83.004          | 22%         |  |
| <b>DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE TOTALE</b>                     |  | <b>8.698.737</b> | <b>8.282.922</b> | <b>-415.815</b> | <b>-5%</b>  |  |

|                                     |  |                  |                  |                |      |  |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------|----------------|------|--|
| <b>DIPARTIMENTO IMMAGINI</b>        | S.C. RADIOLOGIA VILLA SCASSI E FIUMARA           | 1.424.310        | 1.246.774        | -177.536       | -12% |  |
|                                     | S.S.D RADIOLOGIA MICONE GALLINO COLLETTA BUSALLA | 1.989.708        | 2.278.182        | 288.474        | 14%  |  |
|                                     | S.S.D. RADIOLOGIA TERRITORIO                     | 950.597          | 1.209.603        | 259.006        | 27%  |  |
|                                     | S.S.D. MEDICINA NUCLEARE                         | 613.063          | 515.628          | -97.435        | -16% |  |
| <b>DIPARTIMENTO IMMAGINI TOTALE</b> |  | <b>4.977.677</b> | <b>5.250.186</b> | <b>272.509</b> | 5%   |  |
| <b>Totale Azienda</b>               |  | 42.919.911       | 44.155.272       | 1.235.360      | 3%   |  |

|  |               |
|--|---------------|
|  | DA 30 A 100   |
|  | DA 1 A 29     |
|  | DA - 1 A - 29 |
|  | DA - 30 IN SU |



## ***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano***

### ***Sottosezione di programmazione Struttura Organizzativa***

## Struttura organizzativa e P.O.A.

La struttura organizzativa non è altro che l'ossatura portante dell'organizzazione, il cui assetto garantisce nel tempo la più efficace ed efficiente risposta per il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico che l'azienda si è posta, declinando in una propria "Vision" la "Mission" assegnata nel S.S.R. nonché i principi ed il sistema di valori a cui è improntata l'azione dei singoli e dell'organizzazione nel suo complesso.

Nell'ambito del P.O.A. (Piano di Organizzazione Aziendale) sono definiti i principi generali di organizzazione e delineati gli assetti organizzativi interni e le articolazioni di governo dell'Azienda. Detto documento individua il modello organizzativo idoneo a promuovere ed assicurare l'integrazione delle funzioni di prevenzione, cura e assistenza. Rispetto al Piano Strategico, che chiarisce in modo globale finalità, obiettivi e risorse aziendali, detto Piano di Organizzazione approfondisce gli aspetti connessi alla dimensione organizzativa, in modo da assicurare la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici da un lato e la struttura organizzativa dall'altro.

Il Piano di Organizzazione Aziendale (o Atto di Autonomia Aziendale) di ASL 3 è, quindi, uno strumento autonomo di definizione del proprio modello di *governance*, pur nel rispetto delle linee-guida regionali.

Esso rappresenta la cornice di riferimento delle scelte gestionali ed organizzative sulla base delle quali vengono individuate le funzioni e le responsabilità.

Il Piano, così inteso, non può essere visto come la semplice esplicitazione di criteri di progettazione e di strutture organizzative dell'azienda (gli organigrammi), ma è concepito come uno "strumento" di gestione e di innovazione attraverso il quale perseguire gli obiettivi strategici e le finalità istituzionali: creare insomma ulteriori condizioni per l'attuazione del Piano Strategico. Il Piano di Organizzazione ha pertanto la finalità di accrescere le risorse e le condizioni organizzative per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e al tempo stesso ridurre i vincoli e le criticità organizzative.

Esso è dunque uno "strumento" al servizio della strategia aziendale, un documento programmatico aziendale che accompagna e guida il processo di cambiamento, nelle sue diverse fasi.

ASL 3 con Deliberazione n. 239 del 19/4/2018 ha proceduto all'adozione del proprio piano, definito Atto Aziendale di diritto privato ai sensi dell'art. 3 c. 1- bis, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i., che la D.G.R. della Regione Liguria n. 547 del 13/7/2018 ha dichiarato "coerente con il vigente quadro normativo e programmatico regionale", prevedendo prescrizioni alle quali l'ASL3 ha dato progressiva attuazione nel tempo.

Quindi con D.G.R. n.147 del 4.3.2022 ad oggetto "Assegnazione e definizione dei budget per l'esercizio 2022: formalizzazione del percorso e degli esiti del negoziato con Aziende, IRCCS ed Enti del S.S.R., Regione Liguria ha avviato il procedimento finalizzato all'**adozione di nuove linee guida** per la redazione degli atti di autonomia aziendale", alle quali le Aziende del S.S.R. dovranno attenersi per rivedere il proprio assetto organizzativo in coerenza, da sottoporre al controllo della Giunta regionale ai sensi della L.R. n.41/2006 e s.m.i. , contestualmente al quadro previsionale delle risorse umane in coerenza con detto atto e con le risorse economiche disponibili.

Regione Liguria ha licenziato le linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende con DGR 28/12/2022 n. 1380, ad oggetto: "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale" in linea con le disposizioni di cui al

DM 70/2015 nonché con gli standard approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato Permanente per l'erogazione dei LEA in ordine ai criteri per la definizione di strutture organizzative semplici e complesse anche con le Delibere assunte in materia dalla Giunta Regionale, nel rispetto dell'autonomia di ogni azienda, ente o istituto del SSR ed in coerenza con lo schema del Piano Sociosanitario Regionale 2023/25, in fase di ultimazione, recependo le indicazioni del PNRR con l'emanando DM che definisce e specifica i modelli e gli standard dell'offerta territoriale.

Pertanto, **nell'anno 2023, questa Azienda sta rielaborando il proprio atto aziendale alla luce delle intervenute modifiche degli atti di indirizzo regionali.**

Di particolare rilevanza il nuovo ruolo dei Distretti Sociosanitari, che saranno di afferenza diretta del Direttore Generale, in ragione dell'importanza assunta dal territorio con l'attuazione della missione 6 del PNRR.

L'attuale struttura organizzativa di A.S.L. 3 è rappresentata attraverso l'organigramma che descrive le singole strutture organizzative e le relazioni gerarchiche che le uniscono.

Di seguito il link al sito internet aziendale dove è contenuto l'Atto Aziendale in oggi vigente:

<https://www.asl3.liguria.it/azienda/atto-aziendale.html>

**Al termine del processo di riorganizzazione, questa Azienda procederà all'aggiornamento del link con le intervenute modifiche organizzative.**

## La Mission aziendale

La **Mission aziendale** è incentrata sulla promozione della tutela degli assistiti e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti Territoriali attraverso un approccio di cura non più incentrato sull'erogazione di singole prestazioni sanitarie ma attraverso percorsi di cura tali da integrare, trasversalmente, le aree di attività declinate nei livelli di assistenza distrettuale, ospedaliera e sociosanitaria.

La peculiarità della popolazione ligure – che esprime relevantissimi bisogni di “cronicità” e “fragilità” – impone di assumere modalità innovative di presa in carico della persona cronica e fragile attraverso modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie implementando specifiche ed apposite tecnologie informatiche.

Detta Mission viene perseguita tramite gli organi, le strutture organizzative aziendali e le funzioni strategiche trasversali.

Sono organi dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 3 ai sensi dell'art. 1, comma 3 quater del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dell'art. 18 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i.:

- a) il Direttore Generale;
- b) il Collegio Sindacale;
- c) il Collegio di Direzione.



Il collegio sindacale è l'organo dell'Azienda che si occupa di vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile. La composizione, la funzione e la durata sono fissati nell'art. 3 ter del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. Il collegio svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- relaziona periodicamente sui risultati dei riscontri eseguiti alla Regione ed alla Conferenza dei Sindaci.

Il Collegio di Direzione è l'organo consultivo del Direttore Generale che lo supporta nell'espletamento delle funzioni di pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi e della valutazione dei risultati clinici conseguiti, concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Funzioni e unità strategiche aziendali supportano poi la Direzione aziendale nella *governance* del sistema (U.G.R. per l'area rischio clinico, C.U.G. per l'area della valorizzazione del benessere organizzativo, R.C.P.T. per l'area della prevenzione del rischio corruttivo e della trasparenza, R.P.D. di concerto il responsabile della transizione digitale per l'area del trattamento dati).

Le strutture organizzative aziendali sono classificate in:

- Distretti Sociosanitari
- Presidio Ospedaliero Unico
- Dipartimenti
- Strutture Complesse
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Settori

Nell'Organizzazione aziendale vengono individuate due aree: l'area ospedaliera e della prevenzione e l'area territoriale, la cui responsabilità è attribuita rispettivamente al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario.

L'assetto complessivo viene completato dalle strutture in staff alle direzioni strategiche e dalle strutture organizzative amministrative, professionali e tecniche dell'area amministrativa che afferiscono al Direttore Amministrativo, a supporto delle attività delle aree sanitaria e sociosanitaria.

Nell'area ospedaliera, prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica, vengono perseguite appropriatezza e qualità delle cure ma anche posta attenzione alla capacità e all'efficienza produttiva.

L'area ospedaliera comprende al suo interno il Presidio Ospedaliero Unico, il Dipartimento di Prevenzione ed il Dipartimento Materno Infantile.

Per quanto attiene la prevenzione afferiscono all'area tutte le attribuzioni in materia di promozione e tutela della salute della popolazione.

L'area territoriale è la sede privilegiata di riferimento e di confronto con gli Enti Locali e, quindi, di lettura dei bisogni e della domanda assistenziale e, pertanto, diviene il punto di composizione e di coordinamento dell'operato dei Distretti Sociosanitari nei quali si articola l'Azienda.

L'area comprende le strutture in staff ed in line ed il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze Patologiche in line alla Direzione Sociosanitaria nonché, sulla base delle nuove linee guida regionali, funzionalmente i Distretti Socio Sanitari (afferenti alla Direzione generale).

Mentre tutte le informazioni, anche di maggiore dettaglio sull'organigramma e sugli obiettivi sottesi alla struttura organizzativa nel contesto di Asl3, sono reperibili al link più sopra riportato, ci preme soffermarci maggiormente sul ruolo del Distretto Socio Sanitario, quale struttura che è chiamata dalle nuove linee guida a realizzare, sempre più, gli obiettivi di integrazione tra i diversi livelli di cura ed assistenza, assicurando la continuità dei percorsi, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, che vede il distretto quale crocevia del coordinamento e integrazione dei servizi a vantaggio della popolazione.

L'afferenza diretta del Distretto alla Direzione Generale conferma e amplifica il ruolo centrale del Distretto nell'analisi e gestione della domanda, l'articolazione delle risposte a livello territoriale, anche attraverso il DIAR dei Distretti socio sanitari che avrà il compito di garantire la *governance* clinico organizzativa a livello regionale.

Detta centralità è altresì confermata dall'attribuzione al Distretto della responsabilità organizzativo-gestionale sulle funzioni svolte da Ospedale di comunità, Casa della comunità, Centrale Operative Territoriale, Cure Primarie (MMG/PLS) per la parte di attività previste dagli accordi contrattuali in linea con quanto previsto nel PSSR), Cure domiciliari (ADI), Punto unico di accesso, Assistenza sociale afferente al Distretto, Servizi per l'assistenza infermieristica, Punti prelievo e della *governance* della rete dei servizi territoriali sociosanitari.

Le strutture che svolgono funzioni sovra distrettuali a valenza organizzativa, che comprendono l'assistenza primaria (MMG +PLS), l'assistenza anziani e disabili, la medicina convenzionata, la continuità assistenziale, la farmaceutica territoriale, cure palliative-hospice, attività Consultoriali, la medicina penitenziaria continueranno ad afferire, invece, direttamente al Direttore Sociosanitario e saranno in rapporto funzionale con il Distretto Socio Sanitario che mantiene le sue funzioni di committenza, produzione e garanzia.

ASL 3 garantisce inoltre la partecipazione e assicura ai cittadini l'accessibilità delle informazioni e la segnalazione dei disservizi. I fabbisogni informativi degli utenti sono garantiti oltre che dagli istituiti strumenti normativi previsti (accesso agli atti amministrativi, partecipazione ai procedimenti, accesso civico semplice e generalizzato) anche attraverso l'adozione di piani aziendali di comunicazione che prevedono quali strumenti principali l'informativa attraverso il sito aziendale, campagne informative a vario titolo, aggiornamento continuo della Carta dei Servizi, nonché attraverso la rete degli uffici Relazioni con il Pubblico radicata sul territorio di riferimento.

L'Azienda, attraverso l'adozione del Regolamento di Pubblica Tutela, assicura, inoltre, nell'ambito dei rapporti con le sue strutture, l'effettività del diritto di tutela del cittadino, anche attraverso la costituzione del Comitato Misto Consultivo e della Commissione Mista Conciliativa.

Parimenti alta l'attenzione alle relazioni con la società civile e con le strutture di offerta del territorio.

L'Azienda collabora con le Associazioni dei portatori di interesse fornendo informazioni e supporto per facilitare l'accesso ai servizi aziendali. Per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda assume valore strategico stabilire e mantenere, nelle aree di specifica competenza, relazioni di confronto e collaborazione con il mondo economico, produttivo e del volontariato.

Le relazioni con i fornitori sono improntate al rigoroso rispetto delle norme di legge in materia e ai principi delle pari opportunità, della lealtà, della trasparenza ed imparzialità.

L'Azienda intrattiene rapporti di stretta collaborazione con le strutture erogatrici del territorio. La ricerca di sinergie coinvolge tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie, pubbliche e private accreditate, e si concretizza in momenti di confronto istituzionale.

Nell'ambito della normativa nazionale e regionale vigente, la negoziazione delle prestazioni con gli erogatori pubblici e privati accreditati e il sistema dei controlli rappresentano gli strumenti fondamentali per la razionalizzazione delle risorse disponibili all'Azienda, in accordo con l'equilibrio delle risorse del sistema regionale. Fondamentale il ruolo poi dei Comuni, che partecipano alla programmazione sanitaria e sociosanitaria della Regione, dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 3 e dei Distretti Sociosanitari, verificano l'andamento dell'attività ed i risultati raggiunti dall'Azienda Sociosanitaria Ligure 3 nel cui territorio sono collocati e contribuiscono alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Ci soffermeremo in particolare infra sul ruolo dei Distretti, sull'organizzazione dipartimentale nella aree aziendali e sulle funzioni e strutture aziendali di *governance* intraziendale in materia di rischio clinico, di trattamento dati personali, di trasparenza e prevenzione della corruzione, di sicurezza sul lavoro nonché di gestione del ciclo della performance.

### **Visione strategica**

La **Visione Strategica dell'Azienda** consiste nel perseguire una politica orientata al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, attraverso una metodologia gestionale fondata sulle risorse disponibili, in sinergia con gli indirizzi programmatici della Regione Liguria e di A.Li.Sa., e con il supporto di un sistema interno di controllo e verifica che pone particolare attenzione:

- alla revisione dei percorsi di cura ed all'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali;
- al miglioramento ed alla semplificazione dell'accesso ai percorsi di diagnosi e cura, al monitoraggio ed alla riduzione dei tempi di attesa ed all'adeguamento dell'offerta ai bisogni sanitari dei cittadini-utenti;
- alla ricerca continua di sinergie con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, che compongono il tessuto del S.S.R., nonché con le organizzazioni di volontariato che operano sul territorio al fine di ottimizzare la rete di assistenza offerta al cittadino.

L'Azienda, in particolare, si ispira ai seguenti principi, impegni etici e gestionali:

- centralità del cittadino-utente quale titolare del diritto alla tutela della salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo. L'Azienda, attraverso la Carta dei Servizi, assume un impegno preciso nei confronti dei cittadini ai quali fornisce informazioni chiare e puntuali in merito all'accesso e alle modalità di erogazione dei servizi sanitari;
- adeguamento dell'organizzazione aziendale ai principi ed ai contenuti della normativa nazionale e delle Leggi Regionali n. 41/2006, n. 21/2008, n. 57/2009, n. 2/2011, n. 36/2011, n. 29/2012, n. 49/2012, n. 12/2013, n. 12/2014, n. 41/2014, n. 5/2015, n. 7/2015, n. 17/2016 e n. 27/2016;
- definizione del sistema di governo aziendale e di governo clinico finalizzato a garantire la partecipazione dei professionisti e degli operatori ai processi decisionali;
- distinzione tra attività di direzione aziendale, indirizzo e controllo, propria degli organi di governo dell'Azienda, ed attività di gestione per competenza propria o delegata della dirigenza, nonché chiara individuazione delle responsabilità dei dirigenti, sulla base delle competenze, funzioni e degli incarichi attribuiti e degli obiettivi assegnati;
- centralità del controllo di gestione e del sistema budgetario;
- valorizzazione delle persone e delle competenze anche favorendo, in ottemperanza alla normativa vigente, la libera professione intramuraria quale attività in grado di valorizzare il patrimonio conoscitivo, organizzativo, strumentale e tecnologico dell'Azienda, rafforzandone la capacità competitiva;
- responsabilizzazione dei livelli di competenza attraverso il conferimento di incarichi e funzioni fondati su sistemi di valutazione ancorati sia ai risultati riferiti agli obiettivi fissati annualmente nel Budget, sia ai risultati propri degli incarichi e delle funzioni conferite;
- equilibrio di bilancio;
- ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie, individuando le priorità di intervento e di sviluppo, con particolare riferimento ai temi della sicurezza e dell'aggiornamento tecnologico;
- accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private fondato su criteri di parità tra soggetti erogatori, in presenza dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi prescritti dalla vigente normativa.

## **Il Distretto Socio Sanitario**

Il Distretto Sociosanitario rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda alla cui missione contribuisce assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale a elevata integrazione sanitaria, sia attraverso l'esercizio della funzione di committenza – con cui si valutano i bisogni, si allocano le risorse e si definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento – garantita dall'articolazione organizzativa del Distretto Sociosanitario, sia attraverso la funzione di produzione delle prestazioni e dei servizi di primo livello di base.

Il Distretto Sociosanitario è quindi visto come area territoriale ottimale per la programmazione, progettazione innovativa e realizzazione di un sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari.

Per la sua valenza strategica, pur nell'ambito dell'area territoriale, afferisce direttamente alla Direzione generale, che viene coadiuvata dalla Direzione Socio sanitaria per la *governance* strategica – clinico organizzativa e gestionale a livello aziendale, mentre la *governance* clinico – organizzativa a livello regionale è garantita dal D.I.A.R. dei Distretti Sociosanitari istituito con D.G.R. n.155 del 4.3.2022.

Il Distretto Sociosanitario è il luogo di naturale gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più significative, anche alla luce delle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 518 del 4/05/2012.

Il Distretto Sociosanitario assicura quindi agli Enti Locali il supporto tecnico nel processo di individuazione dei bisogni di selezione delle priorità di intervento e nella realizzazione delle attività di promozione alla salute.

Tutto il personale dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo operante nel Distretto Sociosanitario dipende gerarchicamente dal Direttore del Distretto Socio Sanitario. Il personale sanitario e di supporto del Comparto dipende funzionalmente dalla S.C. Professioni Sanitarie.

In supporto alle attività previste al Direttore di Distretto sarà strutturata la presenza di un dirigente delle professioni sanitarie e sociosanitarie a livello aziendale in staff alla Direzione Socio Sanitaria, al fine di coadiuvare e supportare le direzioni dei distretti, favorendo la promozione dell'integrazione dei processi aziendali, nonché lo sviluppo professionale ed organizzativo delle funzioni di integrazione sociosanitarie, assistenziali e riabilitative.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto opera in raccordo funzionale e, ove possibile, in raccordo strutturale, con i servizi sociali dei Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

Il Distretto Sociosanitario, sulla base delle indicazioni introdotte dal PNRR e del DM 77/2022, è la sede nella quale si realizza l'integrazione, da un lato, tra le cure primarie e le cure specialistiche e, dall'altro, tra le prestazioni sociosanitarie e le prestazioni sociali, perseguendo così la continuità assistenziale tra degenza, domicilio e residenzialità. Esso è il luogo di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, in stretta relazione con gli enti locali.

Il Distretto Sociosanitario è infatti deputato, attraverso le Case di Comunità (CdC) e le Centrali Operative territoriali (COT), al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle

risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Il sistema di offerta **assistenziale territoriale** tende infatti ad un'organizzazione flessibile e modulare, per intensità di cura, che garantisce una risposta così articolata:

- (i) media complessità sanitaria territoriale (Cure intermedie territoriali con posti letto per pazienti dimessi dall'ospedale che devono completare la stabilizzazione clinica);
- (ii) media complessità assistenziale (gestione della post-acuzie RSA post-acuti);
- (iii) medio-bassa complessità assistenziale (Ospedali di Comunità con posti letto per pazienti a bassa-media intensità assistenziale provenienti prioritariamente dal domicilio)
- (iv) bassa complessità (RSA mantenimento, RP, semiresidenzialità e domiciliarità)
- (v) Riabilitazione Multidimensionale con posti letto di Riabilitazione motoria, cognitiva e funzionale con finalità di riequilibrio psico-funzionale.
- (vi) Case di Comunità DM 77-2022 ( CdC hub del SSN, delle CdC spoke di II e I livello -base), quest'ultima coincidente con il singolo studio del MMG).

I MMG garantiscono l'apertura del servizio secondo l'impegno orario previsto dal quadro normativo in evoluzione (ACN).

Le restanti ore da dedicare alle attività distrettuali, ivi incluse attività all'interno della CdC hub, potranno essere negoziate direttamente con il Direttore di Distretto che valuterà l'opportunità di ampliare l'orario di apertura dello studio medico oppure impiegare le ore per coprire zone carenti limitrofe, oltre a prevedere la partecipazione ad attività all'interno della CdC in collaborazione con gli altri professionisti.

Le CdC Spoke di II livello garantiscono la presenza di MMG, servizi di specialistica ambulatoriale e del servizio di cure domiciliari di livello base, con l'obiettivo di incrementare una presa in carico degli over 65 assistiti da ciascun MMG.

Le CdC Spoke di II livello sono autorizzate e accreditate secondo la normativa vigente e potranno essere gestite da privati, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni per conto del SSN.

La struttura residenziale per intensità di cura e assistenza inoltre prevede una forte integrazione con la rete territoriale costituita dalle varie tipologie di offerta attualmente presenti (assistenza domiciliare integrata, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, Hospice, RSA, Strutture di riabilitazione estensiva, cure intermedie).

Con l'applicazione del modello residenza aperta, avviata in Liguria con la DGR n. 290/2019, poi le strutture residenziali per anziani, hanno l'opportunità di trasformarsi in playmakers nell'ambito della filiera per la fragilità e della non autosufficienza, sviluppando la contiguità tra servizi residenziali, domiciliari e altri servizi innovativi in un rapporto di partnership pubblico-privato volta a sostenere a casa il più possibile le persone in modo da garantire vicinanza relazionale e percorsi di accompagnamento nonché risposta capillare ai bisogni.

La Residenza aperta costituisce un importante nodo della rete di assistenza che si connette con altri interlocutori sanitari e sociali operando in modo integrato, offrendo servizi aggiuntivi all'ospitalità residenziale tradizionalmente intesa.

## **Organizzazione e funzionamento del Distretto Sociosanitario**

Il Distretto Sociosanitario rappresenta un'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale dell'Azienda.

Nel Distretto Sociosanitario si realizza il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dalle farmacie convenzionate con le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del Distretto Sociosanitario nonché dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere e territoriali accreditate. Nel Distretto Sociosanitario, in applicazione della programmazione regionale e nel rispetto delle linee di indirizzo adottate dalla Giunta Regionale, vengono assicurate in particolare:

- gestione organizzativa dei MMG e PLS del Distretto Sociosanitario;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- le attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;
- viene assicurata l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale;
- trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, con riferimento ai servizi alla persona, e del Dipartimento di Prevenzione;
- trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative della S.S.D. Consultorio Familiare con riferimento ai servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia.

I Distretti Sociosanitari dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 3 sono sei:

- Distretto Sociosanitario n. 8 Ponente
- Distretto Sociosanitario n. 9 Medio Ponente
- Distretto Sociosanitario n. 10 Valpolcevera Valle Scrivia
- Distretto Sociosanitario n. 11 Centro
- Distretto Sociosanitario n. 12 Valbisagno Valtrebbia
- Distretto Sociosanitario n. 13 Levante

### **Il Distretto Sociosanitario come sistema integrato**

Il Distretto Sociosanitario è la sede di realizzazione dell'integrazione ai seguenti livelli:

1. socio-sanitario;
2. con il Dipartimento di Prevenzione;
3. con l'Ospedale;
4. con le risorse della Comunità.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la strategia fondante del modello ligure quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

1. Aspetti imprescindibili per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- l’adozione di un approccio per percorsi assistenziali integrati, a partire dalla progettazione e programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- la partecipazione della persona attraverso la personalizzazione degli interventi, valorizzando la relazione interpersonale anche in termini di qualità del tempo dedicato, la facilitazione all’accesso, il coinvolgimento del paziente nei percorsi assistenziali;
- la multi professionalità quale cardine per formulare un’azione integrata e continuativa;
- la valorizzazione della rete, non soltanto istituzionale ma anche informale, costruendo sinergie tra le varie risorse.

L’integrazione socio-sanitaria trova realizzazione nell’Unità di valutazione multidimensionale (UVMD), dove è possibile valutare in modo unitario ed uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali che hanno portato alla formulazione di una domanda.

2. L’integrazione con il Dipartimento di Prevenzione, mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare le iniziative in una logica di rete e favorire la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti, è strategica per perseguire i seguenti obiettivi:
  - prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione individuando strategie per mantenere o migliorare le coperture vaccinali raggiunte, attraverso un coinvolgimento attivo dei medici/pediatri di famiglia anche nell’azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
  - ridurre la mortalità per tumore attraverso l’incremento della partecipazione e dell’accesso ai programmi di screening di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche da parte della popolazione generale e dei sottogruppi specifici;
  - promuovere la prevenzione primaria e l’adozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze, individuando degli obiettivi da realizzare in integrazione con le strutture distrettuali;
  - ridurre l’incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari attraverso il coinvolgimento del medico di famiglia nella valutazione del rischio individuale e l’individuazione di percorsi personalizzati per la modifica di stili di vita non corretti.
  
3. L’integrazione con l’Ospedale è necessaria per la realizzazione della continuità dell’assistenza attraverso alcune strategie imprescindibili:
  - il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla implementazione di percorsi per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e “figure di riferimento” (case manager);
  - la realizzazione di un sistema informativo integrato, a supporto dell’integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.



4. L'integrazione con le risorse della Comunità è realizzabile attraverso la stipula di un ideale Patto con la Comunità Locale finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con le seguenti azioni:
- coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie dando valore all'esperienza dell'assistenza ricevuta (tempo dedicato, valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza, diffusione delle Carte dei Servizi in cui siano esplicitati gli standard di qualità), promuovendo la capacità di migliorare la propria salute potenziando le azioni di educazione all'autocura e il sostegno ai gruppi di auto aiuto, sviluppando approcci di condivisione alle decisioni sui trattamenti;
  - coinvolgimento delle Amministrazioni locali nello sviluppo delle Cure primarie ed in particolare nella implementazione delle Medicine di Gruppo, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi, la messa in sinergia di professionalità;
  - coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e le altre organizzazioni con lo scopo di favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche e le opportunità socio-educative, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

Al distretto sono attribuite gerarchicamente le responsabilità organizzative-gestionali sulle funzioni svolte da: Ospedale di comunità, Casa della comunità, Centrale Operative Territoriale , Cure Primarie (MMG/PLS) per la parte di attività previste dagli accordi contrattuali in linea con quanto previsto nel PSSR), Cure domiciliari (ADI), Punto unico di accesso, Assistenza sociale afferente al Distretto, Servizi per l'assistenza infermieristica, Punti prelievo.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, garantisce: l'assistenza primaria e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

La *governance* della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata quindi al Distretto, cardine della risposta territoriale, chiamato ad operare attraverso:

- ❖ la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione di strutture della **rete di prossimità** quali le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC) e con la costituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- ❖ il rafforzamento del sistema integrato delle **Cure Domiciliari (CD)**, anche mediante il potenziamento delle attività in ambito Salute Mentale o Disabilità, finalizzato al mantenimento a domicilio delle persone fragili;
- ❖ una più efficace integrazione tra i servizi sociosanitari e sociali del territorio. La Casa della comunità (CdC) rappresenta il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multi professionali e della promozione della medicina di iniziativa;
- ❖ il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

Il Distretto valuta i bisogni della popolazione e sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali, programma i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili.

A tal fine svolgerà funzioni di:

- ❖ **COMMITTENZA** ovvero la responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le strutture di afferenza, di stabilire le connessioni funzionali con le altre strutture aziendali (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute mentale e materno-infantile) e i rapporti con le strutture del privato accreditato e la rete degli attori locali (comuni, scuola, terzo settore) sviluppando progettualità condivise;
- ❖ **PRODUZIONE** ovvero l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali facendo ricorso a strutture distrettuali, territoriali extra-distrettuali, ospedaliere o privato accreditato contrattualizzato.;
- ❖ **GARANZIA** ovvero assicurare l'accesso ai servizi, l'equità di trattamento, la verifica della adeguatezza dei servizi in funzione dei volumi di attività attesi e degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, dovrà garantire: ♦ l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia o comunità

♦ l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali.

Le strutture che svolgono funzioni sovra distrettuali a valenza organizzativa, che comprendono l'assistenza primaria (MMG +PLS), l'assistenza anziani e disabili, la medicina convenzionata, la continuità assistenziale, la farmaceutica territoriale, cure palliative-hospice, attività Consultoriali, la medicina penitenziaria afferiranno invece , direttamente al Direttore Sociosanitario e saranno in rapporto funzionale con il Distretto Socio Sanitario che mantiene le sue funzioni di committenza, produzione e garanzia.

### **L'integrazione Socio Sanitaria: standard previsti dal D.M.77/20**

Il Distretto Socio Sanitario costituisce il perno del sistema di assistenza territoriale con una revisione della rete territoriale che vede l'interazione di diverse professionalità, per promuovere la "prevenzione di prossimità" intesa come un intervento agito con/per/sulla Comunità che termina così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di *empowerment*, soggetto attivo e competente nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sociosanitarie locali.

Grande attenzione viene data alle componenti di ordine sociale, relazionale, psicologico che influenzano lo stato di salute per prevenire efficacemente il disagio prima che diventi malattia.

A questo proposito diventa estremamente importante sviluppare interventi mirati alla diagnosi precoce, alla prevenzione e alla gestione anche della fragilità in particolare alla condizione di pre-fragilità che si riferisce alla dimensione bio-psico-sociale richiedendo un approccio preventivo integrato tra i servizi sanitari e sociali. Particolare rilevanza ha la centralità della persona in una logica di offerta più sfumata rispetto ad un rigido modelling organizzativo in grado di aprirsi al coinvolgimento integrato fra servizi sanitari e servizi sociali governati in una prospettiva di integrazione inter istituzionale. La finalità di potenziare l'integrazione complessiva dei servizi socio-sanitari e assistenziali per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di

patologie e/o cronicità, si consegue prevedendo la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le Case di Comunità, che si qualificano quale punto di riferimento per un'assistenza di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi professionali e interdisciplinari) che operano secondo modelli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali.

L'organizzazione prevede l'identificazione di un modello di riferimento comune Hub e Spoke, attraverso il quale sono distribuite in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio regionale, identificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale.

A supporto del modello vi sarà un sistema informativo ed un'architettura tecnologica in grado di informatizzare i servizi per i cittadini.

I punti cardine di questa integrazione sono i seguenti:

**Casa di Comunità** : riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la "presa in carico (PIC)" delle persone a maggiore intensità assistenziale, sedi del lavoro multiprofessionale e dell'integrazione sociosanitaria e 13 socioassistenziale.

Posta sotto la direzione del Distretto, è strutturata per garantire interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (equipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi, protocolli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'attività all'interno della CdC prevede un lavoro interprofessionale e multidisciplinare e interventi coordinati tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie/Enti pubblici o privati del territorio. Il coinvolgimento delle AFT e delle Medicine di Gruppo dei MMG e PLS nella definizione e assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multi professionale valorizza le competenze delle professioni sanitarie e sociali, evita l'isolamento di "singoli professionisti" o di singole "aggregazioni mono professionali".

La casa della comunità è la sede dove avviene la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito de servizi sanitari e sociali, promuovendo la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, dipendenze e residenzialità) e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi.

La CdC quindi costituisce un modello organizzativo di integrazione istituzionale e professionale non solo in ambito sanitario ma anche tra sanità e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità. L'attività della CdC è improntata ad un sistema organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di equipe interprofessionale secondo il modello organizzativo della cronicità. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato: l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino per ricompattare i percorsi di risposta assistenziale; la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle equipe sanitarie e dalle aree della fragilità con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione aziendale per gli aspetti di competenza; la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa; la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito de servizi sanitari e sociali; la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori ecc.); l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

L'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, rappresenta un valore aggiunto per tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili, promuovendo anche l'impiego di strumenti telemedicina.

In ASL 3 la distribuzione prevista delle CdC nei Distretti è la seguente:

**Distretto Sociosanitario n.8:**

- Casa della Salute Voltri (Ex Tecsaldo - COPROMA), via Odicini- Genova
- MARTINEZ, Via Pegli, 41, Pegli - Campoligure, Via Rossi, 33 Campoligure

**Distretto Sociosanitario n.9:**

- Palazzo Salute Fiumara- Via Operai 80
- Sede Poliambulatori/Palazzo della Salute Via Soliman Genova

**Distretto Sociosanitario n.10:**

- Ex scuola Trucco, Via Pasquale Pastorino,32 Bolzaneto
- Struttura ASL 3 Corso Trento e trieste 130, Borgo Fornari – Ronco Scrivia
- CELESIA, Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62 – Rivarolo

**Distretto Sociosanitario n.11:**

- Casa della Salute via Assarotti – Genova

**Distretto Sociosanitario n.12:**

- Palazzo della Salute Doria - Via Struppa 150, Struppa
- Poliambulatorio Via Archimede – Genova

**Distretto Sociosanitario n.13:**

- Casa Della Salute Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto
- Casa Della Salute di Recco – Via A.Bianchi, Recco.

Le funzioni svolte dalle Case di comunità (CdC) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

**Forme organizzative ai sensi dell'art.8 dell'ACN MMG e PLS 28/4/2022:** consentono il coinvolgimento dei MMG, dei PLS e degli Specialisti ambulatoriali che operano secondo il modello delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente legislazione assicurando un'interfaccia organizzativa alla casa della comunità più larga e strutturata del singolo medico. I coordinatori delle AFT partecipano alla definizione degli obiettivi strategici nell'ambito territoriale di competenza e sono previsti due coordinatori di AFT quali membri di diritto del "Collegio di Direzione" aziendale.

I MMG e i PLS assicurano la coerenza dei piani di cura dei loro assistiti attraverso:

- le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la CdC; - l'assistenza domiciliare programmata o Cure Domiciliari nei confronti dei propri assistiti; 12
- la continuità assistenziale durante i periodi di eventuale ricovero nella fase acuta, post acuta e negli OdC;
- l'adozione di programmi di revisione della politerapia verso il deprescribing a tutela della salute del fragile in collaborazione con il farmacista di comunità; - la partecipazione alle attività promosse dal Distretto e dalla CdC (progetti individuali di salute, ADI, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e altro) sulla base della programmazione nazionale, regionale, aziendale/distrettuale secondo la suddivisione oraria stabilita dall'accordo contrattuale.

Gli studi degli MMG costituiscono una rete che fa capo alle CdC con le quali devono essere funzionalmente collegate anche grazie ad un'infrastruttura informatica comune.

Nelle aree interne dove la CdC risulta particolarmente distante, lo studio dei MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e compensare diseguaglianze territoriali.

L'organizzazione del Distretto, che prevede la presenza di MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali all'interno delle Case di Comunità o a queste collegati funzionalmente, garantisce quindi la prossimità con tutti gli operatori sanitari e sociali favorendo la collaborazione nel percorso di presa in carico.

Inoltre la co-presenza di professionisti del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali, all'interno della CdC e il collegamento in rete con l'ospedale favoriscono la partecipazione attiva dei diversi operatori alla definizione e gestione dei PDTA e dei PAI in una logica di continuità assistenziale.

**Infermiere di Famiglia e Comunità:** L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità. Nella CdC, l'IFoC svolge attività di: - collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. Partecipa inoltre alla programmazione di interventi di sanità di iniziativa per definiti 14 sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali; - analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, per i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. L'IFoC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...); - collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC.

L'IFoC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFoC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFoC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato); - monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati. - L'IFoC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura; - collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto; - collaborazione e raccordo con le équipe di cure palliative

**La centrale operativa territoriale (COT):** La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali.

Quale servizio di back-office facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti; in particolare garantisce la sua funzione di coordinamento: - registrando ed indirizzando le richieste di transizione tra i diversi setting assistenziali assicurandone il tracciamento; - garantendo il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete; - raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) ottimizzandone gli interventi; - raccogliendo, gestendo e monitorando i dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, domotica, digitalizzazione, sperimentazione di strumenti di Intelligenza artificiale; - assicurando il collegamento con la rete dell'emergenza ed urgenza.

La distribuzione delle COT prevista nei Distretti di ASL 3 sarà la seguente:

**Distretto Sociosanitario n.8 Ponente:**

-Ex Ospedale Camozzini – Via Camozzini 15 - Genova Voltri

**Distretto Sociosanitario n.9 Medio Ponente:**

-Genova Casa di Comunità Palazzo della Salute Fiumara, Via Operai 80- Genova

**Distretto Sociosanitario n.10 Valpolcevera e Vallescrivia:**

-Casa di Comunità Ex scuola Trucco, via Pasquale Pastorino 32 – Genova Bolzaneto

**Distretto Sociosanitario n.11 Centro:**

-Casa di Comunità, Via Assarotti 35- Genova

**Distretto Sociosanitario n.12 Valbisagno e Valtrebbia:**

-Casa di Comunità Palazzo Salute Doria, Via Struppa 150- Genova

**Distretto Sociosanitario n.13 Levante:**

- Casa di Comunità Casa della salute Quarto - Via G.Maggio 6. –Genova.

Le funzioni svolte dalle Centrali Operative Territoriali (COT) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

**Centrali Operative 116117:** Il DM 77/2022 indica il numero unico 116117 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenze di continuità assistenziale, sia per orientarsi e accedere ai servizi socio-sanitari. La revisione dell'assistenza territoriale richiede l'adozione di un nuovo approccio anche per la gestione del numero unico AREU dedicato all'accesso ordinario ai servizi del SSN e alla continuità assistenziale (NEA 116117) con la possibilità per gli operatori, sulla base di quelle che saranno le indicazioni regionali, a fronte di una valutazione basata su protocolli definiti, di indirizzare l'utente al proprio MMG o a un IFoC, ad un percorso di visita ambulatoriale presso gli ambulatori di CA presenti nella CdC di riferimento, chiedere l'attivazione di un intervento domiciliare IFoC/ADI/UCA attraverso la COT a seconda dell'urgenza del caso, attivare il PUA e UVM, indicare le modalità per prenotare servizi specialistici, ecc. A tendere e con il supporto di strumenti dedicati, dovranno poter indirizzare il cittadino che ne necessita anche verso un percorso di gestione delle problematiche sociali, attivando il PUA della CdC di riferimento tramite la COT.

**Unità di continuità assistenziale (UCA):** In situazione di particolare complessità clinico assistenziale può essere attivata attraverso la condivisione con MMG, l'Unità di continuità assistenziale (UCA) quale équipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente una infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati. L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti.

La sede operativa delle UCA è nella Casa di Comunità HUB.

L'UCA interviene a richiesta (non in sostituzione dei professionisti responsabili della PIC delle cure domiciliari) per un periodo di tempo definito: - a supporto delle cure domiciliari in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche terapeutiche; - per la presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante eventuali focolai epidemici, garantendo accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici; - nei programmi di prevenzione territoriale (quali ad esempio ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/case di riposo per pazienti fragili) in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica; - nella partecipazione a programmi di prevenzione nella Comunità.

**Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative:** la "casa" è considerata il principale luogo di cura implica necessariamente il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali. Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario integrare i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità dei Comuni con le misure per la Non autosufficienza che completano l'offerta degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Per incrementare il numero di pazienti in carico alle cure domiciliari comprese quelle palliative si inserisce il servizio di Cure domiciliari e le Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili e promuovendo l'impiego di strumenti telemedicina.

Inoltre vengono messi in atto nuovi modelli assistenziali con approccio multi- e inter- disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza

utilizzati con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella Casa di Comunità, dei MMG/PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri.

Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo caso la richiesta avverrà da parte del MMG con autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà i percorsi di PIC.

Per quanto riguarda le UCP Domiciliari al fine di definire percorsi omogenei a livello regionale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative sono stati definiti, dalla Rete Regionale di Cure Palliative, gli indirizzi per la definizione del percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di Cure Palliative dall'accesso alla valutazione, secondo i seguenti passaggi ai sensi della normativa vigente: 1. Eleggibilità del paziente con bisogno di Cure Palliative 2. Segnalazione e l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP); 3. Rivalutazione del bisogno e dell'intensità assistenziale; 4. Chiusura e valutazione della presa in carico.

Le funzioni svolte dalle cure domiciliari (ADI) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

Le cure palliative-Hospice afferiscono alla Direzione Sociosanitaria ma in rapporto funzionale con i Distretti Sociosanitari.

**Gli Ospedali di Comunità:** Per il potenziamento e la riorganizzazione della filiera dei percorsi di assistenza sono previsti gli OSPEDALI DI COMUNITÀ. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e/o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'ospedale, dalle strutture residenziali sociosanitarie o dal domicilio:

- dimissibili dal setting ospedaliero ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare, per la necessità di un recupero psico – fisico; in questo caso l'OdC costituisce la prima tappa verso il domicilio;

- che necessitano di riabilitazione multidimensionale motoria, cognitiva e funzionale, supporto riabilitativo-educativo o interventi fisioterapici nell'ambito dei PDTA/protocolli già attivati nel reparto di provenienza prima del rientro a domicili

- che necessitano di assistenza per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di educazione terapeutica al paziente e al caregiver. È fondamentale la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionalmente con gli ospedali e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere). Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere e a tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

La distribuzione degli OdC prevista nei Distretti di ASL 3 è la seguente:

**Distretto Sociosanitario n.13 Levante:**

- Sede di Quarto - Via G.Maggio 6, Genova Quarto

**Distretto Sociosanitario n.10 Valpolcevera e Vallescriviva:**

- Ospedale Celesia - Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62/C, Genova
- Ex ospedale di Busalla - Via Roma, 100, Busalla
- Poliambulatorio Campoligure A.S. Rossi

Le funzioni svolte dagli Ospedali di Comunità (OdC) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

**Consultorio Familiare** : L'attività consultoriale si caratterizza da un approccio multidisciplinare e olistico che richiama il "Planetary Health". Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Consultorio Familiare eroga

L'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo 18 domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Tali attività possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza e consentendo l'integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali: quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area di assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute. Il principio ispiratore è un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro). Le attività del Consultorio Familiare sono definite e coordinate con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri protagonisti della Rete Materno Infantile, sui piani del funzionamento interno e dell'integrazione in rete. Le stesse afferiscono alla Direzione Sociosanitaria ma in rapporto funzionale con i Distretti Sociosanitari.

### **Il modello dipartimentale**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. Il Dipartimento è un modello organizzativo costituito da strutture omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L'Azienda è organizzata nel rispetto del modello dipartimentale delineato dal D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. nonché dagli artt. 38 e ss. della L.R. n. 41/2006 e s.m.i. ed è strutturata in Dipartimenti formalmente istituiti secondo le Direttive inerenti ai criteri operativi ed organizzativi e per l'istituzione ed il funzionamento degli stessi, predisposte dalla Regione Liguria.

Il modello organizzativo dipartimentale deve garantire in particolare:

- ✓ il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche e tecnico-amministrative, di ricerca, di studio e di controllo sulla qualità delle prestazioni, nonché delle attività amministrative, tecniche e, in generale, di supporto;
- ✓ il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne, con particolare riferimento al rispetto dei diritti del malato;
- ✓ il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata da perseguire tramite l'efficiente gestione delle risorse disponibili, nonché tramite l'organizzazione delle attività libero professionali intramurarie e l'organizzazione delle attività di pre-ospedalizzazione, ricovero ordinario e diurno, day surgery, predisposizione e valutazione dei programmi operativi, dimissioni protette.

Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine adottano regole condivise di comportamento.

Possono essere aggregate ai Dipartimenti le Strutture Semplici "a valenza dipartimentale" attivate per funzioni attribuite all'Azienda dal P.S.R. e non convenientemente esercitabili da Strutture Complesse già esistenti o per attività svolte a favore di una pluralità di Strutture Complesse.

I Dipartimenti possono essere strutturali, funzionali, transmuralesi ed interaziendali. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Il Dipartimento Strutturale è un'aggregazione stabile di Strutture Complesse che trova ragion d'essere quando serve a razionalizzare, sia in termini di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili e viene costituito in relazione alle tipologie di attività o di personale.

Il Dipartimento Strutturale è dotato di autonomia gestionale soggetta a rendicontazione analitica.

L'organizzazione dei Dipartimenti Strutturali è caratterizzata, inoltre, da:



- ✓ attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore connessa con il loro utilizzo;
- ✓ attribuzione al direttore di Dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
- ✓ condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
- ✓ appartenenza delle strutture organizzative ad un unico Dipartimento.

Il Dipartimento Funzionale si caratterizza per un sistema di aggregazione collegato ad una funzione comune. Per sua natura, la costituzione di un Dipartimento Funzionale non deve generare ulteriori costi, né determinare l'erogazione di indennità ricorrenti o di compensi ulteriori, se non a titolo, eventuale, di retribuzione di risultato.

Sono denominati Dipartimenti Transmurales i dipartimenti strutturali o funzionali che coordinano strutture operanti in ambito sia ospedaliero che territoriale, pertanto gli stessi, pur collocati all'interno di uno dei due ambiti, afferiscono gerarchicamente sia al Direttore Sanitario che al Direttore Sociosanitario.

I Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) trasversali a tutte le Aziende, Istituti ed Enti, sono costituiti dall'aggregazione di Strutture Complesse e Semplici a valenza dipartimentale che appartengono ad Aziende diverse, istituiti al fine di perseguire:

- ✓ il coordinamento e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- ✓ la gestione di percorsi integrati di diagnosi e cura;
- ✓ la programmazione dell'attività di équipe;
- ✓ la costituzione di équipe itineranti;
- ✓ la valutazione delle performance qualitative e di efficacia;
- ✓ la condivisione di linee guida, protocolli e prassi operative;
- ✓ l'effettuazione di audit;
- ✓ la formazione del personale.

Le attività principali dei Dipartimenti Interaziendali regionali sono le seguenti:

- analizzare e valutare i bisogni di salute, la domanda di assistenza sanitaria e socio sanitaria e i modelli organizzativi adottati;
- procedere al censimento delle risorse umane e tecnologiche e proporre valutazioni HTA per l'introduzione di nuove tecnologie;
- formulare proposte organizzative, funzionali al perseguimento degli obiettivi e al coordinamento delle attività di assistenza;
- predisporre percorsi diagnostico terapeutici assistenziali definendo responsabilità organizzative e professionali;
- proporre attività di formazione didattica e di ricerca;
- condividere indicatori di processo-organizzativo professionale- e di outcome.

Gli ambiti assistenziali per i quali prevedere la costituzione dei Dipartimenti Interaziendali e le modalità di funzionamento degli stessi sono individuati dalla Giunta Regionale.

Il Dipartimento interaziendale regionale (DIAR) è un organo tecnico di ALISA (azienda del SSR con le funzioni specifiche previste dalla L.R. 17/2016) ed è lo strumento organizzativo della programmazione

strategica e dell'integrazione dei livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie in ambito regionale.

I percorsi clinici e organizzativi e le eventuali proposte riorganizzative su scala regionale, approvati dal comitato di dipartimento, sono condivisi dalle Direzioni Generali delle Aziende ed Enti interessati e sono oggetti di apposito provvedimento da parte A.Li.Sa. e delle Aziende ed Enti del S.S.R.

Attualmente sono stati costituiti i DIAR:

Cardio Toracico Vascolare

Chirurgico

Emergenza Urgenza

Malattie Infettive

Materno Infantile

Specialità Mediche

Laboratori Diagnostica Clinica e per Immagini

Neuroscienze

Onco ematologico

Trasfusionale

Dei Distretti

### **L'Unità di Gestione del Rischio Clinico (U.G.R.)**

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 3, in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e con le disposizioni regionali, ha inteso promuovere il governo clinico quale processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e della salvaguardia di alti standard sanitari, per il miglioramento delle performance professionali del personale e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

A tal fine il Direttore Sanitario ed il Direttore Socio Sanitario coadiuvano, per gli ambiti di competenza, la Direzione Aziendale tramite l'U.G.R. (Unità di gestione del rischio clinico), secondo le indicazioni delle Linee guida regionali per presidiare detto ambito in ASL 3.

Le attività dell'U.G.R. aziendale riguardano in particolare:

- la definizione di un piano annuale di attività che individui le priorità di intervento per le quali avviare azioni preventive, correttive e di miglioramento, sulla base delle indicazioni aziendali, regionali e ministeriali. Tale piano dovrà essere presentato alla Direzione aziendale annualmente per l'approvazione;
- il monitoraggio dell'implementazione delle attività previste nel suddetto piano annuale;
- il rispetto e l'aderenza ai programmi regionali ed alle indicazioni che verranno fornite dalla Commissione Regionale di Coordinamento, anche attraverso la realizzazione di buone pratiche cliniche finalizzate all'applicazione delle indicazioni di cui alle raccomandazioni ministeriali e linee guida elaborate dai soggetti individuati ai sensi della L. 8.3.2017 n. 24 e la conduzione di audit clinici;
- la definizione di un piano di formazione aziendale per la promozione della cultura del rischio;
- assumere iniziative idonee a promuovere in Azienda la cultura del rischio;

- elaborazione di proposte finalizzate a sviluppare un osservatorio aziendale su eventi avversi, eventi sentinella e “near miss”, anche ai fini dell’alimentazione del costituendo osservatorio regionale e/o nazionale ed in generale l’utilizzazione integrata dei dati provenienti dai sistemi informativi esistenti;
- supporto metodologico a tutti gli operatori aziendali nell’applicazione di strumenti e tecniche di risk management;
- verifica dei risultati aziendali, in materia di risk management, e relativa reportistica alla Direzione Aziendale;
- supporto alla predisposizione di relazione annuale consuntiva afferente all’attività di risk management aziendale alla Commissione Regionale di Coordinamento;
- supporto alla predisposizione di relazione annuale consuntiva afferente all’attività di risk management, da pubblicarsi sul sito internet aziendale, con particolare riguardo ai profili di cui alla L. 8.3.2017 n. 24 e s.m.i..

L’U.G.R. adotta , sulla base delle linee guida regionali, “CARMInA” (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach – Valutazione Clinica del rischio sanitario: un’approccio integrato), quale modalità di lavoro consolidata e continuativa. La stessa è pertanto entrata a far parte del processo di budgeting aziendale e progettualità di Gestione del Rischio Aziendale.

In coerenza con detta metodologia è articolata l’organizzazione dell’U.G.R. al fine di consentire ad un Gruppo Strategico (**AREA 1 - Governance, Consapevolezza e Misurazione**) ed ai Gruppi Operativi (**Area 2: Comunicazione, Area 3: Conoscenze e Abilità, Area 4: Ambiente e Contesto Sicuri, Area 5: Processi Assistenziali, Area 6: Gestione dell’Evento Avverso, Area 7: Imparare dall’Esperienza**), di svolgere funzioni specifiche, nell’ambito delle rispettive competenze, ma con modalità operative sinergiche, finalizzate alla definizione, implementazione e monitoraggio della pianificazione aziendale per la gestione integrata del rischio nell’ambito delle aree del “CARMInA”.

Rientra nei singoli gruppi operativi anche la rete operativa dei referenti designati all’interno delle strutture aziendali di riferimento, con il compito di facilitare l’implementazione degli strumenti di risk management nelle singole realtà operative e di diffondere nelle stesse un corretto approccio alla sicurezza nella gestione operativa quotidiana.

#### Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Il “Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) , introdotto dall’art. 57 del D. Lgs. n.165/2001 così come modificato dall’art. 21 della Legge n.183/2010 e disciplinato con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 parzialmente modificata con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019, rappresenta invece lo strumento aziendale di proposta, consultazione e verifica , a supporto della Direzione Generale, su temi relativi a:

- pari opportunità di genere ed altre fattispecie;
- valorizzazione del benessere personale ed organizzativo e contro ogni sorta di discriminazione e/o violenza morale o psichica concernente tutti i lavoratori aziendali;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l’organizzazione dell’Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici;

- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico;
- contribuire alla promozione dei piani delle azioni positive, della programmazione di specifiche iniziative, nonché della formulazione di pareri e della verifica del grado di raggiungimento di tali obiettivi.

Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

L'istituzione di tale organismo unitario ha determinato l'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta, che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria: età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

L'obiettivo della norma si concretizza in un ulteriore rafforzamento pertanto delle misure dettate per garantire la tutela delle pari opportunità e del benessere organizzativo, quali vettori orientati a efficienza, efficacia dell'azione amministrativa, produttività e costruzione del senso di appartenenza.

### **Il Sistema Privacy A.S.L.3**

ASL 3 ha ridefinito nel tempo ed adeguato, a decorrere, in particolare, dalla piena operatività del Regolamento UE 679/2016, un proprio sistema privacy in relazione all'evolversi delle esigenze di trattamento dei dati personali, con specifica attenzione a quali particolari (già dati sensibili).

### **Il D.P.S. del sistema Privacy**

Il D.P.S. del sistema privacy è il documento di natura programmatica e rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione del rischio privacy in ASL 3.

Il D.P.S. non è un documento formale, statico, compiuto e con una data di conclusione certa, ma uno strumento in costante e continua evoluzione nella consapevolezza che i processi di miglioramento di un'organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di strumenti che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione e in base all'esperienza via via acquisita nel corso degli anni.

Esso è elaborato in un contesto di collaborazione allargata e condivisa, in cui i dipendenti sono invitati a fornire un proprio contributo alla elaborazione del documento, con suggerimenti, osservazioni e consigli, al fine di migliorare la qualità dei contenuti.

Al suo interno sono inseriti i seguenti macro contenuti:

- le misure di prevenzione disposte;
- i rischi e le relative misure specifiche, individuate in base alle risultanze del processo della "gestione del rischio", quale misura di precauzione;
- i soggetti che intervengono nelle attività di prevenzione e precauzione;
- i tempi e le modalità di monitoraggio da effettuarsi per verificare il rispetto degli obblighi ivi contenuti;
- gli obiettivi fissati e raggiunti nel corso degli anni.

I principi, gli obiettivi e le misure indicate sono raccordati con gli altri strumenti di programmazione aziendale, in primis con il PIAO.

Tutte le attività e le iniziative in materia di prevenzione contenute nel D.P.S. presentano un minimo comune denominatore: creare un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare i valori di sicurezza privacy intrinsecamente connessi ad ogni azione e decisione amministrativa per il miglioramento della qualità dei servizi e delle relazioni tra amministrazione e cittadini.

Trattandosi di un cambiamento culturale importante, lo stesso è stato accompagnato con una serie di interventi mirati e progressivi, che non possono non tener conto della revisione dell'organizzazione aziendale.

Le prime cinque sezioni del D.P.S. illustrano il "sistema privacy" aziendale da un punto di vista organizzativo, la sesta sezione e gli allegati, le policy generali ed i format di supporto allo stesso.

Inoltre ogni aggiornamento prevede:

- il coinvolgimento degli organi di indirizzo nella predisposizione del piano, attraverso l'individuazione degli obiettivi strategici di riprogettazione della gestione del rischio privacy;
- la previsione delle future attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure di sicurezza, da intendersi come strumento di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure, concependo le misure stesse e la loro applicazione come obiettivi di performance organizzativa ed individuale;
- il rafforzamento della formazione come strumento fondamentale della prevenzione, mirato a favorire non solo un'acquisizione di cognizioni tecniche o giuridiche relative alla normativa privacy e ad una più puntuale conoscenza dei fattori di rischio, ma anche a favorire un cambiamento culturale nell'Azienda;
- l'aggiornamento della modulistica di supporto al "Sistema privacy" aziendale;
- la creazione di una connessione stringente tra il D.P.S. , comunque mantenuto negli anni come strumento aziendale di sintesi delle politiche in materia dell'Azienda, ed il ciclo della Performance;
- una capillare azione di sensibilizzazione all'interno dell'Azienda per favorire la creazione di gruppi di lavoro per l'aggiornamento della gestione del rischio privacy;
- l'instaurazione di un forte legame di collaborazione da parte di tutti i dipendenti dell'Azienda e la creazione di una rete di referenti per il R.P.D. , al fine di capillarizzare il "sistema privacy" in tutte le articolazioni organizzative aziendali;
- la creazione di sinergie a livello regionale tra i responsabili protezione dati delle Aziende del Servizio Sanitario regionale, con partecipazione al Gruppo di lavoro formalizzato con deliberazione di A.Li.Sa. n. 173 del 6.7.2018.

Il Regolamento UE 679/2016 ha introdotto energeticamente il principio della responsabilizzazione (c.d. accountability).

Per "responsabilizzazione" si deve intendere il compito che hanno i titolari di adottare comportamenti volti a garantire e dimostrare la concreta adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare l'applicazione del Regolamento UE e di conseguenza la conformità alle sue disposizioni.

Detto principio si manifesta concretamente nel Regolamento UE con due concetti, vale a dire la «protezione dei dati fin dalla progettazione (privacy by design)» e la «protezione dei dati per impostazione predefinita (privacy by default)», evidenziati all'art. 25 del Regolamento UE, e con gli adempimenti di cui al capo IV del Regolamento UE 679/2016.

Detti risultati non si possono raggiungere se non con un mutamento culturale complessivo nell'ambito dell'Azienda, con il supporto di R.P.D e strutture aziendali di riferimento per le aree di rispettiva competenza, che viene costruito e rafforzato nel tempo con gli strumenti evidenziati nello stesso D.P.S..

Fanno parte in particolare del D.P.S le policy aziendali in materia, tra le quali quelle di:

- gestione della videosorveglianza
- gestione dei contenuti del sito intranet aziendale
- inserimento del personale neoassunto-trasferito
- gestione documentale
- gestione dell'attività provvedimentale aziendale
- esercizio del diritto di accesso
- gestione della dotazione informatica e posta elettronica aziendale
- regolamentazione dello smartworking in Azienda (Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA )
- policy privacy aziendale
- policy analisi rischi a cui sono soggetti i dati
- policy aziendale esercizio dei diritti
- policy aziendale data breach
- vademecum sperimentazioni cliniche
- GEN-DG-PR Trattamento per scopi di ricerca scientifica-00
- GEN-DG-PR Trattamento dati genetici-00
- Ufficio R.P.D. - Regolamento attività .

L'aggiornamento di format e policy aziendali avviene costantemente, anche separatamente rispetto alla revisione del D.P.S. aziendale ed è oggetto di adeguata pubblicità sul sito intranet aziendale (sezione “Normativa – Privacy”) e, ove previsto, sul sito internet aziendale.

### ***Il costante aggiornamento della gestione del rischio***

Nel D.P.S. è stato previsto il costante aggiornamento della gestione del rischio, inteso come processo dinamico i cui risultati sono frutto della maturazione e dell'esperienza che si consolida col tempo:

- a. Mappatura: per ogni trattamento individuare l'origine del processo (input), il risultato atteso (output), la sequenza delle attività che consente di raggiungere il risultato, i tempi, i vincoli, le risorse, le interrelazioni tra i trattamenti;
- b. Valutazione e trattamento del rischio: I rischi devono essere reali e specifici e calati nel contesto di riferimento. Le misure dovranno essere adeguatamente progettate, sostenibili, verificabili, con la previsione di indicatori di monitoraggio e di valori attesi.
- c. Monitoraggio: mira a verificare l'effettiva attuazione delle misure, la tipologia di misure adottate - specificando se si tratta di una nuova misura o di una misura già esistente - le criticità riscontrate, il grado di incidenza delle misure sulla neutralizzazione dei rischi, allo scopo di comprendere il livello qualitativo di analisi condotto dai vari uffici nell'ambito della gestione del rischio e di identificare le strutture e i processi su cui dovrà essere rivolta una più accurata attività di analisi in futuro.

Inoltre l'introduzione di un sistema di “*internal auditing*”, a supporto del “Sistema privacy”, è stato sviluppato nelle singole strutture aziendali, facendone oggetto anche di specifici obiettivi di budget, al fine di garantire uno strumento per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione del rischio privacy.

Il monitoraggio relativo al rispetto della normativa e del DPS passa in A.S.L. 3 anche attraverso il processo di implementazione dell' *audit di sistema*, già implementato da anni in Azienda basandosi su linee guida specifiche (è stato stabilito di utilizzare le “Linee Guida per audit di sistemi di gestione (UNI EN ISO 19011) come riferimento procedurale per lo svolgimento degli audit.

Lo stesso esita in verbalizzazione, datata e firmata, che indica le conformità rispetto ai criteri degli audit ed eventuali rilievi sulle non conformità e, trattandosi comunque di audit non di terza parte, prevede la formulazione di eventuali raccomandazioni relative a proposte di miglioramento, futuri audit interni, richiesta di un piano di azioni correttive, che sono punto per il riavvio del ciclo del miglioramento organizzativo.

*Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione*

#### **a) Ruolo della Direzione Generale**

Il Direttore Generale individua il Data Protection Officer (Responsabile Protezione Dati-R.P.D.). Inoltre definisce, di concerto con quest'ultimo e con il supporto della S.C. Affari Generali e del Responsabile della Transizione Digitale, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del D.P.S..

#### **b) Data Protection Officer (Responsabile Protezione Dati-R.P.D.).**

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)*» (di seguito *RGPD*), in vigore dal 24 maggio 2016, e applicabile a partire dal 25 maggio 2018, ha introdotto la figura del Responsabile Protezione dei dati personali (R.P.D.) (artt. 37-39).

Il predetto Regolamento prevede l'obbligo per il titolare di designare il R.P.D. «*quando il trattamento è effettuato da un'autorità pubblica o da un organismo pubblico, eccettuate le autorità giurisdizionali quando esercitano le loro funzioni giurisdizionali*» (art. 37, paragrafo 1, lett a).

Le predette disposizioni prevedono che il R.P.D. «*può essere un dipendente del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento oppure assolvere i suoi compiti in base a un contratto di servizi*» (art. 37, paragrafo 6) e deve essere individuato «*in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati, e della capacità di assolvere i compiti di cui all'articolo 39*» (art. 37, paragrafo 5) e «*il livello necessario di conoscenza specialistica dovrebbe essere determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta per i dati personali trattati dal titolare del trattamento o dal responsabile del trattamento*» (considerando n. 97 del RGPD).

A.S.L. 3 è tenuta alla designazione obbligatoria del R.P.D. nei termini previsti, rientrando nella fattispecie prevista dall'art. 37, par. 1, lett a) del RGPD.

ASL 3 ha designato pertanto il proprio RPD, che è il Responsabile della S.C. Affari Generali.

Il R.P.D., nel rispetto di quanto previsto dall'art. 39, par. 1, del RGPD è incaricato di svolgere, in piena autonomia e indipendenza, i seguenti compiti e funzioni:

- a) informare e fornire consulenza al Titolare del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal RGPD, nonché da altre disposizioni nazionali o dell'Unione relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del RGPD, di altre disposizioni nazionali o dell'Unione relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento in materia di

protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;

- c) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del RGPD;
- d) cooperare con il Garante per la protezione dei dati personali;
- e) fungere da punto di contatto con il Garante per la protezione dei dati personali per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione;
- f) tenere copia del registro delle attività di trattamento del Titolare, la cui redazione, aggiornamento, conservazione e pubblicità, come previsto nel D.P.S. aziendale, rimane sotto la responsabilità delle strutture aziendali competenti, per gli ambiti di rispettiva competenza.

I dati di contatto del R.P.D. sono pubblicati sul sito intranet aziendale, in specifica sottosezione della sezione "Normativa Privacy" e sul sito internet aziendale in specifica sottosezione "Politiche della Privacy" della sezione "Siti Tematici ed in "Amministrazione Trasparente".

L'ufficio del RPD è regolato da specifica policy aziendale.

### c) Referenti

Per l'applicazione delle politiche di prevenzione è imprescindibile una stretta collaborazione da parte di tutta l'organizzazione.

Per questa ragione sono stati designati in A.S.L. 3 dei Referenti per la Prevenzione del rischio privacy (Responsabile Protezione Dati –R.P.D., Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza -R.P.C.T, medico competente -pur essendo lo stesso titolare autonomo-, direttori di dipartimento di area territoriale, di area amministrativo-tecnico-professionale, direzioni strategiche amministrativa sanitaria e sociosanitaria, S.C. Direzione Medica del P.O.U. e responsabile ex art.37.4 LR ligure 41/2006 e s.m.i., Direttori di Distretto, Strutture Di Staff Della Direzione Generale, nell'ambito delle loro rispettive competenze e funzioni), essi stessi autorizzati al trattamento dati dal Titolare, anche con delega alla sottoscrizione in capo alle direzioni strategiche amministrativa sanitaria e sociosanitaria per area di rispettiva afferenza, anche a sostegno dell'attività del R.P.D..

Il ruolo dei Referenti si caratterizza nel fatto di porsi come "intermediari" tra il R.P.D. ed i Dirigenti o altri Dipendenti. I Referenti informano il R.P.D. sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione, "monitorando" l'attività svolta dai Dirigenti-Dipendenti assegnati alle aree di riferimento.

### d) Dirigenti di Struttura Complessa o S.S.D. o strutture assimilate ai fini privacy

*I dirigenti direttori di S.C. o di S.S.D. o strutture assimilate ai fini privacy sono autorizzati dal Titolare al trattamento dati personali e categorie particolari di dati personali afferenti la struttura dagli stessi diretta, con **designazione all'espletamento degli specifici compiti** infra precisati per la gestione del sistema privacy nella struttura dagli stessi diretta (con eventuale delega alla sottoscrizione delle autorizzazioni degli stessi per conto del Titolare in capo al relativo direttore –dirigente referente di afferenza) e sub delegati per conto dello stesso Titolare dal direttore –dirigente referente di afferenza alla sottoscrizione per conto del titolare*



*delle autorizzazioni al trattamento dati personali e categorie particolari di dati personali per i Dipendenti afferenti alle strutture dagli stessi dirette, per i dati di competenza trattati*

Il compito fondamentale assegnato ai Dirigenti delle varie strutture è quindi quello di curare il processo della gestione del rischio ed il suo aggiornamento, concorrendo all'individuazione dei rischi, alla loro valutazione ed all'individuazione delle misure di prevenzione, alla gestione di eventuali violazioni. L'individuazione dei rischi e delle misure deve avvenire attraverso un'attività di analisi meditata e partecipativa. Di conseguenza ai Dirigenti è richiesto di avvalersi del proprio personale e di costituire apposito/i gruppo/i di lavoro sovrintendendone le attività ed i lavori.

#### **e) Facilitatori tra il R.P.D. ed i Referenti e Dirigenti delle strutture aziendali**

Per rendere più snello ed efficace il coordinamento tra il R.P.D. ed i Referenti e tra questi e i Dirigenti responsabili di struttura, sono individuate figure di collegamento denominate *Facilitatori* scelti tra quei dipendenti forniti di esperienza al fine di trattare gli aspetti operativi connessi alla prevenzione, alla gestione del rischio privacy e per le attività di supporto nelle attività di monitoraggio e di informare i Referenti/Dirigenti su problemi, criticità riscontrate. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure ed i tempi degli adempimenti, snellendo i compiti dei Dirigenti (i quali, pur rimanendo responsabili delle attività e specifici compiti previsti dal D.P.S. in materia di gestione privacy nelle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi) e dei Referenti; dall'altro, a rendere più omogenee, tra le strutture, le attività di prevenzione del rischio privacy.

Queste figure si dividono in:

- 1) I facilitatori dei Referenti: nominati da questi ultimi, in sintesi si occupano di raccogliere e/o rendere omogenei i dati relativi alla gestione del rischio, ai monitoraggi e agli altri adempimenti di tutte le strutture dell'area di riferimento ed, una volta acquisito l'assenso del proprio Referente di trasmetterli al R.P.D.. In particolare i Facilitatori dei Referenti hanno il compito di aiutare il Referente nella programmazione dei monitoraggi interni e/o nella trasmissione al R.P.D. delle relative relazioni a riscontro della suddetta attività di controllo;
- 2) I facilitatori dei Dirigenti delle strutture aziendali, che si occupano di raccogliere i dati relativi ai trattamenti delle singole strutture, inviandoli al facilitatore del Referente di area. In particolare i Facilitatori delle varie strutture sono chiamati a tenere i contatti con i gruppi di lavoro, a raccogliere i dati della gestione del rischio, dei monitoraggi e dei vari adempimenti richiesti alle singole strutture ed, una volta acquisito l'assenso del proprio Dirigente, a trasmetterli al facilitatore **del Referente di area**, al R.P.D. e per conoscenza alla S.C. Affari Generali.

#### **f) Tutti i Dipendenti**

I Dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel D.P.S..

#### **La gestione del rischio: un nuovo approccio**

L'evoluzione normativa in materia di trattamento dei dati personali, con la piena operatività del Regolamento Europeo (General Data Protection Regulation n.679/2016) dal 25 maggio 2018, ha mutato completamente la filosofia di gestione della privacy nell'ambito aziendale.

Da un sistema di adempimenti ad obbligazioni di legge e linee guida del Garante della privacy si deve passare ad impostare un vero e proprio sistema di gestione del rischio privacy, con autovalutazione dello

stesso ed individuazione delle misure di sicurezza personalizzate aziendali più idonee e di un cronoprogramma di loro implementazione nell'ambito dell'Azienda.

Partendo dalla considerazione che l'annullamento del rischio di violazione privacy, soprattutto in aziende complesse e che trattano categorie di dati particolari quotidianamente come le aziende sanitarie, è impossibile, quello che si mira a definire è un "modello di gestione" di detto rischio.

"The safety management principle is to facilitate everyday work, to anticipate developments and events, and to maintain the adaptive capacity to respond effectively to the inevitable surprises" (Finkel 2011).

Poiché il nostro Sistema sanitario continua a sviluppare ed introdurre maggiore complessità, si rende necessario "adattare" gli approcci alla sicurezza tradizionali ad una realtà in costante cambiamento, focalizzandosi non tanto sull'obiettivo di mantenere il numero di incidenti più basso possibile, misurare il numero di casi in cui è fallito il sistema di gestione della sicurezza ed assumere nell'analisi un approccio reattivo, ma mirando a mantenere il numero dei risultati positivi previsti il più alto possibile, misurare i casi in cui le cose vanno bene ed assumere un approccio proattivo (valutando le azioni che hanno consentito che le cose vadano bene).

Infatti "things that go right and things that go wrong happen in the same way", la base della sicurezza è capire che cosa varia in ogni performance che porta ad un *outcome* positivo per valutare la replicabilità delle azioni – misure ivi adottate nelle performance con *outcome* negativo.

La sicurezza non diventa, quindi, esito dell'applicazione di norme miranti a far corrispondere le prestazioni reali alle idealizzate rappresentazioni delle procedure, ma esito emergente delle diffuse capacità di valutare e prevenire i rischi e di gestire il rischio residuo, non essendovi un rischio azzerabile.

In quest'ottica i Dirigenti aziendali, sulla base dell'esperienza quotidiana di trattamento, hanno analizzato le singole tipologie di trattamento, le misure di sicurezza già operanti ed il loro impatto - nello storico - sulla sicurezza del trattamento stesso, valutando la percentuale di rischio residuo e proponendo eventuali possibili modalità di sua ulteriore gestione .

Il D.P.S. diventa così non un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva ed in base ad un principio di precauzione in relazione al rischio specifico.

L'obiettivo è quello di mantenere un processo agile e concreto, la cui essenza non sia costituita dalla mera compilazione di modelli di calcolo, ma da un'analisi interna dei rischi e dei rimedi possibili, mediante la partecipazione allargata dei Dipendenti.

A questo fine si è cercato di sollecitare le strutture aziendali a privilegiare la partecipazione interna per far venire fuori le conoscenze acquisite dal proprio personale nel corso degli anni, facendo emergere in modo più efficace i rischi privacy, tralasciando la meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.

Pertanto il tentativo è di garantire il mantenimento di un alto livello di qualità del processo di analisi e di individuazione di appropriate misure di prevenzione attraverso:

- 1) un miglioramento nelle comunicazioni tra il R.P.D., i Referenti ed i Dirigenti responsabili delle strutture aziendali, rendendo concreto il ruolo dei Referenti di area quali anelli di congiunzione tra il R.P.D. e le strutture aziendali: i Dirigenti hanno il compito di porre in essere il processo di valutazione, gestione e monitoraggio del rischio all'interno delle proprie strutture, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, verificando ed assemblando eventualmente i dati da trasmettere al R.P.D.. I Referenti ed i Dirigenti si avvalgono dei "Facilitatori", i cui compiti sono stati illustrati;
- 1) l'utilizzo di un approccio "bottom – up" basato, quindi, sulla partecipazione e sull'ascolto delle esperienze dei dipendenti che concretamente operano nelle varie aree. Tutti i Referenti sono stati invitati a incentivare, all'interno delle strutture delle proprie aree, l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro, composti da personale non solo amministrativo, ma anche professionale, tecnico e

sanitario, per valutare insieme quali siano i trattamenti più soggetti a rischio, individuando rischi e misure non astratte ma fattibili, concrete e programmate. Si vuole evitare che il processo del rischio si riduca ad una mera compilazione di tabelle svolta dal Dirigente o da un amministrativo ma venga inteso come una autoanalisi dei propri trattamenti che coinvolga più persone possibili;

- 2) l'impiego di *format comuni* per la valutazione e gestione del rischio, il suo aggiornamento e monitoraggio, che racchiude tutte le fasi di cui si compone la suddetta analisi. Attraverso questi strumenti si è cercato di ottenere una riduzione dei tempi di trasmissione dei dati velocizzando e semplificando il lavoro alle strutture coinvolte e definendo contestualmente i parametri minimi di un futuro applicativo per la gestione del rischio privacy, nel quale poter riversare facilmente i dati raccolti in questa fase di avvio del "sistema privacy" aziendale;
- 3) i dati relativi al monitoraggio del trattamento del rischio sono stati impostati per renderli articolati ed analitici, in modo da mettere in evidenza l'importanza di una verifica all'interno di ogni struttura sull'applicazione delle misure dichiarate, individuando l'effettiva incidenza di tali misure per ridurre le cause di rischio;
- 4) un concreto supporto alle singole strutture ed ai gruppi di lavoro da parte del R.P.D. , della S.C. Affari Generali e Referenti per l'area ospedaliera e territoriale e del sistema informativo, per l'espletamento e la compilazione dei *format* relativi alla gestione del rischio, mediante la trasmissione di apposite *slide informative*, incontri formativi dedicati ed *audit* con i gruppi di lavoro per collaborare allo svolgimento e revisione delle mappature dei trattamenti ed analisi e valutazione dei rischi;
- 5) la messa a fattor comune di format e risultati dell'attività di gestione attraverso l'uso di aree dedicate del sito intranet aziendale.

### **Formazione in tema di privacy**

Il processo di gestione del rischio privacy e del sistema privacy in ASL 3 è stato sempre accompagnato da interventi formativi.

L'attività formativa si è divisa in lezioni in aula, in incontri formativi ed *audit* e in corsi da frequentare a distanza, come illustrato nel D.P.S. a cui si rinvia.

A fianco all'attività formativa a distanza (corsi FAD), ci sono incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture, con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro e di incontri formativi sul Codice di Comportamento aziendale curati dai singoli Dirigenti di struttura-area.

#### Corsi FAD

- Corso privacy generale

L'attività di formazione è rivolta a tutti i Dipendenti (di ruolo e neo assunti). Ma, in particolare è rivolta ai dipendenti che ricoprono un ruolo attivo nella identificazione dei rischi e nella definizione e implementazione delle misure di prevenzione (Referenti, Dirigenti responsabili di struttura-area, Facilitatori).

Il corso FAD è stato elaborato tenendo presenti le numerose novità normative intervenute a cominciare dal Regolamento UE 679/2016. Inoltre, si è tenuto conto della modifiche organizzative che hanno riguardato le responsabilità ed i poteri dei soggetti interni e le loro relazioni con il R.P.D. e l'analisi dei rischi dei trattamenti nell'ambito sanitario, nonché in generale il nuovo "Sistema privacy" avviato.

Il corso ha l'obiettivo di informare i dipendenti di ASL 3 sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della privacy all'interno dell'Azienda.

Il corso FAD è stato aggiornato a seguito dell'entrata in vigore delle norme di armonizzazione al Regolamento Europeo e dei chiarimenti del Garante Italiano e messo a disposizione del S.S.R. ligure.

- Corso sul Fasciolo Sanitario elettronico e sul Dossier Sanitario

Il corso è stato reso obbligatorio per quei dipendenti che utilizzano detti strumenti, scelti dai singoli Dirigenti.

#### Dipendenti coinvolti

I corsi sono obbligatori per tutti i Dipendenti, identificati dai propri Dirigenti e per Referenti e facilitatori. La priorità di aggiornamento formativo è stata in capo ai Direttori-Dirigenti responsabili di struttura-area ed ai relativi Facilitatori.

Il monitoraggio della frequenza è effettuato con cadenza annuale dalla S.C. Aggiornamento e Formazione, sulla base delle indicazioni dei Dirigenti delle strutture-aree aziendali.

Detta attività formativa è inserita quale obiettivo di budget alle singole strutture aziendali e si è monitorato nel tempo il numero dei destinatari e il numero dei dipendenti che lo hanno effettivamente concluso in ciascuna annualità.

- a) Incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro

Si sono tenuti incontri con il coordinamento della S.C. Affari Generali e del R.P.D., con tutti i Referenti privacy.

- c) Formazione interna alle strutture/aree - Incontri di divulgazione del progetto aziendale e delle norme in materia di privacy, attività di *internal auditing*

E' stato suggerito ai Dirigenti responsabili di struttura-area di tenere **incontri almeno annuali di divulgazione ed approfondimento ed audit interni** sul sistema privacy e sulla normativa relativa.

Nello specifico i Dirigenti hanno il compito di accertarsi almeno annualmente della conoscenza dei propri dipendenti attraverso incontri formativi/illustrativi e di predisporre un **verbale sottoscritto** dai partecipanti, **da inviarsi al Referente di area ed al R.P.D. e per conoscenza alla S.C. Affari Generali**. Detta attività è stata oggetto di specifici obiettivi di budget e prevede la partecipazione obbligatoria di Dirigenti responsabili della struttura e facilitatori della struttura e di dipendenti dagli stessi individuati ed è finalizzata a documentare il grado di autoanalisi portato avanti nelle singole strutture-aree dai dirigenti responsabili, nel rispetto del principio di accountability che permea il nuovo Sistema Privacy aziendale.

#### Codici di Comportamento

I Codici di condotta sono probabilmente gli strumenti più noti «*dell'integrity management*», volti a tracciare il contesto entro cui i dipendenti sono tenuti a svolgere i loro doveri, arrivando a definire in modo chiaro i comportamenti inaccettabili.

Offrono ai dipendenti alcune regole di comportamento che vanno al di là del rispetto della legge, collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati.

La legge nel riscrivere l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., chiarisce la natura dei codici quale fonte che individua doveri di comportamento giuridicamente rilevanti, quindi sanzionabili in termini di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile. Inoltre le violazioni grave e reiterate del codice comportano l'applicazione del licenziamento. Le norme in essi contenute «*regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa*».

A.S.L. 3 ha proceduto ad aggiornare il proprio Codice di Comportamento, mediante procedura aperta; nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei vari portatori d'interesse (stakeholder), come richiesto dall'art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e dalla Autorità Nazionale Anticorruzione.

I cittadini e le varie associazioni che li rappresentano, i sindacati, o altre forme di organizzazioni rappresentative di interessi e/o che fruiscono delle attività e dei servizi prestati da questo ente sono stati invitati a presentare eventuali integrazioni, proposte e/o osservazioni, ai fini dell'aggiornamento del proprio Codice.

Nello stesso tra gli obblighi dei dipendenti vi è ovviamente il rispetto della normativa in materia di privacy e segreto professionale.

Tra gli obiettivi assegnati alle strutture aziendali nell'ambito del ciclo della performance è stato inserito anche quello di divulgare tra i dipendenti i contenuti del codice di comportamento aziendale nei suoi aggiornamenti.

### **Performance e sistema privacy**

Il collegamento fondamentale tra sistema privacy e il ciclo della Performance si realizza pienamente in A.S.L. prevedendo l'inserimento nel piano della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione del rischio privacy.

L'Azienda ha individuato tra gli obiettivi strategici proprio la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il D.P.S. prevedendo specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione del rischio privacy anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti nel D.P.S..

Gli stessi Dirigenti, a capo delle strutture coinvolte negli obiettivi, così come definiti nel processo di budget, sono stati chiamati, a loro volta, ad individuare eventuali obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione prevista, da assegnare ai propri collaboratori, coinvolti nelle attività della prevenzione del rischio privacy o con incarichi specifici ("Facilitatori"). Nelle schede di budget sono peraltro già previsti obiettivi specifici per il personale del comparto.

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche delle varie Strutture. E' possibile classificarli per "macro-obiettivi" in modo da delineare le caratteristiche comuni e da evidenziare anche la connessione tra questi e gli obiettivi strategici stabiliti dal Direttore Generale.

Le risultanze di un check, di norma con cadenza annuale, per la valutazione dell'implementazione degli obiettivi assegnati alle strutture in materia di privacy vengono acquisite dal R.P.D. per la valutazione di eventuali azioni correttive.

Analoghi check vengono effettuati dai Dirigenti responsabili delle singole strutture-aree, anche a supporto dei relativi Referenti di area di appartenenza, con cadenza almeno semestrale.

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget viene indicato all'interno della Relazione della Performance; quindi a consuntivo l'Amministrazione verifica i risultati organizzativi raggiunti rispetto all'obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

### ***Il sistema di prevenzione e protezione aziendale e l'obbligo di sicurezza***

L'Azienda applica le misure previste dal D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (T.U. in materia di salute e sicurezza sul lavoro) al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza per gli operatori negli ambienti di lavoro e nell'uso delle attrezzature e degli impianti.

Gli obblighi di protezione previsti dalla normativa vigente sono ripartiti tra:

- Datore di lavoro;

- Soggetto delegato dal datore di lavoro ai sensi dell'art. 16 D.lgs. n. 81/2008;
- Dirigenti;
- Preposti;
- Lavoratori.

Alla realizzazione ed evoluzione del sistema di sicurezza aziendale partecipano in stretta collaborazione tra loro:

- Il Datore di lavoro;
- Il servizio prevenzione e protezione aziendale;
- I medici competenti;
- I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- Le figure professionali individuate all'interno o all'esterno dell'Azienda, in possesso delle competenze specifiche richieste dal D.lgs. n. 81/2008 e dalle altre disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro.

a) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).



## ***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano***

### ***Sottosezione di programmazione Organizzazione del Lavoro Agile***

*(ex Art 263 c.4. D.L. 34/2020, convertito con modificazioni dalla L. 77/2020)*

### Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - *Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile*

#### CAPO I: PREMESSE

L'Osservatorio Smart Working del Politecnico di Milano così definisce lo strumento smart working:

*"Smart Working significa ripensare il telelavoro in un'ottica più intelligente, mettere in discussione i tradizionali vincoli legati a luogo e orario lasciando alle persone maggiore autonomia nel definire le modalità di lavoro a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Autonomia, ma anche flessibilità, responsabilizzazione, valorizzazione dei talenti e fiducia diventano i principi chiave di questo nuovo approccio".*

Anche da tale definizione deriva che la fiducia, così come lo è nel rapporto di lavoro in presenza, a maggior ragione rappresenta un fattore basilare in regime di lavoro agile. Con il lavoro agile, tuttavia, non viene meno né si attenua il potere/dovere di verifica del datore di lavoro. Permangono inoltre gli obblighi di diligenza e fedeltà. Programmare e confrontarsi periodicamente tra colleghi è utile sia per verificare l'andamento delle attività, sia per non alienarsi dal normale contesto lavorativo. Condividere problemi e soluzioni può portare a migliorare il proprio modo di lavorare «agile».

Va sottolineato che i cittadini non devono in alcun modo risentire in negativo dello svolgimento dell'attività delle PP.AA. svolte in smart working. Al contrario, il livello di servizio deve essere almeno pari, se non incrementato, rispetto a quello reso in presenza, valorizzando all'interno dell'Azienda il ruolo di team caratterizzati dall'intercambiabilità e della flessibilità operativa dei componenti.

Principio guida del patto fiduciario tra Amministrazione e Lavoratore è il "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino", a significare la collaborazione finalizzata a creare valore pubblico a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità utilizzate per raggiungere gli obiettivi.

#### Art. 1 – Oggetto ed ambito di applicazione

1. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (di seguito POLA) è previsto dall'art. 263 della del D.L. n. 34 del 19.5.2020 coordinato con la Legge di conversione n. 77 del 17 luglio 2020, e redatto sulla base delle Linee Guida sul Pola pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento funzione pubblica, nel dicembre 2020.  
Il POLA, dal 2022, ai sensi dell'art. 6 del *D.L. 80/2021 convertito in L. 113/2021 e ss.mm.ii.*), fa parte, unitamente ad altri documenti programmatori dell'Azienda, del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) da adottarsi entro il 31.1.2023. Come il PIAO, anche il POLA si sviluppa su un arco temporale di tre anni.
2. Il presente POLA disciplina la fruizione della modalità lavorativa "lavoro agile" quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa volta a promuovere:



- a. dal punto di vista del Lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- b. dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggior flessibilità organizzativa.

Va detto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche significativamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso di Asl3, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda (circa 4.300 dipendenti di cui 3000 del ruolo sanitario) naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, svolge attività adeguate a poter essere operativamente compiute in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato. Peraltro, in Asl3, la fase emergenziale dovuta alla pandemia da Covid 19, iniziata a febbraio 2020, ha coinciso con la fase pilota del lavoro agile, non avendo prima mai sperimentato tale opzione.

Non esiste una modalità su misura indistintamente applicabile a tutte le PP.AA. e a tutte le AA.SS.LL., ma, al fine di operare delle scelte funzionali al buon funzionamento dell'Azienda, occorre necessariamente adattare, come altri, anche lo strumento dello smart working all'organizzazione sottostante.

3. La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un ulteriore *leva organizzativa* per il miglioramento dell'attività amministrativa di Asl3, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi, come ormai il processo di budget ha da tempo stimolato a fare.
4. Lo strumento, ai sensi della vigente normativa e del Capo I del Titolo VI del nuovo C.C.N.L. del personale del comparto sanità del 2.11.2022, non prevede precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro e, in Asl3, in considerazione del potenziale elevato numero dei fruitori, ad oggi è previsto l'utilizzo di strumenti tecnologici propri. La prestazione lavorativa viene eseguita all'esterno dei locali aziendali, escluso l'estero, senza una postazione fissa, garantendo comunque e sempre la riservatezza dei dati, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Si precisa che, ad oggi, Asl3 prevede la modalità in lavoro agile all'esterno delle sedi aziendali, fatte salve situazioni di emergenza che dovessero determinarsi e per le quali vige la Procedura allerta meteo della competente Struttura Complessa Servizio Prevenzione e Protezione in base alla quale sarà identificata una soluzione ad hoc. L'Azienda, in un futuro, potrebbe valutare di organizzare delle aree di *co-working* da rendere disponibili al proprio personale che, in accordo con il proprio responsabile, optasse di lavorare da sede diversa da quella della struttura di appartenenza. Come già sta in parte avvenendo, per situazioni particolari, è comunque possibile lavorare presso sedi diverse dalla propria in accordo con il proprio responsabile e il responsabile della sede "ospitante".

5. Può avvalersi dello strumento "lavoro agile" tutto il personale di Asl3, che svolge attività remotizzabile, appartenente al comparto e alla dirigenza, con rapporto a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale, ivi incluso il personale in regime di comando, di distacco, o di assegnazione provvisoria, previo assenso da parte dell'Amministrazione di appartenenza. Durante il periodo di svolgimento dell'attività in lavoro agile, non sono riconosciute indennità, comunque denominate, ad esclusione di quelle di coordinamento e incarichi funzionali.
6. Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla legge n. 191 del 1998 e s.m.i.

Il telelavoro infatti prevede lo spostamento (in tutto o in parte) della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (tradizionalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno del posto di lavoro.

Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno (anche se, come sopra meglio precisato, in questa fase Asl3 è organizzata per le sole sedi esterne) ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnico al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non si timbra il cartellino, non si fanno pause in orari predefiniti. Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità di lavoro, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità, al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario, e delle fasce orarie di disconnessione/inoperabilità che comprende un periodo di riposo consecutivo non inferiore alle 11 ore. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e risultati.

#### Art. 2 – Principi ed obiettivi perseguiti dall'Amministrazione

Lo strumento "smart working" funziona, nel senso che risulta compatibile con il *modus operandi* dell'Azienda, nella misura in cui consente all'Azienda di lavorare perseguendo i seguenti principi:

- continuità dell'attività;
- perseguimento degli obiettivi di mandato;
- sicurezza, intesa sia in senso di sicurezza sul lavoro, sia informatica, sia di protezione dati;
- tempestività dell'azione.

Applicando tale strumento, Asl3 persegue i seguenti obiettivi principali:

- aumento della produttività e qualità del lavoro;
- acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- riduzione delle assenze dal servizio;
- risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche;
- miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata dei dipendenti;

- maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di ufficio e personali, maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;
- maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro;
- maggior benessere organizzativo;
- diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- contribuzione allo sviluppo sostenibile.

#### Art. 3 – Normativa di riferimento

- **Legge 124 del 7 agosto 2015** (Legge Madia) Art. 14 *"Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*
- **Direttiva 3 del 1°giugno 2017** del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *Indirizzi per l'attuazione del commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti*
- **Legge 81 del 22 maggio 2017** Capo II *Lavoro agile*
- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** ad oggetto *"Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative"*
- **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** ad oggetto *"Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti"*
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020** Art. 2 *Lavoro agile*
- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *"Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPAA di cui all'art.1 D., Lgs 165/2001" - Art. 3 "Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa"*
- **Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *"Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante "Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19" - Art. 2 "Le misure dell'art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa"*
- **D.L. 18/2020 Cura Italia:** conferma accesso semplificato allo smart working fino a fine emergenza;

- **Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni”* – Art. 2 *“Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due”* e Art. 3 *“Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”*
- **D.L. 34 del 18 maggio 2020** ad oggetto *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché alle politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19”* - Art. 90 *“Lavoro agile”* e Art. 263 *“Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”*
- **Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020** che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione
- **Legge 77 del 17 luglio 2020**: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri**: Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni
- **Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”** del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020;

Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020: Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale

Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0;

Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020: Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»;

D.L. 52/2021 coordinato con L. di conversione n. 87/2021: Art. 11 bis

D.L. 56/2021 Decreto riaperture: **proroga smart working per le PPAA fino a fine 2021;**

D.L. 80/2021 **coordinato con** Legge di conversione n. 113/2021 **recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa della PP.AA. funzionale all’attuazione del PNRR e per l’efficienza della giustizia” – Art. 6: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione;**

DPCM 23 settembre 2021, **relativo al ritorno della modalità in presenza quale modalità ordinaria di lavoro;**

D.M. 8 ottobre 2021; relativo, tra l’altro, alle modalità organizzative per il rientro in presenza e alle condizioni nel cui rispetto deve essere autorizzato in lavoro agile;

Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità Agile del 7 dicembre 2021;

Linee guida del 4 gennaio 2022 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della PP.AA. ai sensi dell’art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. 8.10.21, per quanto compatibili con il nuovo C.C.N.L. del personale del Comparto sanità del 2.11.2022;;

Circolare del 5 gennaio 2022 ad oggetto “Lavoro agile” del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, rimodula con flessibilità le misure in concomitanza del riaprirsi della pandemia;

Decreto del Ministero della salute del 4 febbraio 2022 ad oggetto “Individuazione delle patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, in presenza delle quali, fino al 28.2.2022, la prestazione lavorativa è normalmente svolta in modalità agile”;

Legge 52/2022 di conversione del D.L. 24/2022 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”;

- **D. Lgs. n. 105/2022** che apporta le seguenti modifiche:

- o L’art. 3 del Decreto in argomento, nel modificare la Legge n. 104/1992, introduce, tra l’altro, il seguente comma **6 bis dell’art. 33 della stessa Legge 104/1992**: *“I lavoratori che usufruiscono dei permessi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo hanno diritto di priorità nell'accesso al lavoro agile ai sensi dell'articolo 18, comma 3-bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81 o ad altre forme di lavoro flessibile. Restano ferme le eventuali previsioni più favorevoli previste dalla contrattazione collettiva nel settore pubblico e privato”*.
- o L’art. 4 del Decreto in argomento, nel modificare la Legge n. 81/2017, sostituisce il **comma 3 bis della stessa Legge n. 81/2017**: *“I datori di lavoro pubblici e privati che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. La stessa priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205”*.

Legge 142/2022 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115, recante misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali, che all’art. 23 bis prorogava al 31.12.2022 la possibilità di ricorrere al lavoro agile per il personale fragile e con figli minori di 14 anni;

Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali n. 149 del 22 agosto 2022 di adozione del modello di comunicazione, concernente gli accordi di lavoro agile, da parte del datore di lavoro al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali;

C.C.N.L. Comparto sanità del 2.11.2022 Titolo VI Capo I “Lavoro Agile”;

Legge 197 del 29.12.2022 ad oggetto “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025”, il cui comma 306 proroga al 31.3.2023 la possibilità del ricorso all’istituto per il personale fragile.

#### [Art. 4 – Lavoratori agili in Asl3](#)

Al 31.10.2022 i lavoratori in smart working di Asl3 risultavano il 4,8% del totale, prevalentemente costituito da personale amministrativo femminile del comparto, come evidenziato dalla tabella che segue.

| <b>PROGRESSIONE SMART WORKING ANNO 2022</b> | <b>SESSO</b> | <b>TOTALE PERSONALE DIPENDENTE AL 31 OTTOBRE 2022</b> | <b>DIPENDENTI IN SMART WORKING</b> | <b>%</b>   |
|---|--------------|---|------------------------------------|------------|
| PERSONALE AMMINISTRATIVO Comparto           | F            | 382   | <b>94</b>                          | 24,61      |
|   | M            | 127   | 30                                 | 23,62      |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO Dirigenza          | F            | 9   | 2                                  | 22,22      |
|   | M            | 5   | 1                                  | 20,00      |
| PERSONALE PROFESSIONALE Dirigenza           | F            | 3   | 2                                  | 66,67      |
|   | M            | 7   | 2                                  | 28,57      |
| PERSONALE SANITARIO Comparto                | F            | 1780  | 31                                 | 1,74       |
|   | M            | 498   | 10                                 | 2,01       |
| PERSONALE SANITARIO Dirigenza Medica        | F            | 473   | 4                                  | 0,85       |
|   | M            | 335   | 2                                  | 0,60       |
| PERSONALE SANITARIO Dirigenza non Medica    | F            | 91  | 7                                  | 7,69       |
|   | M            | 21  | 1                                  | 4,76       |
| PERSONALE TECNICO Comparto                  | F            | 596   | 20                                 | 3,36       |
|   | M            | 260   | 13                                 | 5,00       |
| PERSONALE TECNICO Dirigenza                 | F            | 1   | 1                                  | 100,00     |
|   | M            | 1   | 0                                  | 0,00       |
| <b>Totale complessivo</b>                   |              | <b>4589</b>   | <b>220</b>                         | <b>4,8</b> |

Si precisa che le percentuali indicate in tabella si riferiscono al monte personale complessivo e non soltanto a quello impiegato in attività remotizzabili.

## CAPO II: DISCIPLINA DI ESERCIZIO

### Art. 5 – Disciplina generale

1. Il lavoro agile, come definito dall'art. 76 c.1 del C.C.N.L. del personale del comparto 2.11.2022, rappresenta una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per i processi e le attività di lavoro che l'Azienda ritiene adeguati a tale modalità, e non una tipologia contrattuale; si innesta dunque sulla contrattualistica vigente.
2. Il dipendente in lavoro agile è, parimenti al dipendente in presenza, soggetto al rispetto del vigente Codice disciplinare e dei vigenti Codici di comportamento e all'applicazione delle sanzioni ivi previste.
3. Ai sensi dell'art. 76 c.3 del citato C.C.N.L., fatti salvi i gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti ed obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente

applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono medesime attribuzioni all'interno dell'Azienda.

4. Ai sensi dell'art. 76 c.4 del citato C.C.N.L., al lavoratore agile sono garantite le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, all'incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.
5. Ai sensi dell'art. 79 del C.C.N.L., la prestazione in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:
  - a. Fascia di contattabilità, la cui durata non può superare l'orario medio giornaliero, nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente sia via mail o altre modalità simili;
  - b. Fascia di inoperabilità, che comprende le 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 c.5 dello stesso C.C.N.L. e la fascia oraria notturna 22.00-6.00, nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari di cui all'art. 51 dello stesso C.C.N.L. (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari), i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 13 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 dell'art. 79 dello stesso C.C.N.L. per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la

ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, fermo restando quanto previsto dal comma 1, lett. b) dell'art. 79 del C.C.N.L. del 2.11.2022, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di cui al comma 1, lett. a) dello stesso articolo, non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

6. Asl3 nel 2021 ha prodotto un corso formativo in modalità FAD sul tema del lavoro agile, svolto da circa 200 dipendenti. In base a quanto previsto dall'art. 80 del C.C.N.L. di riferimento, nel corso del 2023 è previsto l'aggiornamento di detto corso, inserito nel Piano Formativo Aziendale 2023.

#### Art. 6 – Attività che possono essere svolte in modo agile.

In linea generale possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- a) *siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;*
- b) *possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;*
- c) *prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;*
- d) *richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;*
- e) *non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;*
- f) *siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.*

#### Art. 7 – Criteri di assegnazione al lavoro agile

1. Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- a) *l'invarianza dei servizi resi all'utenza;*
- b) *l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, necessità impellenti e improrogabili di assistenza a familiari conviventi in stato di grave malattia e/o disabilità, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana);*
- c) *l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;*
- d) *la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;*
- f) *la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81,*



*g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;*  
*h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.*

2. In linea generale, i responsabili di struttura, nell'autorizzare il lavoro agile, tengono anche in debita considerazione i seguenti requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) l'affidabilità della persona;*
- b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;*
- c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;*
- d) la capacità di gestione del tempo;*
- e) le competenze informatiche.*

3. Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, si adottano i seguenti criteri, in base ai quali i responsabili di Struttura possono redigere una graduatoria:

- a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone, come da normativa vigente (in ultimo, alla data della pubblicazione del presente Piano, la Legge n. 197/2022 c. 306);*
- b) personale che usufruisce dei permessi di cui ai cc. 2 e 3 dell'art. 33 della L. 104/1992;*
- c) personale con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 c. 1 della L. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'art. 1 c. 255 della L. 205/2017;*
- d) lavoratrici e lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3 c. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;*
- e) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151,*
- f) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;*
- g) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;*
- h) lavoratrici e lavoratori con figli fino a dodici anni di età;*
- i) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;*
- j) tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea;*
- k) esigenze collegate alla frequenza, da parte del lavoratore, di corsi di studio o di percorsi di apprendimento che non danno diritto ad altre agevolazioni;*
- l) attività full time;*
- m) collaborazione in attività di volontariato sociale.*

**Art. 8 – Modalità di accesso al lavoro agile. L'Accordo tra il lavoratore e il suo responsabile.**

1. L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria del lavoratore e può avvenire:

- a) su richiesta individuale del lavoratore afferente alle Strutture Aziendali i cui Responsabili abbiano manifestato disponibilità a tale modalità lavorativa in regime ordinario;
- b) per scelta organizzativa, previa adesione del dipendente;
- c) per specifiche esigenze di natura temporanea e/o eccezionale (ad es. pandemie, allerte meteorologiche, etc..).

2. Il dipendente interessato a svolgere l'attività in lavoro agile è tenuto a sottoscrivere apposito "Accordo" con il proprio Responsabile, che sarà eventualmente rinnovabile. L'Accordo, **Allegato A** al presente Piano, dovrà essere protocollato in uscita e trasmesso, unitamente agli Allegati B, C e D firmati per accettazione dal dipendente, alla S.C. Gestione e sviluppo delle risorse umane all'indirizzo e-mail [lavoro.agile@asl3.liguria.it](mailto:lavoro.agile@asl3.liguria.it) e, qualora la strumentazione in uso sia diversa rispetto a quella già comunicata, anche alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali all'indirizzo e-mail [sia@asl3.liguria.it](mailto:sia@asl3.liguria.it).
3. L'Accordo, ai sensi dell'art. 78 del C.C.N.L. del comparto sanità del 2.11.2022, deve almeno indicare:
  - la durata (determinata o non determinata) del periodo di smart working;
  - le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, con indicazione delle giornate di lavoro a distanza e in presenza;
  - le modalità di recesso, con preavviso non inferiore a 30 gg salvo giustificati motivi di cui all' art. 19 della L. 81/2017 (lavoratori disabili ai sensi della L. 68/1999 e giustificati motivi);
  - le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
  - indicazione della fascia di contattabilità;
  - le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente sull'operato del lavoratore in lavoro agile;
  - l'impegno del dipendente a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dal datore di lavoro;

#### Art. 9 - Miglioramento delle performance di sistema.

L'applicazione dello smart working in Asl3, calcolato sui dipendenti che nel 2021 hanno svolto un numero significativo di giornate in smart working, pari ad almeno 100 giorni lavorativi, ha contribuito al seguente miglioramento delle performance del 2021 rispetto al 2019 (anno considerato significativo in quanto la misura dello smart working non era ancora stata applicata e il Covid non era ancora iniziato):

- riduzione assenze per malattia registrate nel 2021 rispetto al 2019: 70%
- riduzione assenze per permessi registrate nel 2021 rispetto al 2019: 40%
- riduzione straordinari registrati nel 2021 rispetto al 2019: 24%
- riduzione buoni pasto registrati nel 2021 rispetto al 2019: 77%

#### Art. 10 - Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile

Come definito dalla procedura aziendale redatta in materia in data 8.6.2022, agli atti, gli attori principalmente coinvolti nell'applicazione della disciplina in argomento sono:

##### a) S.C. Aggiornamento e Formazione:

- recepisce la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative dell'istituto in Azienda, tramite il confronto con la Direzione strategica e la S.C. Gestione e sviluppo risorse umane;

- aggiorna i dipendenti dell'evoluzione normativa in materia tramite circolari a firma congiunta con la S.C. Gestione e sviluppo risorse umane;
- elabora ed aggiorna il presente POLA.

b) *S.C. Gestione e sviluppo risorse umane*, nell'ambito della gestione amministrativa:

- riceve, verifica e archivia gli accordi individuali ricevuti;
- inserisce sulla procedura cartellini la relativa autorizzazione;
- effettua le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
- verifica le percentuali di lavoratori in regime di smart working secondo gli aggiornamenti normativi sul punto;
- supporta le Direzioni di Struttura nel far fronte ad eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere.

c) *S.C. Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.)*

Verifica l'attuabilità tecnica della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto.

Vedi **Allegato B**.

Hanno inoltre uno specifico ruolo previsto dalla vigente normativa i seguenti soggetti:

d) *Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.)*

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto.

Vedi **Allegato C**.

e) *Responsabile Protezione Dati (R.P.D.)*

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di trattamento dati anche per l'attività da remoto. Vedi **Allegato D**.

f) *Comitato Unico di Garanzia (CUG, ex L. 183/2010)* per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora.

Il CUG collabora con l'Amministrazione nella definizione delle modalità di applicazione della misura. Inoltre, essendo garante dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori, può intervenire anche in caso di controversie relative alla sua applicazione.

g) *Organizzazioni Sindacali*

L'Azienda, come normativamente previsto, invia relativa informativa alle OO.SS., nello spirito di un confronto collaborativo finalizzato ad un progetto condiviso.

h) *Dirigente responsabile di Struttura:*

- garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizza il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo (on-going) e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati;
- mappa le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in smart working definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in smart working, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

#### Art. 11 – Durata delle attività in lavoro agile e recesso

1. Il responsabile di Struttura e il dipendente concordano la data di inizio e la durata dell'attività in smart working nell'ambito dell'Accordo.
2. Il dipendente può, decorso almeno 1 mese, rinunciare al lavoro agile.
3. L'accordo non vincola l'Azienda alla prosecuzione della modalità lavorativa in smart working, che può essere revocata senza preavviso da ambo le parti per giustificato motivo.
4. A titolo esemplificativo e non esaustivo, quali ipotesi di giustificato motivo, si annoverano:
  - mancato svolgimento da parte del lavoratore dell'attività assegnata nei tempi richiesti;
  - malfunzionamento della strumentazione in uso;
  - impossibilità a continuare l'attività presso la sede individuata quale sede per lo svolgimento dell'attività in lavoro agile e indisponibilità di sede alternativa;
  - cambio di attività del lavoratore;
  - sopravvenute esigenze di servizio.

In tal caso il lavoratore è tenuto a rientrare entro la settimana successiva nella sede di lavoro aziendale.

#### Art. 12 – Modalità di svolgimento della prestazione

1. In base alla normativa e alle disposizioni contrattuali vigenti, le prestazioni in lavoro agile, sono, di prassi, ammesse per un massimo di due giorni settimanali, utilizzabili in base alle esigenze di servizio e non cumulabili per i mesi successivi. Le giornate, sempre nel limite massimo di due giorni settimanali, possono anche variare, purché in accordo con il Responsabile

che comunicherà le variazioni al settore cartellini della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane tramite la mail [lavoro.agile@asl3.liguria.it](mailto:lavoro.agile@asl3.liguria.it).

2. In alternativa a quanto sopra, in presenza di particolari condizioni (figli minori di 14 anni in Didattica A Distanza; parenti conviventi in stato di grave comprovata malattia) il dipendente e il Responsabile possono concordare di considerare la prevalenza non nell'arco settimana, ma nell'arco di tutta la durata dell'accordo, derogando al massimo di due giorni a settimana garantendo tuttavia che, rispetto alla durata dell'accordo, la prevalenza dell'attività lavorativa si svolga in presenza.
3. Le modalità di svolgimento della prestazione di lavoro agile vengono concordate nell'Accordo di cui all'Allegato A.
4. La regolarizzazione della singola giornata di lavoro agile da parte del personale dipendente avviene tramite compilazione del giustificativo "SMARTW" sul Portale del Dipendente.
5. La prestazione in lavoro agile è distribuita nell'arco della giornata, in relazione all'attività da svolgere, in modo da garantire, in ogni caso, almeno il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo in termini di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede istituzionale, sulla base degli obiettivi generali e specifici stabiliti con il proprio dirigente.

## CAPO III: TUTELE

### Art. 13 – Tutela assicurativa

1. Come stabilito dalla Circolare Inail n. 48 del 2 novembre 2017 e ss.mm.ii., il lavoratore in regime di lavoro agile ha diritto alla *tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.
2. Inoltre, ai sensi dell' art. 23 c.3 della L. 81/2017 e ss.mm.ii., il lavoratore in regime di lavoro agile ha anche diritto alla *tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali.....quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.*

### Art. 14 – Caratteristiche della strumentazione informatica

1. La prestazione in lavoro agile, salvo i casi in cui al personale sia già stato assegnato un pc portatile in funzione delle proprie specifiche mansioni, in considerazione dell'elevato numero di dipendenti, ad oggi, l'attività da remoto

è svolta con strumenti propri (Bring Your Own Device – BYOD) e nessun onere può essere addebitato ad Asl3. Sarà valutata dalla Struttura competente la possibilità di accedere ad eventuali fondi europei dedicati.

2. L' idoneità dei supporti tecnologici appartenenti al dipendente è valutata dalla S.C. Sistemi Informativi Aziendali che definisce le caratteristiche minime degli stessi e le misure di sicurezza da adottarsi nei relativi trattamenti dati, come indicato nell' **Allegato B** al presente Piano.
3. Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa devono essere tempestivamente comunicati via e-mail alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali all'indirizzo [sia@asl3.liguria.it](mailto:sia@asl3.liguria.it) affinché venga attivata la soluzione al problema e venga prestata idonea assistenza tecnica. Nel caso non sia possibile risolvere prontamente il problema tecnico che impedisce lo svolgimento dell'attività lavorativa, il lavoratore e il suo diretto responsabile concorderanno le modalità di completamento della prestazione ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro per la parte residua della prestazione giornaliera. Se il problema si protrae, la prestazione lavorativa in regime agile viene sospesa fino alla sua risoluzione. Tale sospensione deve essere comunicata anche alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali.
4. L'Azienda non è in ogni caso responsabile di guasti e malfunzionamenti che dovessero riguardare le attrezzature di proprietà del lavoratore.

#### Art. 15 – Tutela della salute e sicurezza del lavoratore

1. Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" e della L. 81/2017 e s.m.i. "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".
2. La S.C. Servizio Prevenzione e Protezione, anche durante la riunione annualmente prevista ai sensi dell'art. 35 del D. Lgs. 81/2008, fornisce ai lavoratori e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS), l' informativa relativa ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.
3. Il datore di lavoro fornisce al lavoratore, avvalendosi della consulenza del Servizio Prevenzione e Protezione, le informazioni circa le eventuali situazioni di rischio, anche in riferimento al corretto utilizzo dell'impianto elettrico e alle relative misure di tutela della salute e sicurezza adottate e da adottare nell'ambito dello svolgimento del lavoro agile. Tale obbligo in capo al datore di lavoro, per i lavoratori in lavoro agile, si intende assolto mediante l' informativa di cui all' **Allegato C** al presente Piano.
4. E' responsabilità del dipendente in lavoro agile individuare la sede e la postazione lavorativa più adeguate per lo svolgimento della propria attività

lavorativa che, tenuto conto delle mansioni svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, rispondano a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e siano quindi conformi all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio l'incolumità del dipendente, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni e rispondano a parametri di sicurezza sul lavoro indicati dall'Amministrazione.

5. Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.
6. L'Azienda non potrà ritenersi responsabile in merito agli infortuni in cui dovessero incorrere il lavoratore o i terzi, qualora gli stessi siano riconducibili ad un uso improprio o scorretto delle apparecchiature e che generi situazioni di rischio nell'ambito della propria postazione di lavoro.

#### Art. 16 - Diligenza e riservatezza

1. Il lavoratore è tenuto a trattare con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dall'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa, attenendosi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro.
2. Ai fini del rispetto della disciplina in tema di Privacy si fa riferimento all'**Allegato D** al presente Piano.

#### Art. 17 - Norme di rinvio

Per quanto non indicato nel presente Piano, trovano applicazione le norme di legge, contrattuali e regolamentari in essere.

PROT.  
Data:

**ACCORDO INDIVIDUALE  
PER LA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' LAVORO AGILE**  
(anno 2023)

**TRA**

**Il Direttore della Struttura** .....

affidente al Dipartimento/Direzione .....

Dott./Dott.ssa .....

**E**

**il/la Dipendente** assegnato/a alla Struttura sopra indicata

Sig.-Sig.ra .....

matricola n. ....

nato/a ..... il .....

residente a .....

lavoratore fragile

altro

dipendente di Asl3 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato

determinato

e

pieno

parziale verticale (%.....)

parziale orizzontale (%.....)

nella qualifica di .....

nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato in essere, fermo restando il trattamento economico, normativo e regolamentare attualmente applicato,

**CONSENSUALMENTE SI DEFINISCE QUANTO SEGUE**

**Dal** ..... **al** ..... il dipendente lavorerà in modalità lavoro agile nelle seguenti **giornate**:

.....

..

(con prevalente lavoro in presenza).

Le restanti giornate saranno svolte in presenza.

L ..... e giornate indicate potranno essere modificate in funzione di eventuali necessità di servizio e dell'esigenza di assicurare un ottimale svolgimento delle attività lavorative. La modifica o la non fruizione saranno comunicate dal responsabile di struttura alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane tramite la e-mail [lavoro.agile@asl3.liguria.it](mailto:lavoro.agile@asl3.liguria.it), e per conoscenza al dipendente interessato, richiamando il numero di protocollo del presente Accordo.



E' consentito il recesso dal presente Accordo entro 30 gg, da comunicarsi tramite l'invio da parte del recedente dell'avviso di recesso tramite PEC o lettera Raccomandata A/R., salvo giustificati motivi di cui all' art. 19 della L. 81/2017 (lavoratori disabili ai sensi della L. 68/1999 e giustificati motivi).

I giustificati motivi sono i seguenti: mancato svolgimento da parte del lavoratore dell'attività assegnata nei tempi richiesti; malfunzionamento della strumentazione in uso; impossibilità a continuare l'attività presso la sede individuata quale sede per lo svolgimento dell'attività in lavoro agile e indisponibilità di sede alternativa; cambio di attività del lavoratore; sopravvenute esigenze di servizio.

L'attività connessa allo svolgimento del lavoro agile sarà svolta dal dipendente presso il seguente indirizzo:

.....  
(indicare anche se trattasi di residenza, domicilio o altra sede).

Non sono previsti vincoli di orario dell'attività lavorativa prestata in modalità agile. Tuttavia, per comodità di ambo le Parti e al fine di poter esercitare da parte del datore di lavoro le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo sulla prestazione erogata dal lavoratore, con il presente Accordo si stabilisce che il dipendente sarà reperibile e contattabile, anche dall'utenza, nelle seguenti fasce orarie:

.....

Il recapito telefonico presso cui il dipendente è reperibile è il seguente: .....

Le Parti concordano che non potranno essere svolte attività in lavoro agile al di fuori del territorio nazionale.

Ai sensi di quanto consentito dalla normativa, l'attività può essere svolta dal dipendente mediante l'uso di PC e collegamento ADSL di proprietà/disponibilità del dipendente, tramite connessione remota sicura e con le caratteristiche indicate dalla S.C. SIA nell'allegato B "Norme di comportamento nell'utilizzo delle dotazioni informatiche per i dipendenti in lavoro agile".

Le caratteristiche del PC sono le seguenti:

- Tipo di PC in uso: PORTATILE FISSO
- Sistema operativo presente sul PC in uso: .....
- Antivirus installato sul PC in uso: .....
- Tipo di rete presente nell'ambiente di lavoro agile: .....

Per lo svolgimento delle attività sotto descritte è necessario l'utilizzo dei seguenti programmi informatici aziendali:

- .....
- .....
- .....

In caso di utilizzo di programmi informatici aziendali, come sopra indicato, il dipendente, qualora non fosse già stato abilitato in precedenza, dovrà, successivamente alla sottoscrizione del presente Accordo da ambo le parti, richiedere alla S.C. SIA, tramite l'indirizzo e-mail [sia@asl3.liguria.it](mailto:sia@asl3.liguria.it), l'attivazione della connessione remota sicura (VPN) e la messa a disposizione dei programmi necessari allo svolgimento della propria attività.

Il dipendente, con la sottoscrizione del presente Accordo, dichiara:

- di aver preso visione ed attenersi scrupolosamente a quanto definito nei seguenti Allegati:
  - ✓ B "Norme di comportamento nell'utilizzo delle dotazioni informatiche per i dipendenti in lavoro agile",
  - ✓ C "Informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in regime di smart working"
  - ✓ D "Addendum Privacy - Protezione dei dati personali lavoro agile"

che, debitamente datati e firmati per accettazione, devono essere inviati, come parte integrante del presente accordo, alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane all'indirizzo [lavoro.agile@asl3.liguria.it](mailto:lavoro.agile@asl3.liguria.it) e alla S.C. S.I.A. all'indirizzo [sia@asl3.liguria.it](mailto:sia@asl3.liguria.it).

- di manlevare Asl3 da ogni responsabilità correlata all'utilizzo delle dotazioni informatiche, alla sicurezza e del rispetto della Privacy;
- di aver presentato, se del caso, al proprio responsabile la certificazione con la quale viene riconosciuto "lavoratore fragile";

- di essere consapevole ed accettare la natura temporanea del presente accordo e che lo stesso non determina alcun obbligo per l’Azienda di aderire ad una stipula di Accordo individuale per prestazione lavorativa in modalità agile, alla scadenza del presente Accordo;
- di essere consapevole ed accettare che non potranno essere svolte attività in lavoro agile al di fuori del territorio nazionale;
- di essere consapevole ed accettare che il presente Accordo si risolva espressamente in caso di approvazione, prima della scadenza dello stesso, dei CCNLL che disciplineranno a regime la materia in argomento e/o di diverse indicazioni normative, ministeriali e/o aziendali.

Il Direttore della Struttura, con la sottoscrizione del presente Accordo, dichiara di aver rispettato le condizioni previste dalle circolari aziendali in materia.

In caso di malattia o infortunio il dipendente deve tempestivamente avvisare il responsabile della struttura di assegnazione con le medesime modalità in vigore per le giornate di lavoro in sede.

Durante le giornate di lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche naturalmente inerenti il rapporto di lavoro subordinato sono espletate per via telematica o telefonica.

Durante le giornate di lavoro agile il dipendente è tenuto a svolgere le seguenti attività:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Tali attività risultano funzionali al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Smaltimento dell’arretrato come da pianificazione allegata (qualora sia presente arretrato)
- .....
- .....
- .....
- .....

Il raggiungimento degli obiettivi dovrà essere verificato dal responsabile, sulla base di report prodotti e sottoscritti dal dipendente e tenuti agli atti della struttura a cura del responsabile stesso. Il responsabile potrà, altresì, richiedere al dipendente feedback permanente o colloqui periodici con il dipendente.

La sottoscrizione del presente Accordo da parte del Direttore di Struttura equivale all’autorizzazione al lavoro agile nei confronti del dipendente richiedente.

Letto, confermato e sottoscritto.

Genova, lì

**Il Direttore della Struttura**

**Il Dipendente**

---



---

## **NORME DI COMPORTAMENTO NELL'UTILIZZO DELLE DOTAZIONI INFORMATICHE PER I DIPENDENTI IN LAVORO AGILE.**

L'utilizzo di sistemi Informatici acceduti nell'espletamento della propria mansione da locazioni remote esterne al perimetro aziendale deve essere effettuato con la necessaria consapevolezza dei potenziali rischi sulla sicurezza dei sistemi aziendali prodotti dall'inosservanza di regole di comportamento messe in atto nell'attività in lavoro agile.

Asl3, con la presente, intende fornire idonee indicazioni e istruzioni al personale interessato. Le prescrizioni che seguono si aggiungono e integrano quanto previsto dal Regolamento U.E. 2016/679 e successive norme di armonizzazione e delle misure di sicurezza tecnica contenute nelle procedure aziendali in materia di utilizzazione delle dotazioni informatiche e della posta elettronica aziendale, per gli aspetti compatibili, con particolare riguardo all'uso della connessione VPN per l'attività in lavoro agile.

### **Rischi connessi ad un utilizzo improprio delle credenziali di accesso.**

L'accesso ai sistemi informatici Aziendali tramite connessione remota VPN è consentita solo all'interno del territorio italiano. È consentito l'accesso da alcuni paesi dell'U.E. solo in via eccezionale e dietro specifica verifica e autorizzazione.

L'accesso ai sistemi informatici aziendali prevede l'utilizzo di credenziali (nome utente e password, ad personam), necessarie per accedere ai sistemi aziendali e come tali devono essere adeguatamente custodite.

In particolare per le password devono avere le seguenti caratteristiche:

- devono essere costituite da almeno 8 caratteri;
- devono contenere una varietà di caratteri il più possibile estesa (oltre ai caratteri dell'alfabeto, quelli numerici e quelli speciali ad esempio `!"#$%&'()*=?" *+[ç@#0 $_-:.,;<>\]`);
- non devono essere banali, cioè reperibili in rete, non facilmente associabili alla persona, non essere ripetizione della *login* o una permutazione ciclica della stessa, né una stringa di caratteri contigui della tastiera.
- devono sempre contenere caratteri maiuscoli e minuscoli;
- devono essere cambiate con cadenza trimestrale, a meno di conseguente blocco dell'account, evitando il riutilizzo di chiavi già adottate nei 12 mesi precedenti;
- al cambio password non possono essere utilizzate le ultime 4 impostate.

### **Rischi derivanti dall'utilizzo di dispositivi (personal computer, notebook, etc.) non adeguatamente aggiornati o non protetti.**

È di fondamentale importanza che il dispositivo utilizzato nell'attività lavorativa in regime di lavoro agile sia mantenuto costantemente aggiornato, in particolare è necessario effettuare l'aggiornamento periodico del sistema operativo. È inoltre da evitare l'utilizzo di sistemi operativi obsoleti. L'accesso ai sistemi aziendali è consentito esclusivamente da computer dotati dei seguenti sistemi operativi:

- Microsoft Windows Versione 7
- Microsoft Windows Versione 8 e 8.1
- Microsoft Windows Versione 10 o successive
- Mac OS X o Linux (previa verifica tecnica della S.C. Sistemi Informativi Aziendali)

L'apparecchiatura utilizzata nell'attività lavorativa deve essere sempre dotata di un software antivirus costantemente aggiornato. A tal proposito, si segnala che le più recenti versioni dei sistemi operativi Microsoft mettono a disposizione o integrano strumenti antivirus quali Microsoft Security Essentials e Microsoft Windows Defender dei quali, comunque, si raccomanda di verificare periodicamente il loro regolare funzionamento e aggiornamento.

### **Rischi correlati all'utilizzo della casella di posta aziendale.**

I messaggi presenti nella casella di posta elettronica aziendale possono contenere informazioni riservate o dati personali per i quali devono essere poste in essere tutte le attenzioni necessarie ad evitare un utilizzo fraudolento non autorizzato e, pertanto, l'accesso alla propria casella deve essere effettuato con le seguenti cautele:

- la password utilizzata per l'accesso alla casella di posta deve soddisfare i requisiti minimi già precedentemente indicati;
- se l'accesso viene effettuato attraverso l'uso delle funzioni *webmail* va sempre evitato il salvataggio delle credenziali di accesso. È importante, al termine della sessione di utilizzo della casella di posta, disconnettersi effettuando il c.d. "logout".

#### **Rischi derivanti da comportamenti impropri.**

Si raccomanda attenzione nella custodia di informazioni aziendali e dati personali utilizzati durante l'attività lavorativa, in particolare:

- non memorizzare le proprie credenziali sui dispositivi utilizzati, soprattutto se utilizzati da più persone;
- ridurre al minimo la possibilità che terze parti possano avere accesso alle informazioni, anche cartacee, trattate nell'ambito dell'attività lavorativa;
- non assentarsi dalla propria postazione di lavoro senza avere chiuso la sessione del sistema operativo o bloccato lo schermo (CTRL+ALT+CANC e poi BLOCCA);
- impostare la richiesta di credenziali di accesso al sistema operativo all'avvio del PC;
- in caso di collegamento a terminal server RDP (Desktop Remoto) o connessione VPN, non utilizzare altro software presente sulla propria macchina, in particolare browser e client mail.
- in caso di utilizzo di dispositivi portatili, non esporre questi ultimi a rischio di furto o smarrimento.

#### **Riepilogo.**

Requisiti minimi necessari per il collegamento telematico alla Rete di AsI3:

- Collegamento solo da dispositivi all'interno del territorio italiano (solo in via eccezionale e dietro specifica verifica e autorizzazione da alcuni ristretti Paesi dell'U.E.);
- Personal computer dotato di sistema operativo Microsoft Windows 7, 8, 10 o successive con browser Microsoft EDGE o CHROME, ovvero Sistema Operativo Mac OS X o Linux previa verifica dei requisiti tecnici da parte della S.C. Sistemi Informativi Aziendali.
- Collegamento a Internet attraverso linea di connessione dati ADSL o fibra con banda minima pari ad almeno 10 Mbps in download, in alternativa è consentito l'utilizzo di tecnologie di connessione dati basate su rete cellulare, in tal caso i protocolli di collegamento dati dovranno garantire una velocità minima di connessione pari a 10 Mbps in download su tecnologie UMTS, HSDPA, LTE o 5G.
- Al fine di ridurre il potenziale pericolo di attacchi informatici (virus worm, trojan, etc.) è obbligatorio:
  - attivare sul proprio computer un software antivirus, avendo cura di mantenerlo costantemente aggiornato. Si ricorda che per i sistemi Microsoft è gratuitamente disponibile il sistema Antivirus Windows Defender.
  - mantenere costantemente aggiornato il proprio Sistema Operativo installando le patch di sicurezza che periodicamente vengono distribuite dal produttore del Sistema Operativo.

**Data**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Per ricevuta ed accettazione**

**Il Dipendente**

## INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI IN LAVORO AGILE

La presente informativa, conforme al D. Lgs 81/2018 e ss.mm.ii., contiene l'analisi dei rischi generali e dei rischi specifici connessi allo svolgimento del lavoro in regime di Smart Working. L'obiettivo è quello di fornire adeguate indicazioni comportamentali alle quali il lavoratore dovrà attenersi per garantire la propria sicurezza e la salvaguardia della sua salute psicofisica.

### Individuazione dei luoghi di lavoro consentiti

I luoghi consentiti per lo svolgimento dell'attività in smart working possono essere:

- Il domicilio o altre sedi comunicate all'Azienda nell'ambito dell'Accordo individuale, Allegato A al POLA;
- Spazi aziendali in caso di emergenze (ex allerta rossa)

### Principi di prevenzione e protezione nello svolgimento delle attività in SW

Il lavoratore che svolge la propria mansione in regime di SW deve innanzitutto garantire che la propria postazione di lavoro abbia caratteristiche il più possibile equivalenti rispetto a quella fornita dall'azienda, secondo quanto previsto dalle normative vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

### Ambienti indoor

Il lavoratore, come previsto dalle Linee Guida della Direttiva n.3/17 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dovrà attenersi ai principi di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ed in particolare a:

- norme di prevenzione incendi
- requisiti igienici dei locali
- istruzioni d'uso strumenti/dispositivi attrezzature/apparecchiature e comportamenti da tenere in caso di mal funzionamento
- ergonomia, postazione VDT e uso dei dispositivi portatili, computer, tablet, ecc...
- requisiti minimi di impianti di alimentazione elettrica e corretto utilizzo dell'impianto elettrico

È bene evitare di regolare la temperatura dentro l'abitazione a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna.

Nei locali nei quali si svolgono attività di vita o di lavoro deve essere garantito il ricambio dell'aria con mezzi naturali o artificiali in modo che le concentrazioni di sostanze inquinanti e di vapore acqueo, prodotti dalle persone e da eventuali processi di combustione, siano compatibili con il benessere e la salute delle persone.

### Norme di Prevenzione incendi e gestione delle emergenze

Durante il lavoro è vietato l'utilizzo di fiamme libere.

Comportamento per principio di incendio:

- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone il quadro elettrico generale dell'abitazione e/o stanza in cui si lavora;
- avvertire i presenti all'interno dell'immobile o nelle zone circostanti, chiedere aiuto e, se necessario, chiamare i soccorsi telefonicamente (112.), fornendo loro le proprie generalità, luogo dell'evento, situazione ed affollamento, restando in attesa di eventuali indicazioni
- solo se adeguatamente formati, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione; (si ricorda di non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico);

- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni.

### Efficienza ed integrità di strumenti/dispositivi e attrezzature/apparecchiature prima dell'uso

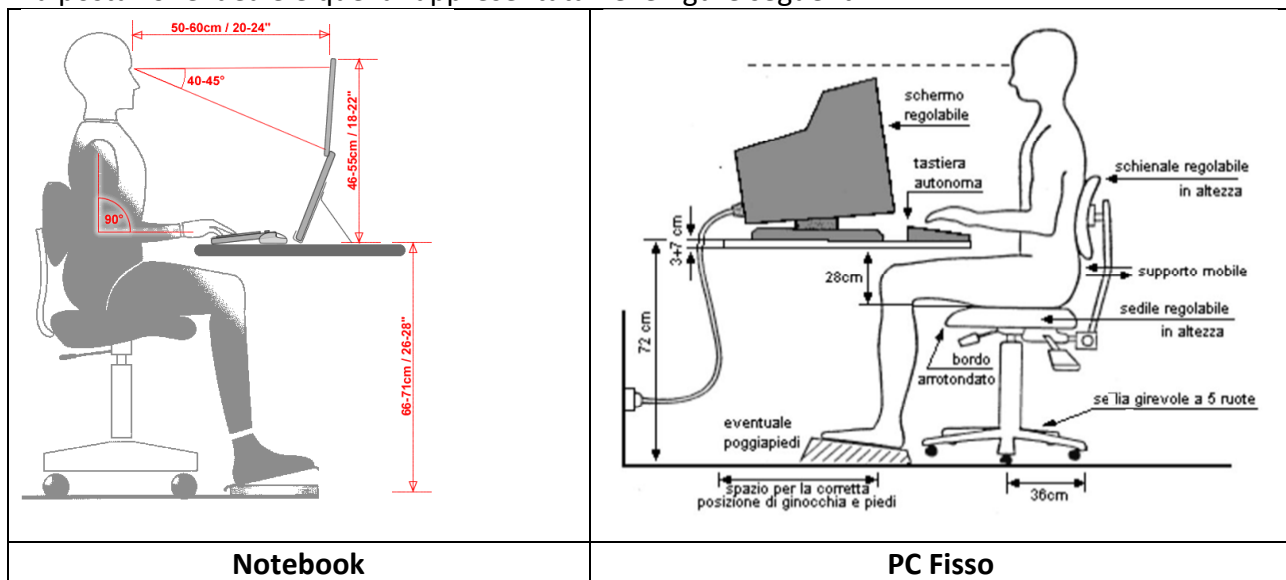
Prima di iniziare le attività, il lavoratore è tenuto a verificare che:

- i cavi di alimentazione delle attrezzature elettriche siano adeguatamente protetti contro le azioni meccaniche (oggetti taglienti, ecc.) e termiche (caloriferi, ecc.);
- l'attrezzatura di lavoro non presenti eventuali cavi danneggiati e con parti conduttrici a vista.

In caso contrario l'uso è vietato

### Caratteristiche minime relative alla ergonomia della postazione dotata di VDT e nell'utilizzo di computer portatili, tablet, ecc.

La postazione ideale è quella rappresentata nelle figure seguenti:



Lo **schermo** deve essere facilmente orientabile ed inclinabile, posizionato frontalmente all'utilizzatore ad una distanza dagli occhi pari a 50-70 cm; il margine superiore deve essere posizionato leggermente più in basso rispetto all'orizzonte ottico dell'utilizzatore.

La **tastiera** deve essere separata dal monitor ed inclinabile rispetto al piano; deve essere posizionata frontalmente al video ad una distanza dal bordo della scrivania di almeno 10-15cm; deve possedere una superficie opaca, tasti facilmente leggibili e un bordo sottile e sagomato.

Il **mouse** deve essere posizionato sullo stesso piano della tastiera.

### Il piano di lavoro

- ✓ deve avere una superficie poco riflettente;
- ✓ deve essere di dimensioni tali da permettere una disposizione regolabile dello schermo, dei documenti e del materiale accessorio,
- ✓ deve poter permettere di posizionare la tastiera ad almeno 15 cm di distanza dal bordo;
- ✓ deve possedere una profondità che assicuri un'a corretta distanza visiva dallo schermo (almeno 50-70 cm);
- ✓ deve essere stabile e di altezza, fissa o regolabile, indicativamente fra 70 e 80 cm;
- ✓ deve avere uno spazio idoneo per il comodo alloggiamento e la movimentazione degli arti inferiori e per infilarvi il sedile.

E' consigliabile, in caso di impiego prolungato di **computer portatili**, l'adozione di una tastiera. di un mouse o di un altro dispositivo, esterni, nonché di un idoneo supporto che consenta il corretto posizionamento dello schermo.

Il **sedile di lavoro** deve essere possibilmente girevole per facilitare cambi di posizione e stabile e permettere libertà nei movimenti. Deve possedere la seduta possibilmente regolabile in altezza in maniera indipendente dallo schienale, lo schienale regolabile sia in altezza che in inclinazione, schienale e seduta con bordi smussati, rivestimento confortevole.

Se il basamento è dotato di rotelle queste devono essere in numero non inferiore a cinque.

Deve essere comunque di altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori per cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli (se presenti), sotto il piano di lavoro.

Il sedile di lavoro deve essere stabile e permettere una posizione comoda; in caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati.

È importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare.

Durante il lavoro con il dispositivo mobile deve tenere la schiena poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare evitando di piegarla in avanti.

È importante evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscono una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe).

Occorre mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso di mouse e tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi.

Gli avambracci devono essere appoggiati sul piano e non sospesi.

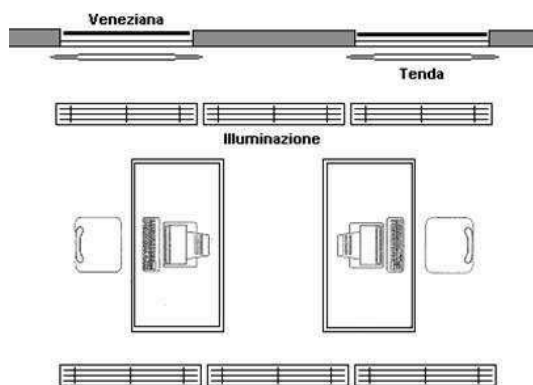
L'altezza del piano di lavoro deve essere tale da consentire all'operatore in posizione seduta di avere l'angolo braccio-avambraccio a circa 90°.

In base alla statura, se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggipiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso di dispositivi mobili in viaggio, è bene:

- non posizionare il computer portatile direttamente sulle gambe, ma tenerlo un po' più alto, anche usando un piano di appoggio di fortuna (valigetta/coperta/cuscino/un libro spesso, ecc.);
- sopraelevare il sedile con un cuscino/una coperta/un asciugamano, se troppo basso rispetto al piano di lavoro;
- evitarne l'uso in macchina o sull'autobus, anche se si è passeggeri.

## Corretto orientamento



Occorre posizionare il monitor in modo che le finestre non si trovino né di fronte, né di spalle e l'illuminazione artificiale sia al di fuori del campo visivo. Si eviteranno, in questo modo, fenomeni negativi quali abbagliamenti (finestra frontale) ovvero riflessi sullo schermo (finestra di spalle), causa principale di affaticamento visivo.



L'illuminazione artificiale dell'ambiente deve essere realizzata con lampade a tonalità calda provviste di schermi antiriflesso ed esenti da sfarfallio.

Le lampade devono essere collocate in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolino il campo visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Occorre dotare le finestre del locale di idonei dispositivi di oscuramento che consentano, all'occorrenza, l'attenuazione della luce naturale e l'eliminazione degli eventuali riflessi presenti sullo schermo.

### **Indicazioni relative a requisiti e corretto utilizzo di impianti di alimentazione elettrica**

Di seguito vengono riportate, a livello generale e non esaustivo, le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti di alimentazione elettrica, apparecchi/dispositivi elettrici, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

#### **Impianto elettrico**

##### **Requisiti**

- l'impianto elettrico deve essere privo di parti danneggiate o fissate male;
- le sue parti attive (es. conduttori di fase o di neutro) non devono essere accessibili (ad es. perché danneggiato l'isolamento);
- i componenti dell'impianto elettrico non devono risultare particolarmente caldi durante il funzionamento;
- le componenti dell'impianto ed i luoghi che li ospitano devono risultare asciutte/i, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- devono essere individuati, ove possibile, l'ubicazione del quadro elettrico nonché elementi/illustrazioni per riconoscere in generale gli interruttori in esso contenuti e le parti di impianto su cui operano.

##### **Raccomandazioni nell'utilizzo**

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- non devono essere accumulati o accostati materiali infiammabili a ridosso dei componenti dell'impianto per evitare innesci di incendi e/o deflagrazioni;



- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che siano mantenute lontane da materiali infiammabili;
- i principali mezzi di estinzione più adatti da utilizzare su parti elettriche in tensione sono gli estintori a CO<sub>2</sub> e in subordine quelli a Polvere (ma rovinano le parti elettriche).

## **Apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori**

### **Requisiti**

- gli apparecchi elettrici utilizzatori devono essere marcati CE;
- gli apparecchi elettrici utilizzatori devono essere integri, non devono avere parti attive accessibili (es. conduttori di fase o di neutro dei cavi di alimentazione), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato.

### **Indicazioni di corretto utilizzo**

- utilizzare apparecchi elettrici utilizzatori dotati di doppio isolamento;
- accertarsi che durante l'utilizzo degli apparecchi elettrici non vengano occluse le griglie o le ventole di raffreddamento;
- controllare che tutti gli apparecchi elettrici utilizzatori siano regolarmente spenti quando non utilizzati, specialmente se incustoditi per lunghi periodi;
- gli apparecchi elettrici utilizzatori devono essere immediatamente disattivati tramite pulsante o interruttore di accensione in caso di guasto, dandone notizia al Datore di lavoro prima possibile;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione degli apparecchi elettrici utilizzatori in prese compatibili e farlo garantendo un contatto certo.

## **Dispositivi di connessione elettrica temporanea (prolunghe, adattatori, prese multipla, avvolgicavo, ecc.)**

### **Requisiti**

- è fondamentale che i dispositivi di connessione elettrica temporanea siano marcati CE;
- controllare che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea sia maggiore della somma delle potenze assorbite dai singoli apparecchi/dispositivi elettrici che devono essere alimentati;
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri, non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

### **Indicazioni di corretto utilizzo**

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazioni più vicini e idonei;
- a maggior ragione in questo caso, le spine dei dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere inserite in prese compatibili e in modo tale da garantire un contatto certo;
- è importante porre la dovuta attenzione a non piegare, schiacciare, tirare, tranciare cavi, prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento; in tal caso verificare che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi/dispositivi elettrici che possono essere alimentati;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

## **Tempi di riposo e diritto alla disconnessione**

Occorre rispettare i tempi di riposo di 15 minuti ogni 120 minuti di utilizzo del VDT.

È garantito il diritto alla disconnessione. Tale diritto di disconnessione si tramuta in obbligo di disconnessione nel periodo compreso tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo (salvo eventuali casi legati a reperibilità, turnazione e lavoro notturno).

### **Ambienti outdoor**

Il lavoratore, come previsto alle linee guida citate nella direttiva n.3/17 della Presidenza del consiglio dei Ministri, dovrà attenersi ai principi di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e in particolare a:

- evitare l'esposizione diretta a radiazione solare e prolungata e a condizioni meteorologiche sfavorevoli;
- evitare di lavorare in luoghi isolati o in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- porre massima attenzione ai pericoli connessi alla presenza di animali, vegetazione in stato di degrado ambientale, presenza di rifiuti, ecc.;
- evitare la presenza di sostanze combustibili o infiammabili e sorgenti di ignizione;
- evitare di lavorare in luoghi in cui non ci sia la possibilità di approvvigionamento di acqua potabile.

### **Conclusioni**

Il lavoratore che svolge la propria prestazione lavorativa in regime di smartworking, per i periodi nei quali si trova al di fuori dei locali aziendali:

- coopera con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro;
- in caso venisse a mancare anche solo una delle condizioni di lavoro in sicurezza o in caso di anomalie o malfunzionamenti riscontrati nell'utilizzo delle attrezzature, è tenuto ad interrompere immediatamente la propria attività ed avvisare il proprio responsabile.

Il lavoratore garantisce che il proprio impianto elettrico è a norma di legge e che la postazione di lavoro rispecchia le caratteristiche minime di ergonomia sopra riportate.

**Data**

---

**Per ricevuta e accettazione  
Il Dipendente**

---

## ADDENDUM PRIVACY PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI LAVORO AGILE

In occasione della sua partecipazione alla modalità di erogazione della prestazione lavorativa denominata “Lavoro Agile” disciplinata dalla Legge n. 81/2017 – Capo II<sup>1</sup>, Le ricordiamo che è necessario prestare costante attenzione alla protezione dei dati personali e adottare, in qualsiasi occasione, lavorativa e privata, un comportamento improntato alla difesa della privacy degli interessati che si relazionano con l’Ente.

A tal fine si richiamano i contenuti delle informazioni fornite ex artt. 13 e 14 Regolamento Unione Europea 679/2016 del 27 aprile 2016 e norme di armonizzazione per il trattamento dei dati personali e categorie di dati personali dei dipendenti, nonché della normativa interna dell’Ente in materia, con le obbligazioni ivi riportate a carico dei singoli dipendenti in relazione al ruolo ricoperto nel sistema privacy aziendale e in ottemperanza al principio dell’accountability (responsabilizzazione) previsto dal sopraccitato Regolamento, come anche consultabili, nelle sezioni dedicate, sulla intranet di Asl3 (normativa/privacy) e sul sito internet di Asl3 [www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it) ([politica](#) della privacy aziendale). Si vedano in particolare il DPS (Documento Programmatico sulla Sicurezza) vigente in Asl3, adottato con Deliberazione n. 509/2021.

Inoltre si riportano due documenti: “Cinque Comportamenti Fondamentali” e “Decalogo Privacy “Lavoro Agile”, che hanno la finalità di ulteriormente orientare gli atteggiamenti e i comportamenti dei Lavoratori che aderiscono al “Lavoro Agile”.

### “Cinque comportamenti fondamentali”

**Riservatezza:** proteggi le informazioni riguardanti il tuo lavoro e la tua società. Non condividere con terzi dati, idee, soluzioni, opinioni che riguardano la tua attività lavorativa, potresti danneggiare il tuo lavoro e anche il tuo interlocutore;

**Attenzione:** resta concentrato sull’attività lavorativa ovunque tu sia: sui documenti, sui file, sugli strumenti di lavoro; la distrazione può facilmente provocare smarrimenti, diffusione di informazione a soggetti non autorizzati, errori operativi che possono danneggiare i dati personali, i loro interessati e le società titolari dei dati stessi;

**Precisione:** l’accuratezza nel fare le cose ti consente di lavorare in modo efficace ed efficiente anche al di fuori del contesto lavorativo. Cura con scrupolosità le conversazioni, l’invio della mail, il salvataggio dei dati nel repository aziendali, il ricovero temporaneo di documenti in archivi estranei al perimetro aziendale abituale;

---

<sup>1</sup> Art. 18 - 1. Le disposizioni del presente capo, allo scopo di incrementare la competitività' e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovono il lavoro agile quale 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. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

**Ordine:** la sistematica e schematica organizzazione delle risorse e degli strumenti di lavoro previene disguidi difficili da risolvere quando sei fuori dalla tradizionale sede di lavoro. Ogni cosa, ogni file, ogni mezzo devono avere collocazioni e utilizzi abituali e sperimentati;

**Separatezza:** tieni separata la tua vita lavorativa dalla tua sfera privata, familiare e sociale. In questo modo proteggi anche i tuoi familiari e i tuoi amici. Infatti, ogni interferenza può provocare irregolarità o comportamenti non corretti, che dovranno essere oggetto di riparazione, con dispersione di energie e risorse da parte Tua, della Società e dei terzi coinvolti.

### **“Decalogo Privacy Lavoro Agile”**

Il “Lavoro Agile” impone la massima attenzione sui temi della riservatezza e presuppone che il/la dipendente rimanga sempre concentrato sulle modalità di lavoro, al fine di svolgere la propria attività (in parte all’interno dei locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa) in modo corretto ed idoneo per proteggere l’operatività e la reputazione dell’Ente.

In particolare il “Lavoro Agile” non dovrà essere effettuato, a tal fine, al di fuori di ambienti privati protetti, che garantiscano la necessaria riservatezza della prestazione e/o connettendosi con collegamenti WIFI a reti aperte.

1) Le conversazioni tra il/la dipendente e gli altri interessati non devono essere oggetto di ascolto da parte di soggetti non autorizzati, i quali devono essere mantenuti ad una distanza che consenta di proteggere la confidenzialità; pertanto è obbligo del/della dipendente:

- Evitare di effettuare colloqui ad alta voce, di persona o per telefono, in presenza di soggetti non autorizzati a conoscere il contenuto della conversazione;
- Accertarsi che il coniuge o eventuali parenti e conoscenti non siano portati, anche involontariamente, a conoscenza di informazioni e processi attinenti l’attività lavorativa;
- Non utilizzare familiari o terzi per veicolare informazioni, anche se ritenute “banali”, afferenti l’attività lavorativa;
- Nel caso di conversazioni telefoniche instaurate in seguito di chiamate inoltrate o ricevute, accertare, con cura, che l’interlocutore sia effettivamente un collega/cliente/fornitore legittimato e autorizzato a conoscere le informazioni oggetto della comunicazione.

2) L’Ente, in qualità di Titolare, stabilisce che, ai sensi dell’art. 24 comma 1 del Regolamento U.E. 2016/679, la documentazione inerente all’attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete, poiché tale modalità operativa è ritenuta adeguata a garantire che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento.

3) Il/La dipendente deve prestare particolare attenzione quando si trasportano da un locale all’altro, da uno stabile all’altro, da un luogo ad un altro (mediante mezzi pubblici o privati o anche a piedi) documenti contenenti dati personali.

4) Per quanto riguarda la generica conservazione dei dati personali utilizzati dal/dalla dipendente in “Lavoro Agile” il Responsabile dell’unità organizzativa deve adottare soluzioni organizzative idonee a ridurre il più possibile i rischi di distruzione, perdita e accessi non consentiti ai dati anche in ambiente privato eletto dal/dalla dipendente. Il “Lavoro Agile” non dovrà essere effettuato, a tal fine al di fuori di ambienti privati protetti, che garantiscano la necessaria riservatezza della prestazione.

5) Più in dettaglio per quanto concerne l’utilizzo di documenti cartacei contenenti dati personali e prelevati dagli archivi dell’Ente, si sottolinea che il trasferimento di dati personali all’esterno della società deve essere giustificato da necessità strettamente correlate all’esercizio dell’attività lavorativa, agli obblighi di

legge o alla difesa degli interessi della società. La circolazione dei dati personali cartacei, in situazione di mobilità deve essere ridotta al minimo indispensabile; i dati devono essere raccolti in porta documenti riportanti l'identificazione del/della dipendente utilizzatore e il suo recapito telefonico.

In particolare i documenti cartacei:

- devono essere utilizzati solo per il tempo necessari allo svolgimento dei compiti assegnati e poi ripartiti negli archivi aziendali dedicati alla loro conservazione;
- non devono essere lasciati incustoditi; pertanto, nel caso di assenza, anche momentanea, dal luogo in cui si svolge "Lavoro Agile" è necessario chiudere a chiave i locali che ospitano i dati ovvero riporli dentro un armadio/cassetto chiuso a chiave; non devono restare, senza ragione, applicati su supporti (lavagne o simili) che possono essere visionati da persone non autorizzate;
- devono essere resi illeggibili prima di essere cestinati, qualora siano destinati a divenire rifiuti (ad es. strappando più volte la carta in modo che i contenuti diventino non decifrabili/non ricostruibili).

6) Per quanto riguarda il trattamento di dati personali mediante l'ausilio di strumenti elettronici, si richiamano le indicazioni fornite in punto all'atto dell'autorizzazione al trattamento dati dall'Ente e si ribadisce quanto prescritto dal DPS ASL 3 vigente e dal regolamento ASL3 relativo al trattamento dati mediante strumenti elettronici adottato con deliberazione n 433/2018 e aggiornato con determinazione dirigenziale n. 62/2019 che individuano, tra l'altro, le misure di sicurezza da adottare in caso di utilizzazione di strumenti BYOD e in particolare:

- La password di accesso deve essere conservata con diligenza in modo che resti riservata, evitando sotto la responsabilità del/della dipendente, che altri ne vengano a conoscenza;
- Il computer ed altri eventuali strumenti in dotazione e/o utilizzati per l'espletamento delle prestazioni di "Lavoro Agile" (P.C., smartphone, personali e/o aziendali ecc.), non devono essere lasciati incustoditi ed accessibili a persone non autorizzate. In caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro il/la dipendente è tenuto a disconnettere la sessione di lavoro bloccando l'operatività del computer ("ctrl-alt-canc") e/o l'accesso allo smartphone (password di blocco schermo).
- Non devono essere utilizzati dispositivi di memorizzazione esterna: come sopra riportato la documentazione inerente all'attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete, poiché tale modalità operativa è ritenuta adeguata a garantire che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento.

7) I trattamenti effettuati dal/dalla dipendente devono rispettare il principio di necessità, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità degli stessi, avere scopi espliciti, determinati e leciti, come da istruzioni fornite in punto all'atto dell'autorizzazione al trattamento dati dell'Ente.

8) Nell'ambito delle proprie attività e in osservanza alle misure derivanti dal sistema procedurale, gestionale e tecnico instaurato dall'Ente per garantire la sicurezza dei dati personali, il dipendente tratta dati:

- Esatti e, se necessario, aggiornati;
- Archiviati in una forma che consenta l'esercizio dei diritti da parte dell'interessato di cui al Capo III del Regolamento Europeo;
- Conservati in modo tale da consentire l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati;
- Ove necessario e compatibile, anonimizzati, pseudonimizzati o cifrati.

Il dipendente dovrà, altresì, adottare le cautele previste per legge (diritto all'oscuramento e anonimato) nell'eventuale trattamento dei dati soggetti a maggior tutela ovvero dati particolarmente sensibili per i diritti e le libertà degli interessati (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Legge n. 66/1996 Norme contro la violenza sessuale; Legge n. 269/1998 Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della

pornografia, del turismo sessuale in danno di minori quali nuove forme di riduzione in schiavitù; Legge n. 38/2006 Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet; Legge n. 135/1990 Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS; D.P.R. n. 309/1990 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza; Legge n. 194/1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza; D.M. n. 349/2001 Regolamento recante: "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni"; Legge n. 405/1975 Istituzione dei consultori familiari);

9) E' fondamentale sottolineare che è severamente sanzionata dal Regolamento (UE) 2016/679 la violazione dei dati personali, cioè la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.

Tale violazione può afferire a una "violazione della riservatezza", in caso di divulgazione o accesso accidentale ai dati personali, alla "perdita della disponibilità"(comprese le ipotesi di sottrazione e/o furto), in caso di perdita o distruzione dei dati personali (accidentale o non autorizzata) e alla "violazione dell'integrità", in caso di alterazione non autorizzata o accidentale dei dati personali.

La violazione, in rapporto alla sua gravità, può comportare per l'Ente la Notifica del Data Breach, cioè la comunicazione della violazione dei dati personali all'Autorità di Controllo (Garante per la protezione dei dati personali), nonché, qualora ne abbiano un danno, ai soggetti i cui dati sono stati violati.

A tal fine si ribadisce l'obbligo del/della dipendente di segnalare qualunque ipotesi di violazione dei dati personali al responsabile della struttura preposto e al Responsabile della Protezione dei Dati, tempestivamente e, comunque, nei termini previsti dalla normativa interna aziendale in materia, anche al fine di consentire il rispetto dei ristretti termini di notifica all'Autorità di Controllo previsti dal Regolamento (UE) 2016/679, ove atto dovuto.

10) Il/La dipendente sarà specificatamente autorizzato al trattamento, informato/a e formato/a dal Datore di Lavoro (Titolare) in merito alle peculiarità del trattamento dei dati personali conseguenti alla modalità "Lavoro agile" della Sua prestazione lavorativa ed ai conseguenti rischi e misure di sicurezza adottate e da adottarsi, che integrano quelle fornite all'atto dell'autorizzazione ai trattamenti di competenza, in relazione al ruolo ricoperto nell'Ente.

E' obbligazione contrattuale del/della dipendente rispettare dette istruzioni e partecipare alle attività formative previste dell'Ente in punto.

11) Il/La dipendente è consapevole ed accetta che ASL3 verifichi il rispetto delle misure di sicurezza informatiche ed operative che Gli/Le sono state indicate all'atto dell'autorizzazione alla modalità operativa del "Lavoro Agile", nel rispetto delle previsioni della normativa vigente in materia e dell'art.4 della L.300/70 e s.m.i..

Data

\_\_\_\_\_

**Per ricevuta e accettazione  
Il Dipendente**



***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale  
Umano***

***Sottosezione di programmazione***

***Piano Triennale delle Azioni***

***Positive***

### Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - *Sottosezione di programmazione – Piano Triennale delle Azioni Positive*

Il Piano delle azioni positive (di seguito “PAP”) è il documento programmatico su base triennale che individua le azioni finalizzate all’attuazione dei principi di parità e pari opportunità, maggior benessere lavorativo, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e contrasto alle discriminazioni.

Il PAP è adottato da Asl3, con atto deliberativo, e costituisce parte integrante del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), così come previsto dall’art. 6 del D.L. 80/2021 e ss.mm.ii, unitamente agli altri atti di pianificazione aziendale.

Nel corso del 2022, il Piano delle Azioni Positive, incentrato prevalentemente su una serie di iniziative formative orientate a migliorare il benessere lavorativo dei dipendenti, ha avuto piena realizzazione, tanto da orientare l’Azienda alla riproposizione delle iniziative già assunte, implementate con nuove attività formative.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), ha accolto con favore e validato il Piano.

Di seguito Il Piano delle Azioni Positive:



## 1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ Direttiva n. 2 del 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Pubbliche Amministrazioni” in particolare nella parte in cui dispone che “in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno”.
- ✓ Direttiva 4 marzo 2011 – Ministero per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione e Ministero per le Pari Opportunità “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”
- ✓ D. Lgs. 25 gennaio 2010, n. 5 – “Attuazione della direttiva 2006/54/CE relativa al principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego” nella parte in cui riformula (art. 1) l’art. 1 del “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell’art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246” di cui al D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198;
- ✓ D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 – “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”;
- ✓ D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 – “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”;
- ✓ Direttiva 23 maggio 2007 – Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”, nella parte in cui dispone (art. 48) che le Amministrazioni Pubbliche predispongano Piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro rispettivo ambito, la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne;
- ✓ D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 – “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche” e s.m.i.;
- ✓ D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 – “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53”;
- ✓ D.Lgs. 23 maggio 2000, n. 196 – “Disciplina dell’attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive, a norma dell’art. 47 della legge 17 maggio 1999, n. 144”; - Legge 10 aprile 1991, n. 125 “Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro”.

## 2. PREMESSA

Il Piano delle azioni positive (di seguito “PAP”) è il documento programmatico su base triennale che individua le azioni finalizzate all’attuazione dei principi di parità e pari opportunità, maggior benessere lavorativo, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e contrasto alle discriminazioni.

Il PAP è adottato da Asl3, con atto deliberativo, e costituisce parte integrante del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), così come previsto dall’art. 6 del D.L. 80/2021 e ss.mm.ii, unitamente agli altri atti di pianificazione aziendale.

## 3. AMBITI DI AZIONE, COMPORTAMENTI ADOTTATI E OBIETTIVI SPECIFICI

Il punto 3 della I sezione della direttiva n. 2/2019 illustra gli ambiti di azione concreti a cui si devono attenere le amministrazioni pubbliche per raggiungere gli obiettivi, citati al punto precedente, che la direttiva si propone.

### 3.1. Ambiti di azione

Gli ambiti di azione riguardano:

- a) Prevenzione e rimozione delle discriminazioni
- b) Piani Triennali di Azioni Positive
- c) Politiche di reclutamento e gestione del personale
- d) Organizzazione del lavoro
- e) Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità, conciliazione tempi di vita e lavoro e contrasto alle discriminazioni
- f) Rafforzamento dei CUG.

Di seguito si descrivono, per ognuno degli ambiti di cui sopra, sia le **azioni già intraprese e i comportamenti già adottati** da Asl3, sia gli **obiettivi individuati** su base triennale.

#### a) Prevenzione e rimozione delle discriminazioni

Sul punto Asl3, nell’adozione dei propri atti, osserva le disposizioni contrattualmente previste in relazione a qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta quali quelle relative al genere, all’età, all’orientamento sessuale, alla razza, all’origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua e convinzioni politiche.

Per quanto attiene il trattamento economico, parimenti ASL 3 applica la normativa contrattualmente prevista (CCNL personale del Comparto, CCNL dirigenza Sanitaria, CCNL Funzioni Locali).

#### b) Piani triennali di azioni positive

Nel 2022 ASL3 ha pubblicato il 1° Piano triennale delle azioni positive (PAP) quale allegato, tra gli

altri, del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui alla deliberazione n. 334 del 30.6.2022, in quanto la promozione della parità e delle pari opportunità necessita di una pianificazione e programmazione complessiva, che deve essere integrata e coordinata con tutti gli strumenti di pianificazione.

Tale Piano è stato aggiornato per il 2023 da un tavolo di lavoro composto da componenti del CUG aziendale che, nella seduta del 20.1.2023, lo ha approvato all'unanimità e trasmesso alla Direzione aziendale.

### c) Politiche di reclutamento e gestione del personale

Sul punto si dà atto che Asl3, nei limiti disposti dalla vigente normativa in materia di pubblico impiego, rispetta i seguenti principi:

- rispetta la normativa vigente in materia di composizione delle commissioni di concorso, con l'osservanza, laddove presenti membri di ambo i sessi quali esperti delle discipline oggetto di concorso, delle disposizioni in materia di equilibrio di genere;
- osserva il principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento (art. 35, comma 3, lett. c), del d.lgs. n. 165 del 2001) per il personale a tempo determinato e
- cura che i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali tengano conto del principio di pari opportunità (art. 19, commi 4-*bis* e 5-*ter*, del d.lgs. n. 165 del 2001; art. 42, comma 2, lett. d), del d.lgs. n. 198 del 2006; art. 11, comma 1, lett. h), della legge n. 124 del 2015).

### d) Organizzazione del lavoro

Sul punto si dà atto che Asl3, oltre al rispetto delle norme a garanzia della maternità, congedi parentali, soggetti fragili e ogni altra norma a tutela del lavoratore ha regolamentato l'istituzione dello smart working, tramite l'adozione del POLA.

Inoltre è stato attivato un processo di implementazione della mappatura delle competenze professionali (job description) pubblicato sulla intranet aziendale e finalizzato anche a definire il fabbisogno formativo per le aree che necessitano di maggiore attenzione.

Infine è stata aggiornata la procedura del neo assunto/trasferito dal competente gruppo di lavoro.

### e) Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità, conciliazione tempi di vita e lavoro e contrasto alle discriminazioni

ASL3 nell'ambito del Piano formativo, ha previsto appositi moduli formativi relativi contrasto alla violenza di genere e in ambito di risk management. Inoltre ha aggiornato, nel corso del 2021, il Codice di Comportamento di cui al DPR 63/2013 e, nel 2022, il Codice disciplinare ai sensi dell'art. 84 del nuovo C.C.N.L. del personale del comparto sanità 2.11.2022.

### f) Rafforzamento dei CUG

Sul punto si dà atto che Asl3:

- ✓ dal 2014, con deliberazione n. 623 del 14.10.2014, aveva istituito, rinnovandolo nel tempo, il proprio CUG aziendale, nelle modalità in allora previste dalla normativa vigente;
- ✓ dal 2018, con deliberazione n. 85 del 21.2.2018, aveva individuato, rinnovandolo in ultimo con deliberazione n. 366 del 29.7.2020, il Consigliere di Fiducia, operante a titolo gratuito presso una delle sedi di Asl3;

- ✓ nel 2022 con deliberazione n. 398 ha rinnovato la composizione del CUG secondo le disposizioni della Direttiva n. 2/2019 e rinnovato l'affidamento dell'incarico alla Consigliera di fiducia fino al 28.7.2024.

In particolare il CUG rinnovato:

- ✓ nell'ambito della sua funzione propositiva, disciplinata dal punto 3.6. della citata Direttiva 2/2019, ha predisposto l'aggiornamento del Piano triennale delle azioni positive tramite tavolo di lavoro ad hoc costituito riunitosi in data 11.1.2023 il cui lavoro è stato approvato all'unanimità dei componenti presenti nella seduta del CUG del 20.1.2023;
- ✓ nell'ambito della sua funzione consultiva, disciplinata dal punto 3.6. della citata Direttiva 2/2019, ha formulato parere favorevole all'unanimità dei suoi componenti in merito al Piano Formativo 2023 nella seduta del 5.12.2022

#### 4. SOGGETTI COINVOLTI

**Comitato Unico di Garanzia (CUG)**, con il compito di formulare proposte in ordine al Piano delle Azioni Positive, volte a favorire l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché rimuovere le situazioni di discriminazione di violenze morali, psicologiche, mobbing e disagio organizzativo.

**Consigliera di Fiducia**, con il compito di fornire ascolto, consulenza e assistenza alle lavoratrici ed ai lavoratori nei casi di mobbing, molestie sessuali, morali o comportamenti discriminatori o altri fattori di disagio lavorativo. Nell'ambito del PAP, sulla base della propria esperienza e in relazione alle istanze ricevute dai dipendenti, promuove attività di prevenzione e di informazione relativamente a tutti i fenomeni di discriminazione sul luogo di lavoro, sviluppando proposte di azioni positive.

**Direzione Strategica, Dipartimento Giuridico, Dipartimento tecnico amministrativo, S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo**, con il compito di supportare il CUG nell'individuazione delle azioni positive e nel monitoraggio della loro attuazione.

**S.C. Servizio Prevenzione e Protezione e Medico competente** con il compito, attraverso le attività di istituto (analisi e valutazione rischio stress lavoro-correlato, valutazione del benessere organizzativo, sportello di ascolto, esiti della sorveglianza sanitaria) di suggerire e proporre ulteriori contenuti del PAP.

Più in particolare, lo "Sportello di ascolto", oltre a svolgere funzione di sostegno per le lavoratrici e i lavoratori, formula proposte utili alla risoluzione delle problematiche intervenendo a vari livelli. Nel prossimo triennio infatti, l'Amministrazione, in continuità con le azioni già poste in essere in materia di benessere organizzativo, anche a seguito della valutazione dello stress lavoro correlato, intende sviluppare iniziative utili a potenziare la sinergia degli interventi tra Sportello di ascolto, Consigliera di Fiducia e Medici Competenti nei casi di malessere morale e/o psicologico nei luoghi di lavoro e realizzare interventi volti ad evitare ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere organizzativo. Vi sono ormai molte evidenze scientifiche che dimostrano come le strutture più efficienti siano quelle in cui i dipendenti sono soddisfatti e il "clima interno" è sereno e partecipativo. La presenza di benessere organizzativo all'interno di un'organizzazione consente, infatti, di prevenire e ridurre lo stress correlato al lavoro con ricadute sulla qualità dei servizi. L'Amministrazione intende quindi sostenere e implementare azioni utili a rimuovere ogni

forma di disagio lavorativo attraverso attività di formazione, informazione e sensibilizzazione dei lavoratori agendo con il fine di promuovere una cultura della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e non solo.

#### 4. LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO LA SALUTE: WORKPLACE HEALTHPROMOTION E BENESSERE ORGANIZZATIVO, LE AZIONI DI ASL 3 PER I DIPENDENTI

Il cambiamento del mondo del lavoro, la sua mutevolezza, la precarietà dei contratti, la femminilizzazione di alcuni settori come quello sanitario, l'invecchiamento dei lavoratori, il lavoro notturno e su turni, le differenze di genere, l'inserimento e il reinserimento lavorativo di lavoratori con disabilità, l'utilizzo di nuove tecnologie e della digitalizzazione richiedono un approccio culturalmente diverso alle politiche di prevenzione e di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. È necessario adottare più efficaci e complessivi modelli di intervento, come peraltro suggerito dal Global plan of action-WHO che, tra le altre cose, richiama la necessità di affrontare tutti gli aspetti della salute dei lavoratori attraverso l'Healthy Workplace Model orientato a: prevenzione primaria dei rischi occupazionali, protezione e promozione della salute e sicurezza sul lavoro, condizioni contrattuali d'impiego, adeguata risposta da parte dei sistemi sanitari ai bisogni di salute e sicurezza dei lavoratori. Tale approccio è indicato anche dal National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) che, nel giugno 2011, ha lanciato il programma Total Worker Health (TWH).

La TWH è definita dall'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici, a favore di un più ampio benessere del lavoratore.

Il programma TWH sostiene un approccio olistico e onnicomprensivo al benessere del lavoratore che coglie il valore e il vantaggio del creare ambienti nei quali un lavoro sicuro, sano e gratificante può produrre migliori condizioni di salute e opportunità per i lavoratori, le loro famiglie, le loro comunità ed economie. L'adozione di un approccio di TWH permetterebbe, quindi, nel pianificare politiche e interventi di prevenzione, di considerare adeguatamente la sinergia tra rischi lavorativi, ambiente, stili di vita e condizioni personali (età, genere, condizioni di salute, disabilità, tipologia contrattuali).

Su questi presupposti la ASL 3 nel periodo 2015 - 2019 aveva promosso il progetto Workplace Health Promotion per i propri dipendenti con i seguenti obiettivi:

- Incoraggiare l'adozione di sani stili di vita tra i lavoratori (corretta alimentazione, contrasto alla sedentarietà, contrasto fumo ed al consumo di alcol);
- Promuovere l'adesione agli screening oncologici, al programma vaccinazioni e in generale comportamenti corretti per la tutela della salute;
- Migliorare il benessere organizzativo.

Il progetto si collocava all'interno della strategia europea Workplace Health Promotion (WHP), per "favorire l'azione sinergica tra datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze con lo scopo di favorire sicurezza e benessere dei lavoratori attraverso interventi orientati al miglioramento delle condizioni ambientali, organizzative e relazionali" (Dichiarazione di Lussemburgo 2007).

Il progetto era stato approvato da Comitato Unico di Garanzia di ASL3 e trovava riferimento nel Piano Regionale di Prevenzione ligure 2014/2018.

All'interno di questa progettualità erano state promosse molteplici azioni di promozione della salute e di prevenzione: corsi di formazione ai dipendenti sugli stili di vita e sul benessere organizzativo, sportelli di ascolto e per la disassuefazione dal fumo di sigaretta, percorsi dedicati per l'adesione agli screening oncologici, sperimentazione di un percorso per lo screening cardiovascolare, etc.

Le azioni nel campo WHP erano state supportate dalla direzione aziendale di ASL 3 ed avevano coinvolto i professionisti di numerosi servizi che avevano lavorato in integrazione e multidisciplinarietà per la realizzazione delle varie iniziative.

Con la Pandemia da Sars-Cov-2 le azioni erano state interrotte.

Con il PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025, recepito dalla Regione Liguria con il Piano di Prevenzione Regionale, viene individuato nella sua articolazione il Programma Predefinito 003: LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO LA SALUTE. Il Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello Workplace Health Promotion (WHP).

Operativamente il Programma propone un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno (che coinvolga le figure aziendali strategiche: SPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, volto a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili cioè pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare nei seguenti ambiti: Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze (con possibilità di associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile).

Con il superamento dello stato di emergenza per la pandemia SARS-CoV-2 ASL 3 ha riattivato una serie di attività tra le quali i seguenti corsi formativi, inseriti nel Piano formativo 2023:

**Azione 1)** WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: è ora di muoversi! (4 edizioni)

**Azione 2)** WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Il pavimento pelvico femminile e la prevenzione delle disfunzioni e/o la rieducazione al corretto funzionamento - Formazione riservata alle Dipendenti di Asl3 (4 edizioni).

**Azione 3)** WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare il benessere e l'armonia nel quotidiano (2 edizioni).

**Azione 4)** WHP2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Progetto Gaia-Ergon - consapevolezza globale e benessere psicofisico (2 edizioni).

**Azione 5)** WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: diamo voce al benessere e benessere alla voce (2 edizioni di 1 livello e 2 edizioni di 2 livello)

**Azione 6)** WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Mangio sano, mi voglio bene (2 edizioni).

**Azione 7)** WHP 2023 Marketing sociale per la promozione della salute sul luogo di lavoro (1 laboratorio)

**Azione 8)** WHP 2023 Prevenzione, gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori in sanità (SPP) 6 edizioni con implementazione del n. dei corsi e dei contenuti)

**Azione 9)** WHP 2023 Rischi psicosociali in ambito sanitario-assistenziale: lavorare in team, gestione delle dinamiche e dei conflitti (SPP) (4 edizioni per il personale e 2 edizioni aggiuntive per il personale titolare di incarico di funzione – ex coordinamento)

**Azione 10)** WHP 2023 Azioni in tema WHP e medicina preventiva (1 edizione per Medici Competenti e personale medicina preventiva)

**Azione 11)** WHP 2023 Formazione in tema di WHP e benessere organizzativo (1 edizione)

**Azione 12)** WHP 2023 Empowerment della persona per renderla protagonista delle proprie scelte di salute e benessere (nel 2023 progettazione delle azioni).

Il miglioramento del benessere organizzativo è senza dubbio uno degli obiettivi che sarà perseguito nei prossimi tre anni con azioni diversificate a partire dalla gestione dei fattori di rischio psicosociali, i cui esiti negativi possono includere cattive condizioni di salute quali malattie cardiovascolari, disturbi muscoloscheletrici, diabete ansia, depressione e comportamenti di cattiva salute associati quali alimentazione scorretta, abuso di sostanze. In quest'ottica la Direzione Aziendale in continuità con quanto già realizzato negli anni scorsi, oltre ad aver inserito nel programma formativo alcuni corsi WHP, intende rafforzare e integrare le azioni di contrasto volte a mitigare l'impatto degli stress a cui sono soggetti i lavoratori sanitari.

Tali azioni sono state progettate e realizzate di concerto con il SPP per prevenire e ridurre lo stress lavoro correlato, tenendo in considerazione le risultanze della valutazione anche derivanti dall'esperienza pandemica e delle emergenze sanitarie che ne sono conseguite e hanno costretto i lavoratori del Servizio Sanitario ad affrontare scenari imprevedibili, a trovare soluzioni in tempi brevi, a cambiare le modalità di lavoro, a sovvertire le priorità organizzative, a rispondere a sempre nuove esigenze inventando servizi tempestivamente, ad affrontare un clima di tensione passando dal primo momento che li vedeva acclamati come eroi, "all'ostilità" emersa in campagna vaccinale che li ha visti in prima linea quali interlocutori diretti del cittadino.

Il programma WHP Luoghi di lavoro che promuovono la salute intende operare con una visione allargata che ricomponga la frammentazione delle azioni all'interno dell'azienda per la salute dei lavoratori e le collochi all'interno di un'unica cornice.

Di seguito sono riportate le schede delle azioni previste per il Piano delle Azioni Positive triennale.

## 6. SCHEDE OBIETTIVO AZIONI POSITIVE

|   |  |
|---|--|
| <b>AZIONE N. 1</b>  | <b>CONTRASTO ALLA SEDENTARIETA'</b>  |
| <b>Titolo</b>   | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: è ora di muoversi!  |
| <b>Destinatari</b>  | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>  | Promuovere comportamenti e sani stili di vita per quanto riguarda l'attività fisica e la mobilità attiva   |
| <b>Descrizione dell'azione</b>  | <p>Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 15/20 persone).<br/> Razionale: L'attività fisica costituisce un fattore che influenza la salute. I benefici per la salute derivanti dall'attività fisica comprendono un minor rischio di contrarre malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete e alcune tipologie di tumore; essa svolge anche un ruolo importante nella gestione di talune affezioni croniche. È fondamentale facilitare la pratica dell'attività fisica negli ambienti di vita che si frequentano tutti i giorni. Tra questi, il luogo in cui si lavora dovrebbe essere tra i principali ambienti in cui attivamente si promuove la salute e il benessere dei lavoratori. È qui, infatti, che un'ampia fascia della popolazione adulta trascorre buona parte della giornata e della settimana. In Europa, si stima che più del 35% delle persone resti seduta per più di 7 ore al giorno. Anche in Italia, tra la popolazione adulta che lavora, la sedentarietà è un comportamento diffuso, determinato dai lunghi periodi trascorsi in piedi o seduti, durante la giornata. I lavoratori che dichiarano di avere invece uno stile di vita attivo sono una minoranza, rispetto a chi è attivo solo in parte. La sedentarietà è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero.</p> <p>Il presente corso di Promozione della salute sul luogo di lavoro costituisce una delle azioni messe in campo per favorire negli operatori l'adozione di sani stili di vita. In particolare in questo evento</p> |
| <b>Attori</b>   | Docenti di ASL 3<br>Discenti tutti i dipendenti di ASL 3   |
| <b>Tempi</b>  | Anno 2023 4 edizioni<br>Anno 2024 4 edizioni<br>Anno 2025 4 edizioni   |
| <p>N.B. la ASL 3 ha una convenzione con l'Azienda Municipalizzata Trasporti (AMT) che permette l'acquisto dell'abbonamento AMT al lavoratore a un prezzo ridotto. Questa azione supporta la mobilità attiva e limita l'uso dei mezzi propri per raggiungere il luogo di lavoro. Questo tema potrà essere argomento di marketing sociale nei prossimi anni: raggiungere con mezzi pubblici i luoghi di lavoro aumentando i tragitti a piedi.</p> |  |



|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 2</b>             | <b>PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PAVIMENTO PELVICO FEMMINILE</b>   |
| <b>Titolo</b>                  | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Il pavimento pelvico femminile e la prevenzione delle disfunzioni e/o la rieducazione al corretto funzionamento - Formazione riservata alle Dipendenti di ASL3  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti donne di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Promuovere comportamenti e stili di vita atti a prevenire le disfunzioni più frequenti del pavimento pelvico femminile quali incontinenza urinaria, stipsi, disturbi sessuali  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 15/20 persone).<br/> Razionale: Il presente progetto promosso da ASL 3 si colloca tra le iniziative relative alla promozione della salute sul luogo di lavoro. L'evento formativo mira a promuovere la conoscenza del pavimento pelvico, del suo funzionamento e degli stili di vita che possono favorire la sua buona salute.</p> <p>Le disfunzioni del pavimento pelvico sono di frequente riscontro nella popolazione femminile, anche se la reale prevalenza e incidenza sono sottostimate in quanto spesso la donna per la natura e la sede, è riluttante a riferirle, non sa che il disturbo è condiviso da molte altre donne e non sa che esistono comportamenti e stili di vita atti a prevenire tali disfunzioni e/o a migliorare le funzionalità del distretto in questione.</p> <p>I fattori di rischio sono prevalentemente di tipo generale acquisito come l'età, il sesso, gli stili di vita, le patologie internistiche a carattere cronico, le condizioni accompagnate da ripetuti incrementi della pressione addominale come la bronchite cronica o l'obesità. Tuttavia decisamente più importanti sono i fattori locali acquisiti. Fra questi i fattori legati a precedenti ostetrici hanno un ruolo rilevante nell'insorgenza dei problemi uro-ginecologici, sia precocemente che tardivamente.</p> <p>Il pavimento pelvico va incontro ad una serie di cambiamenti adattativi durante la vita strettamente connessi con le modifiche strutturali ed endocrine legate ad eventi come la gravidanza, il parto, la transizione menopausale. Molte delle ripercussioni cliniche di questi cambiamenti si manifestano tipicamente dopo la menopausa. Le disfunzioni del pavimento pelvico coinvolgono funzioni come la minzione, la defecazione, la sfera sessuale, con importante impatto sulla qualità di vita della donna.</p> <p>Il corso è rivolto alle donne dipendenti di ASL3 ed è composto da:</p> |
| <b>Attori</b>                  | <p>Docenti: operatori di ASL 3 (ostetriche, stomaterapiste)</p> <p>Discenti: tutte le dipendenti di ASL 3</p>  |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023 4 edizioni</p> <p>Anno 2024 4 edizioni</p> <p>Anno 2025 4 edizioni</p>  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 3</b>             | <b>PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare il benessere e l'armonia nel quotidiano  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Aumentare il livello di consapevolezza psico-corporea  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 12/14 persone) di 3 incontri di 4 ore ciascuno</p> <p>Razionale: Da qualche tempo anche in Occidente è stato riconosciuto il valore e l'utilità di quelle che vengono chiamate Medicine Complementari e Alternative, le quali, per la tutela ed il recupero della salute, utilizzano pratiche e tecniche di postura, respirazione, rilassamento e meditazione derivate dallo Yoga e dalla Meditazione di Consapevolezza Buddista (Vipassana), metodologie la cui efficacia è stata provata da studi e ricerche scientifiche.</p> <p>Il presente progetto promosso da ASL 3 si colloca tra le iniziative relative alla promozione della salute sul luogo di lavoro. Il corso proposto può rappresentare per i discenti un primo approccio alle tecniche sperimentate che possono diventare patrimonio personale. Inoltre</p> <p>costituisce una delle azioni messe in campo per favorire negli operatori il benessere organizzativo passando anche attraverso il recupero del benessere personale: stare bene con sé per stare bene con gli altri, nel proprio ambiente di vita compreso quello lavorativo.</p> |
| <b>Attori</b>                  | <p>Docenti: operatori di ASL 3 con personali competenze nel campo</p> <p>Discenti: tutti i dipendenti di ASL 3</p>   |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023 2 edizioni</p> <p>Anno 2024 2 edizioni</p> <p>Anno 2025 2 edizioni</p>  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 4</b>             | <b>PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | WHP2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Progetto Gaia-Ergon -consapevolezza globale e benessere psicofisico  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Favorire il miglioramento del benessere psicofisico del dipendente   |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 15/20 persone) in 4 incontri di 4 ore ciascuno.</p> <p>Razionale: Il Progetto Gaia-Ergon promosso da ASL 3 è uno strumento formativo fondamentale per la diffusione della cultura della sicurezza e della consapevolezza dei comportamenti sicuri. Si tratta di un percorso di educazione alla consapevolezza globale e alla salute psicofisica ideato e sviluppato da un'equipe di docenti, professori universitari, educatori, psicologi e medici (Programma finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 12, comma 3, lett f), legge 7 dicembre 2000, n.383, in collaborazione con la Federazione Italiana Club e Centri UNESCO).</p> <p>Il progetto, sulla base del Protocollo PMP (Mindfulness Psychosomatic Protocol), utilizza le più efficaci pratiche di consapevolezza di sé, di benessere psicofisico e di intelligenza emotiva per permettere ai partecipanti di attivare le risorse personali e di migliorare la fiducia in se stessi in modo da relazionarsi positivamente con gli altri e con la società in trasformazione. Il protocollo può rappresentare una soluzione organizzativa o procedurale coerente con la normativa vigente (D.Lgs 81/2008) e con le norme di buona pratica, adottate volontariamente dalle aziende e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro e come strumento di prevenzione e gestione dello stress lavoro –correlato.</p> <p>Gli effetti delle pratiche di consapevolezza utilizzate nel Progetto Gaia - Ergon sono state validate scientificamente da numerose ricerche psicologiche e cliniche internazionali che provano l'efficacia di queste pratiche per la riduzione dello stress, dell'ansia e della depressione, per il miglioramento del benessere psicofisico, della stima di sé e anche per il miglioramento dell'attenzione, della concentrazione e del rendimento lavorativo.</p> |
| <b>Attori</b>                  | <p>Docenti: operatori di ASL 3 con personali competenze nel campo</p> <p>Discenti: tutti i dipendenti di ASL 3</p>   |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello</p> <p>Anno 2024 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello</p> <p>Anno 2025 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello</p>  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>AZIONE N. 5</b>             | <b>PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO COMPORAMENTI SANI: L'UTILIZZO DELLA VOCE</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: diamo voce al benessere e benessere alla voce  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3  |
| <b>Obiettivo</b>               | Promuovere comportamenti e stili di vita sani per quanto riguarda l'apparato fonatorio  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 15/20 persone).<br>Razionale: La voce non è solo il prodotto della vibrazione delle corde vocali, ma è il risultato della coordinazione tra tutte le parti dell'apparato pneumo-fono-articolatorio. Il modo con cui ne facciamo uso scaturisce dalla nostra storia personale, dalle relazioni familiari, esprime la nostra personalità, i nostri stati d'animo, veicola le nostre emozioni. La voce ha un ruolo fondamentale nella comunicazione tra gli esseri umani ed è strumento da conoscere, modulare e sapere preservare soprattutto nelle professioni di aiuto. La voce è anche piacere, arte, creatività, gioco. Nell'ambito dei corsi di promozione della salute sul luogo di lavoro il presente evento formativo intende fornire elementi di corretto utilizzo della voce (eufonia), e proporre la voce stessa come strumento di benessere psicofisico e relazionale. |
| <b>Attori</b>                  | Docenti: LOGOPEDISTE di ASL 3<br>Discenti: tutti i dipendenti di ASL 3  |
| <b>Tempi</b>                   | Anno 2023 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello<br>Anno 2024 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello<br>Anno 2025 2 edizioni di 1 livello e 2 di 2 livello  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 6</b>             | <b>PROMOZIONE DI SANI COMPORAMENTI ALIMENTARI</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Mangio sano, mi voglio bene   |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Promuovere comportamenti e sani stili di vita per quanto riguarda l'alimentazione  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Corso di formazione rivolto ai dipendenti (gruppi da 15/20 persone).<br/> Razionale: Una corretta alimentazione (ricca di frutta, verdura, variata, bilanciata, con un adeguato consumo di cereali e legumi) protegge dalla comparsa di diverse patologie, in particolare alcuni tipi di tumori e malattie cardiovascolari e aiuta a mantenere il peso corporeo nella norma.</p> <p>Per mantenersi in salute e in forma bisogna essere attivi tutti i giorni ed alimentarsi in modo adeguato dal punto di vista nutrizionale sia sul piano QUALITATIVO che QUANTITATIVO.</p> <p>Il presente corso si inserisce fra le azioni di Promozione della salute sul luogo di lavoro e costituisce una delle azioni messe in campo per favorire negli operatori l'adozione di sani stili di vita. In particolare in questo evento ci si propone di sensibilizzare gli operatori nella speranza di favorire negli stessi una alimentazione più sana e</p> |
| <b>Attori</b>                  | <p>Docenti nutrizionisti e dietisti di ASL 3</p> <p>Discenti tutti i dipendenti di ASL 3</p>   |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023 4 edizioni</p> <p>Anno 2024 4 edizioni</p> <p>Anno 2025 4 edizioni</p>  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 7</b>             | <b>MARKETING SOCIALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LUOGO DI LAVORO</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: il marketing sociale e strategie di comunicazione efficace per la promozione della salute   |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Promozione dell'autonomia decisionale dei dipendenti attraverso l'utilizzo delle tecniche di marketing sociale in ambito sanitario   |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Corso di formazione regionale rivolto a dipendenti delle ASL liguri dei settori che si occupano della promozione della salute sul luogo di lavoro.</p> <p>Razionale: L'importanza dell'applicazione del Marketing sociale alla Promozione della Salute è testimoniata dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (2006). Grazie infatti all'utilizzo delle tecniche del marketing sociale vengono favoriti l'adozione di sani stili di vita e lo stesso dipendente aziendale sarà più consapevole degli strumenti disponibili, in un approccio di carattere informativo-educativo, che gli permetterà di individuare in ambito sanitario scelte e prestazioni più appropriate per i cittadini al fine di ottenere un vantaggio per tutta la società.</p> <p>La finalità del corso è quindi quella di trasferire ai partecipanti le competenze base per l'elaborazione di una strategia volta a</p> |
| <b>Attori</b>                  | <p>Docenti: Esperti di marketing sociale.</p> <p>Discenti: tutti i dipendenti di ASL 3</p>   |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023 laboratori</p> <p>Anno 2024 laboratori</p> <p>Anno 2025 laboratori</p>  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 8</b>             | <b>PREVENZIONE, GESTIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI IN SANITÀ</b>   |
| <b>Titolo</b>                  | <b>Prevenzione, gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori in sanità</b>   |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Sviluppare nei discenti competenze nella prevenzione e gestione della violenza nel luogo di lavoro e introdurre modifiche organizzative  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>La violenza sul posto di lavoro comprende generalmente gli insulti, le minacce o le forme di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di un individuo. "La violenza sul lavoro può essere fisica, psicologica e sessuale. A livello europeo, la prevenzione e la gestione della violenza fisica e morale sul luogo di lavoro è stata espressamente disciplinata nell'ambito dell'Accordo quadro sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro dell'8 novembre 2007.</p> <p>Il fenomeno delle aggressioni e della violenza è costantemente mappato dalle statistiche ed è dunque possibile conoscerne bene le dimensioni, sin dal 2002 viene descritto dall'OMS come "il più importante fattore di rischio professionale per la salute degli operatori sanitari".</p> <p>Di tale evidenza ha preso atto il Ministero della Salute con la raccomandazione n. 8 del 2007, <b>Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</b>, che disciplina la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio da violenza e da atti criminosi di terzi nel settore sanitario e <b>l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono</b>. Ne sono interessati tutti gli operatori (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) e tutte le attività svolte durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari; esse sono volte a prevenire i seguenti tipi di eventi: <b>uso di espressioni verbali aggressive; molestie; impiego di gesti violenti; minaccia; spinta; uso di arma; contatto fisico; lesione e/o morte</b>.</p> <p>Il verificarsi di tali eventi, configura nell'ambiente di lavoro, la presenza di una condizione di rischio e di vulnerabilità e indica la necessità di mettere in atto opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'Organizzazione Sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune.</p> <p>A tal fine le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza di cui la formazione del personale rappresenta una delle strategie più importanti da attuare.</p> <p>A livello nazionale La Legge n. 113/2020 ha previsto l'introduzione di varie misure a tutela dei sanitari, sia sanzionatorie - penali e amministrative - che educative e preventive.</p> <p>Nel 2023 come da programma è prevista la riedizione del corso aumentando il numero delle edizioni da 4 a 6, inoltre, anche in risposta alla normativa vigente, sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ufficializzazione del Verbale di Audit proposto dal Servizio Prevenzione Protezione.</li> <li>• Aggiornamento della scheda di segnalazione degli episodi di violenza.</li> <li>• Revisione della procedura violenza a danno degli operatori con il nuovo gruppo di lavoro aggiornato anche nei componenti.</li> <li>• Stipula di specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento come previsto dall'art.7 dalla Legge n. 113/2020</li> </ul> |
| <b>Attori</b>                  | Attori: operatori di ASL 3 con personali competenze nel campo -Destinatari: tutti i dipendenti di ASL3   |
| <b>Tempi</b>                   | <p>Anno 2023: 6 edizioni del corso di formazione e le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ufficializzazione del Verbale di Audit proposto dal Servizio Prevenzione Protezione.</li> <li>• Aggiornamento della scheda di segnalazione degli episodi di violenza.</li> <li>• Revisione della procedura violenza a danno degli operatori con il nuovo gruppo di lavoro aggiornato anche nei componenti.</li> <li>• Stipula di specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento come previsto dall'art.7 dalla Legge n. 113/2020</li> </ul> <p>Anno 2024 4 edizioni del corso –</p> <p>Anno 2025: 4 edizioni del corso</p>  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>AZIONE N. 9</b>             | <b>PREVENZIONE DEI RISCHI PSICOSOCIALI SUL LAVORO</b>   |
| <b>Titolo</b>                  | <b>Rischi psicosociali in ambito sanitario-assistenziale: strumenti per la gestione dello stress lavoro correlato</b>   |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3  |
| <b>Obiettivo</b>               | Promuovere comportamenti per ridurre il rischio da stress lavoro correlato  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>La maggior parte degli interventi progettati per migliorare il rapporto individuo-contesto del lavoro, in riferimento alle variabili di tipo organizzativo e psicosociale, vanno ricondotti, principalmente, alla ricerca sullo stress lavoro correlato. Coerentemente con gli aspetti considerati determinati dal modello – stressors ambientali da un lato, valutazioni e reazioni soggettive dall'altro- gli interventi sono suddivisi in tre livelli principali: <b>il livello individuale, l'interfaccia individuo – organizzazione e il livello organizzativo.</b></p> <p><b>A livello organizzativo</b> essi puntano a individuare fattori lavorativi che causano stress e a intervenire sul cambiamento della struttura e delle pratiche organizzative, dei fattori fisici e ambientali (job design, ristrutturazione dell'organizzazione del lavoro e delle condizioni del lavoro, la formazione e lo sviluppo organizzativo.</p> <p>A livello dell'interfaccia <b>individuo-organizzazione</b> gli interventi mirano a migliorare l'adattamento persona-ambiente e le relazioni sul lavoro. I contenuti vanno alla modifica del carico di lavoro e del livello di autonomia lavorativa al grado di partecipazione e alle relazioni tra colleghi.</p> <p><b>A livello individuale</b> gli interventi si propongono il potenziamento delle risorse dell'individuo per un fronteggiamento dello stress. Si elaborano proposte di aiuto ai dipendenti in ambiti quali le abilità di coping o la gestione di tecniche per la riduzione dei sintomi dello stress.</p> <p>In questo panorama, gli interventi proposti dall'Azienda e dal SPP, si strutturano in alcune azioni di supporto inserite soprattutto <b>nell'interfaccia individuo e organizzazione e livello individuale.</b></p> <p>La maggior parte degli interventi progettati per migliorare il rapporto individuo-contesto di lavoro, in riferimento a variabili di tipo organizzativo e psicosociale, vanno ricondotti, principalmente, alla ricerca sullo stress lavorativo.</p> <p>Sempre di più ci rendiamo conto che esistono nuovi scenari organizzativi e istituzionali che caratterizzano i "luoghi della cura" della società contemporanea ed è importante esaminare la collocazione degli operatori nella visione della salute e della malattia. Ormai è vasta la letteratura in merito al Burn Out, termine utilizzato per definire una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nelle professioni sanitarie (helping profession), ossia professioni nelle quali il rapporto con la persona ha un'importanza centrale.</p> <p>È di rilievo il processo di "<i>promozione della salute</i>" che l'OMS (1984) ha definito <i>empowerment</i>, con cui implementare la gestione consapevole, da parte dell'individuo, delle proprie condizioni di benessere (e/o disagio) e il controllo del proprio stile di vita. Nel 2023 è prevista la realizzazione di 4 edizioni di un corso sui rischi psicosociali in ambito assistenziale con focus specifico sulla comunicazione e sulla gestione dei conflitti.</p> <p>La mancata gestione dei conflitti in una struttura/servizio può avere ricadute su tutta la struttura e produrre effetti che si riflettono sull'intero sistema. In alcuni casi queste ricadute possono coinvolgere anche i pazienti favorendo le disattenzioni e il verificarsi di errori terapeutici. Questa azione è volta a promuovere la creazione di un ambiente di lavoro sano.</p> |
| <b>Attori</b>                  | Attori: operatori di ASL 3 con personali competenze nel campo<br>Destinatari: tutti i dipendenti di ASL 3   |
| <b>Tempi</b>                   | Anno 2023 4 edizioni<br>Anno 2024 4 edizioni<br>Anno 2025 4 edizioni  |



|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 10</b>            | <b>AZIONI IN TEMA WHP E MEDICINA PREVENTIVA</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | <b>WHP 2023 Medicina preventiva: Minimal Advice per la promozione di sani stili di vita</b>  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Promozione di sani stili di vita   |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | L'azione parte dalla formazione regionale rivolta ai Medici Competenti e / o agli operatori della Medicina preventiva per inserire il Minimal Advice nelle visite di sorveglianza sanitaria periodiche per successiva applicazione e sperimentazione |
| <b>Attori</b>                  | Medici competenti operatori dei servizi di Medicina Preventiva, Dipartimento di Prevenzione e lavoratori   |
| <b>Tempi</b>                   | Anno 2023 1 edizione<br>Anno 2024 1 edizione<br>Anno 2025 1 edizione   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 11</b>            | <b>FORMAZIONE IN TEMA WHP E BENESSERE ORGANIZZATIVO:<br/>WORKING IN PROGRESS</b>   |
| <b>Titolo</b>                  | <b>WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: potenziare il senso della comunità</b>   |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL3   |
| <b>Obiettivo</b>               | Promozione del benessere psicofisico del lavoratore  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | <p>Il senso di comunità è utilizzato per descrivere la qualità del legame fra le persone e la comunità di appartenenza (McMillan e Chavis, 1986), sia essa di tipo territoriale (paese, quartiere, comunità locale) o di natura diversa (riferita a organizzazioni produttive, alla scuola, etc.). In questo caso l'applicazione del concetto di "comunità" è ritenuto utile per cogliere la qualità dei legami e delle relazioni instaurate nel contesto dell'azienda e con le diverse sue componenti. Le persone trascorrono gran parte della loro vita quotidiana nel luogo di lavoro e tale presenza è fonte d'identificazione, appartenenza, costruzione di significati e valori, benessere o personale: l'organizzazione lavorativa può giungere a rappresentare per i dipendenti un nucleo organizzatore centrale per la propria esistenza, portando ordine, struttura e significato alla vita quotidiana.</p> <p>Recentemente, alcuni studi hanno indagato il senso di comunità riferito alle organizzazioni produttive (ad esempio Burroughs ed Eby, 1998) e formulato una definizione partendo dal presupposto che il senso di comunità organizzativo consista nei seguenti fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• senso di appartenenza, il sentimento di essere parte della comunità, che si accompagna alla percezione di sicurezza e di fiducia che nascono dalla conoscenza reciproca fra i membri;</li> <li>• co-worker support, il grado d'influenza che il singolo ha sulle attività di gruppo. Riguarda la percezione delle opportunità di lavorare con altri, avere un ruolo nei processi decisionali ed esprimere liberamente le proprie idee;</li> <li>• team orientation, il riconoscimento dei contributi e dei risultati di tutti, la percezione che le attività del gruppo siano importanti;</li> <li>• sicurezza emotiva.</li> </ul> <p>Partendo dalle risultanze della valutazione preliminare dello stress lavoro correlato ci si propone di modulare un corso che abbia un core basato sul potenziamento del "senso della comunità"</p> <p>Nel 2023, partendo dalle risultanze sullo stress lavoro-correlato, sono previsti due eventi formativi: uno volto alla promozione della salute nei luoghi di lavoro con focus sul potenziamento del senso di comunità e uno volto alla promozione del benessere organizzativo sul luogo di lavoro (strategie e strumenti per l'empowerment individuale)</p> |
| <b>Attori</b>                  | Docenti: operatori di ASL 3 con personali competenze nel campo e docenti esterni-<br>Discenti: tutti i dipendenti di ASL 3   |
| <b>Tempi</b>                   | Anno 2023 1 edizione con focus sul potenziamento del senso di comunità e 1 edizione con focus sul benessere organizzativo sul luogo di lavoro<br>Anno 2024 1 edizione<br>Anno 2025 1 edizione  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>AZIONE N. 12</b>            | <b>ENPOWERMENT DELLA PERSONA PER RENDERLA PROTAGONISTA DELLE PROPRIE SCELTE DI SALUTE E BENESSERE</b>  |
| <b>Titolo</b>                  | <b>WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: contrasto alle dipendenze</b>  |
| <b>Destinatari</b>             | Dipendenti di ASL 3  |
| <b>Obiettivo</b>               | Sviluppare competenze nel campo delle life skills per rendere consapevoli le persone nelle proprie scelte comportamentali di vita  |
| <b>Descrizione dell'azione</b> | In questo campo verranno messe in atto una serie di interventi formativi e iniziative rivolte ai lavoratori sul contrasto alle dipendenze attraverso lo sviluppo dell'empowerment individuale e di comunità. |
| <b>Attori</b>                  | SERD di ASL 3  |
| <b>Tempi</b>                   | Anno 2023 1 edizione<br>Anno 2024 1 edizione<br>Anno 2025 1 edizione   |



***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale  
Umano***

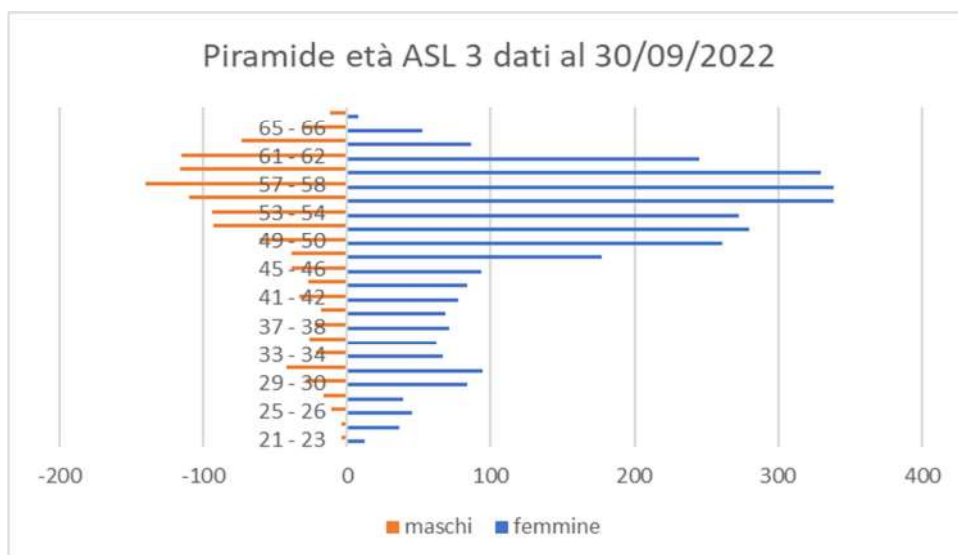
***Sottosezione di programmazione  
Piano Triennale dei fabbisogni  
del Personale***

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - *Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale*

**Analisi di Contesto - Personale**

L'Azienda Sociosanitaria ASL 3 ha 4.400 dipendenti di cui 3.222 donne e 1.178 uomini (dato al 30/09/2022)

In azienda ci sono 376 rapporti di lavoro part time di cui 348 assegnati a personale femminile e 28 a personale maschile. L'età media dei dipendenti è di 50,77, la sottostante piramide delle età mostra che la maggior numerosità del personale nella fascia tra i 52 e i 53 anni di età.



L'età  
media

**Di seguito il dettaglio dell'età media aziendale ripartito per tipologia di contratto**

si è

| CONTRATTO   | ETA' MEDIA (dato al 30/09/2022) |
|---|---------------------------------|
| Personale dirigenza sanitaria                                 | 51,15                           |
| Personale dirigenza Professionale<br>Tecnica e Amministrativa | 54,92                           |
| Personale del comparto  | 50,66                           |
| MEDIA ASL 3   | 50,77                           |

lievemente innalzata per effetto delle nuove assunzioni in tutte le categorie di personale.

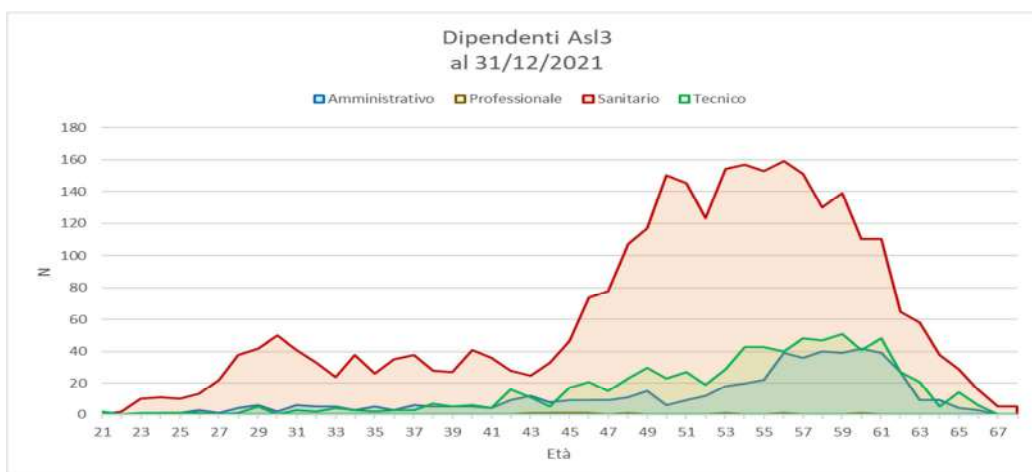
### **Andamento personale in ASL 3**

| Ruolo                    | Dipendenti al<br>31/12/2018 | Dipendenti al<br>31/12/2019 | Dipendenti al<br>31/12/2020 | Differenza<br>2021 - 2020 | Dipendenti al<br>31/12/2021 | Differenza<br>2021 - 2018 |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Comparto Amministrativo  | 566                         | 528                         | 492                         | +20                       | 512                         | -54                       |
| Dirigente Amministrativo | 16                          | 16                          | 14                          | 0                         | 14                          | -2                        |
| Comparto Sanitario       | 2.310                       | 2.287                       | 2.295                       | -41                       | 2.254                       | -56                       |
| Dirigente Sanitario      | 111                         | 109                         | 114                         | -6                        | 108                         | -3                        |
| Dirigente Medico         | 621                         | 632                         | 618                         | -29                       | 589                         | -32                       |
| Dirigente Veterinario    | 18                          | 17                          | 16                          | +4                        | 20                          | +2                        |
| Comparto Tecnico         | 810                         | 784                         | 765                         | -43                       | 722                         | -88                       |
| Dirigente Tecnico        | 3                           | 3                           | 2                           | 0                         | 2                           | -1                        |
| Dirigente Professionale  | 10                          | 13                          | 10                          | -2                        | 8                           | -2                        |
| <b>Totale</b>            | <b>4.465</b>                | <b>4.389</b>                | <b>4.326</b>                | <b>-97</b>                | <b>4.229</b>                | <b>-236</b>               |

| Ruolo          | Dipendenti<br>al<br>31/12/2018 | Differen-<br>za 2019 -<br>2018 | Dipendenti<br>al<br>31/12/2019 | Differenza<br>2020 -<br>2019 | Dipendenti<br>al<br>31/12/2020 | Differenza<br>2021 -<br>2020 | Dipendenti<br>al<br>31/12/2021 | Differenza<br>2021 - 2018 |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Amministrativo | 582                            | -38                            | 544                            | -38                          | 506                            | +20                          | 526                            | -56                       |
| Sanitario      | 3.060                          | -15                            | 3.045                          | -2                           | 3.043                          | -72                          | 2.971                          | -89                       |
| Tecnico        | 813                            | -26                            | 787                            | -20                          | 767                            | -43                          | 724                            | -89                       |
| Professionale  | 10                             | +3                             | 13                             | -3                           | 10                             | -2                           | 8                              | -2                        |
| <b>Totale</b>  | <b>4.465</b>                   | <b>-76</b>                     | <b>4.389</b>                   | <b>-63</b>                   | <b>4.326</b>                   | <b>-97</b>                   | <b>4.229</b>                   | <b>-236</b>               |

Da queste tabelle risulta evidente la diminuzione del personale soprattutto di quello sanitario. Particolarmente critica la situazione dei medici di Pronto Soccorso (carenti su tutto il territorio nazionale). Le motivazioni alla base del fenomeno riguardano sia la scarsa affluenza alle scuole di specializzazione (-50% dei contratti di specializzazione in emergenza urgenza nell'anno 2022), sia l'altissimo rischio professionale (le polizze degli urgentisti, insieme a quelle degli ortopedici e dei ginecologi hanno il premio più alto in assoluto), sia le condizioni di lavoro (turni h 24), che rendono il lavoro del medico di Pronto Soccorso altamente stressante e scarsamente remunerativo.

La bozza di CCNL del personale sanitario non sembrerebbe affrontare, né tantomeno, risolvere, i problemi di carenza del personale di Pronto Soccorso. Regione Liguria, analogamente a quanto già fatto da altre regioni, ha adottato una soluzione tampone, incrementando il valore del gettone a 100,00 € lordi/ora: anche tale soluzione, tuttavia, non può che essere temporanea, in quanto non risolve i problemi strutturali a monte. Ciò anche al fine di evitare il ricorso ad affidamenti a cooperative private, che sono state oggetto di indagini da parte delle Autorità competenti in ordine alle criticità organizzative e per i maggiori oneri a carico delle Strutture Sanitarie. Da segnalare, infine, l'età media che piuttosto elevata del personale sanitario.



Da segnalare anche la diminuzione dei medici di base che può determinare un impatto negativo sui servizi e sulla presa in carico. Basti pensare al numero di cittadini chiamati a rinnovare la scelta del proprio medico di famiglia nel caso di congedo di quest'ultimo. Il 2022 ha visto ulteriormente peggiorare la situazione a causa della difficoltà a reperire professionisti sul territorio (criticità riscontrate su tutto il territorio nazionale):

| Distretto                                    | Medico generico (MMG)  |                        |                         |                        | Medico pediatra (PLS)  |                        |                         |                        |
|--|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
|  | Presente al 01/01/2020 | Presente al 01/01/2021 | Differenza 2021 vs 2020 | Presente al 01/01/2022 | Presente al 01/01/2020 | Presente al 01/01/2021 | Differenza 2021 vs 2020 | Presente al 01/01/2022 |
| Distretto 8 - Ponente                        | 62                     | 62                     | -4                      | 58                     | 7                      | 7                      | +1                      | 8                      |
| Distretto 9 - Medio ponente                  | 90                     | 84                     | -6                      | 78                     | 13                     | 13                     | +2                      | 15                     |
| Distretto 10 - Val Polcevera e Valle Scrivia | 74                     | 67                     | -2                      | 65                     | 9                      | 11                     | -1                      | 10                     |
| Distretto 11 - Centro                        | 121                    | 116                    | -1                      | 115                    | 20                     | 20                     | -1                      | 19                     |
| Distretto 12 - Val Bisagno e Val Trebbia     | 109                    | 109                    | -3                      | 106                    | 14                     | 13                     | +1                      | 14                     |
| Distretto 13 - Levante                       | 58                     | 60                     | -2                      | 58                     | 11                     | 10                     | +1                      | 11                     |
| Totale                                       | 514                    | 498                    | -18                     | 480                    | 74                     | 74                     | +3                      | 77                     |

## Piano triennale dei fabbisogni di personale

La predisposizione del Piano triennale dei fabbisogni del personale è prescritta 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*”.

Si tratta di uno strumento strategico e programmatico atto a individuare le esigenze di personale in relazione agli obiettivi di performance e alle funzioni istituzionali aziendali, al fine di garantire efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

All'interno del piano sono indicate le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, nei limiti della spesa per il personale e delle facoltà assunzionali previste dalla vigente normativa.

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021, “*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*” convertito con modificazioni dalla legge 113/2021, è prevista la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni e la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione.

Infatti, ai sensi dell'articolo 6 comma 2 del citato decreto, il Piano integrato delle attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: “*compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale*”.



*conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”.*

Al fine di dare applicazione a quanto sopra esposto, è necessario premettere che il tetto di spesa per il personale per l'anno 2022 è stato quantificato con delibera Giunta Regionale n. 147/del 04.03.2022 in € 220.629.000,00 mentre alla data di redazione del presente Piano non sono state ancora definite le risorse per l'anno 2023.

Il quadro previsionale ha come obiettivo quello di definire il fabbisogno dell'Azienda per il 2023, tenuto conto delle indicazioni regionali e della programmazione aziendale.

Il piano sarà suscettibile di modificazioni e integrazioni, anche a breve termine, sulla base di eventuali 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.

Il criterio posto alla base della predisposizione del documento è quello di una prima analisi del fabbisogno di risorse annualmente disponibili, tenuto conto dei pensionamenti previsti o prevedibili e, tenendo conto dei vincoli finanziari, quantificare le risorse necessarie alle assunzioni al fine di far fronte ai fabbisogni. Tale ultimo dato deriva dall'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali, ovviamente rivolte in maniera preponderante verso le attività sanitarie legate ai fabbisogni della popolazione.

#### CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 31/12/2022

L'anno 2022 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 4.375 dipendenti.

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza ha rispettato i limiti di spesa di cui alla D.G.R. 147/2022.

#### SITUAZIONE ASSUNTI / CESSATI 2022

Il dato assunzionale 2022, riferito a personale a tempo indeterminato e a tempo determinato, comprese assunzioni ex art. 2 ter DL 18/2020 e con esclusione dei contratti co.co.co. e co.li.pro., è pari a complessive 631 unità. Nel corso dello stesso anno, le cessazioni sono state complessivamente pari a 433 unità.

Per l'anno 2023, considerate le carenze di personale, con particolare riferimento all'area sanitaria e sociosanitaria e alle collegate necessità di ripresa dell'attività ordinaria, saranno attivate le procedure assunzionali, in base alle richieste che perverranno dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Sociosanitaria.

A titolo esemplificativo si elencano infra le principali procedure assunzionali previste.

#### SITUAZIONE PREVISIONALE CONCORSI 2023

Si segnalano di seguito i principali concorsi / avvisi in fase di espletamento, che potranno essere successivamente implementati.

➤ Strutture complesse

L'Azienda ha previsto l'avvio di n. 8 selezioni per Direttore di Struttura Complessa in area sanitaria nel corso dell'anno 2023. Le selezioni da avviare saranno comunque meglio definite a seguito dell'adottando Atto Aziendale.

➤ Concorsi in atto

- Dirigenza

1. Dirigente Medico Oftalmologia
2. Dirigente Medico Urologia
3. Dirigente Medico Medicina Del Lavoro
4. Dirigente Medico Medicina Accettazione Ed Urgenza
5. Dirigente medico anestesia e rianimazione

➤ In fase di predisposizione e adozione bandi dirigenza

1. Dirigente medico igiene e sanità pubblica;
2. Dirigente medico psichiatria;
3. Psicologo/psicoterapeuta;
4. Dirigente medico nefrologia;
5. Dirigente medico cure palliative;
6. Dirigente medico per la SC IAN;
7. Dirigente medico Orl;
8. Dirigente medico DMPO;
9. Dirigente medico per SC Igiene e medicina preventiva
10. Dirigente medico disciplina gastroenterologia

- Concorsi in atto comparto

1. Logopedista
2. Assistenti Amministrativi cat. C
3. Assistenti Sociali
4. Fisioterapisti

➤ Assunzioni riferite a particolari normative:

Sono previste assunzioni di coadiutori amministrativi tramite l'utilizzo di graduatorie del centro per l'impiego legge 56/87, di assegnazioni temporanee ex D. Lgs. 151/2001. Sono inoltre previste assunzioni secondo le esigenze derivanti dal P.I.D.

➤ Scorrimento graduatorie

- Dirigenza

1. neuropsichiatria infantile
2. psichiatria
3. Medicina interna
4. veterinari
5. chirurgia plastica
6. farmacia ospedaliera
7. cardiologia
8. reumatologia
9. endocrinologia

- Comparto

1. Collaboratori Informatici;
2. Ostetriche
3. Operatori Socio Sanitari

4. Tecnici Sanitari Radiologia Medica
5. Infermieri
6. Ingegneri gestionali
7. Periti
8. Geometri
9. Collaboratori amministrativi
10. Assistenti sanitari
11. Tecnici sanitari di laboratorio biomedico
12. Tecnici della prevenzione

➤ Tempo determinato

• Dirigenza

1. Medicina nucleare

• Comparto

1. Ostetriche
2. Educatori professionali
3. Fisioterapisti
4. Assistenti sociali
5. Tecnici Prevenzione

➤ Mobilità

• Dirigenza

1. Geriatria
2. Dirigente infermieristico territorio

Sono inoltre previste ulteriori assunzioni di personale in Area Amministrativa con utilizzo graduatorie e procedure concorsuali, come da prospetto allegato.

Sono altresì previste assunzioni con contratti co.co.co. e co.li.pro., in base a specifiche esigenze indicate dalle direzioni competenti, sulla base di quanto consentito dalle vigenti normative in materia.

#### SITUAZIONE PREVISIONALE INCARICHI PERSONALE SUMAI

Si procederà alla contrattualizzazione del personale SUMAI secondo le necessità e le esigenze che saranno rappresentate dalle competenti Direzioni Sanitaria e Sociosanitaria.

#### QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2023

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per l'anno 2023, richiamate le modalità di assunzione sopra riportate, lo stesso è stato elaborato così come risulta dal prospetto riepilogativo sottostante, considerate anche le cessazioni già previste e preventivabili.

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni 2024-2025 verrà elaborato in via di previsione sulla base dei dati storici delle cessazioni degli ultimi anni, prevedendo un allineamento tra cessazioni e assunzioni.

Per quanto concerne i costi si stima un sostanziale mantenimento della spesa storica, incrementata dalle applicazioni contrattuali di riferimento.

Di seguito lo schema FTE anno 2023.

| QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2023 |   |                         | AZIENDA/E.O./I.R.C.C.S. ASL3 - REGIONE LIGURIA |                 |                                |                                |      |
|---|---|-------------------------|--|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|------|
| C.C.N.L.  | Profilo professionale                             | Dotazione 2022 (in FTE) | Cessazioni 2023                                | Assunzioni 2023 | Dotazione prevista per il 2023 | Dotazione prevista per il 2023 | NOTE |
|   |   |                         | n. unità                                       | n. unità        | (n. unità)                     | (in FTE)                       |      |
| <b>RIEPILOGO GENERALE</b>                           |   |                         |  |                 |                                |                                |      |
| <b>DIRIGENZA</b>                                    | Dirigenza Medica                                  | 599.98                  | 38   | 235             | 811                            | 785.53                         |      |
|   | Dirigenza Veterinaria                             | 18.98                   | 1  | 10              | 27                             | 22.01                          |      |
|   | Dirigenza Sanitaria                               | 109.29                  | 11   | 70              | 170                            | 120.13                         |      |
|   | Dirigenza PTA                                     | 26.32                   | 1  | 21              | 49                             | 51.02                          |      |
|   | <b>TOTALE DIRIGENZA</b>                           | <b>754.57</b>           | <b>51</b>                                      | <b>336</b>      | <b>1057</b>                    | <b>978.69</b>                  |      |
| <b>COMPARTO</b>                                     | Personale Infermieristico                         | 1677.10                 | 113  | 278             | 1861                           | 1783.64                        |      |
|   | Personale tecnico - sanitario                     | 175.40                  | 7  | 21              | 189                            | 178.36                         |      |
|   | Personale riabilitazione                          | 260.44                  | 17   | 176             | 429                            | 319.16                         |      |
|   | Assistenti sociali                                | 39.53                   | 2  | 46              | 86                             | 75.86                          |      |
|   | Personale della prevenzione                       | 110.31                  | 9  | 87              | 193                            | 148.24                         |      |
|   | Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.) | 257.38                  | 13   | 77              | 320                            | 267.21                         |      |
|   | O.S.S. e O.T.A.                                   | 501.76                  | 125  | 143             | 565                            | 545.28                         |      |
|   | Personale amministrativo                          | 501.38                  | 25   | 144             | 621                            | 545.99                         |      |
| <b>TOTALE COMPARTO</b>                              | <b>3523.30</b>                                    | <b>311</b>              | <b>972</b>                                     | <b>4264</b>     | <b>3863.74</b>                 |                                |      |
| <b>TOTALE GENERALE</b>                              | <b>4277.87</b>                                    | <b>362</b>              | <b>1308</b>                                    | <b>5321</b>     | <b>4842.43</b>                 |                                |      |



## ***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano***

### ***Sottosezione di programmazione Formazione Risorse Umane***

## Sottosezione di programmazione – Piano formativo

L’Azienda, tramite la S.C. Aggiornamento e Formazione, contribuisce a garantire al proprio personale sanitario il conseguimento dei crediti normativamente previsti.

Annualmente viene approvato il **Piano Formativo Aziendale**, recante eventi sia per il personale sanitario sia non sanitario. Per il 2023, con deliberazione n. 604/2022 sono state pianificate per il 2023 le attività formative nelle diverse modalità erogative (residenziale, FAD, formazione sul campo, blended) per i dipendenti dell’Azienda, sulla base degli obiettivi strategici assegnati alla Direzione aziendale, delle indicazioni di cui alla Deliberazione Alisa n. 167/2020 e delle indicazioni pervenute dai Referenti Aziendali per la Formazione (RAF) in ultimo individuati con determinazione n. 2354/2022.

Obiettivi e risultati attesi dell’azione formativa

Con la medesima deliberazione n. 604/2022 è stato assegnato il budget 2023, oltreché per la formazione residenziale dei dipendenti, anche per l’aggiornamento in esterno e per il Corso di Laurea in Infermieristica in Convenzione con l’Università di Genova.

Di seguito la sintesi della spesa autorizzata per l’anno 2023:

| <b>BUDGET FORMAZIONE<br/>2023</b>     |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| FORMAZIONE INTERNA                    | €360.000,00       |
| FORMAZIONE ESTERNA                    | €80.000,00        |
| CORSO DI LAUREA IN<br>INFERMIERISTICA | €40.000,00        |
| <b>TOTALE</b>                         | <b>€480.00,00</b> |

Il Piano Formativo Aziendale è formulato in base alle indicazioni che tengono conto di:

- riferimenti a vincoli di natura normativa e/o contrattuale;
- coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale individuati da Regione Liguria e da A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria), in ultimo rivisti con la sopra richiamata Deliberazione di Alisa n. 167 del 13.05.2020;
- obiettivi assegnati al Direttore Generale di Asl3;
- indirizzi strategici della Direzione aziendale;
- esigenze manifestate dalle singole Strutture aziendali tramite i singoli Responsabili e/o tramite i Referenti Aziendali Formazione (RAF).

### Strumenti e risorse attivabili

Gli eventi organizzati che rientrano nel programma ECM (Educazione Continua in Medicina) appartengono alle categorie qui di seguito riportate:

- Attività formative residenziali (RES)
- Attività formative a distanza (FAD)

- Formazione sul campo (FSC) che prevede diverse modalità di accreditamento:
  - Training individualizzato
  - Gruppi di miglioramento
  - Attività di ricerca
1. Formazione Mista (BLENDED) che prevede l'integrazione tra diverse tipologie di formazione all'interno dello stesso percorso formativo.

I Referenti Aziendali per la Formazione, sia per la Dirigenza che per il Comparto, sono stati in ultimo individuati con Determinazione dirigenziale n. 2354 del 25.11.2022 ed hanno il precipuo compito di rilevare le esigenze formative delle strutture di afferenza.

Per la stesura definitiva del Piano Formativo Aziendale, la S.C. Aggiornamento e Formazione effettua una valutazione d'insieme delle proposte espresse dalle singole strutture aziendali, prevedendo le adeguate metodologie erogative diversificate e definendo in quali delle tre aree previste dalla normativa di riferimento (tecnico-professionale, di sistema, di processo) rientrino gli obiettivi formativi dei singoli eventi, al fine di orientare l'integrazione degli obiettivi formativi e migliorare i risultati attesi.

Le attività previste dal Piano sono sviluppate a cura della stessa S.C. Aggiornamento e Formazione, che opera in stretta collaborazione con le singole Strutture aziendali di volta in volta interessate al progetto formativo di che trattasi.

La S.C. Aggiornamento e Formazione gestisce il processo di accreditamento degli eventi ai fini del riconoscimento dei crediti in quanto provider accreditato presso la Commissione Regionale ECM.

Asl 3 è capofila a livello regionale per la Formazione a Distanza (FAD) come da Deliberazione A.Li.Sa. n° 150 del 21/11/2017 ad oggetto «Formazione a Distanza (FAD): riorganizzazione e razionalizzazione dell'offerta nel sistema sanitario della Regione Liguria».

Tramite il portale MOODLE i dipendenti possono accedere al proprio Portfolio (Crediti ECM), implementato dal 2004. Nel 2022 è stata implementata una nuova funzionalità del sistema, tramite la quale ogni responsabile di struttura può verificare in tempo reale lo svolgimento dei corsi obbligatori da parte del personale afferente alla propria struttura. La piattaforma esterna è utilizzata anche dalle altre Azienda sanitarie regionali.

Di seguito alcuni dati relativi alla Formazione erogata a dipendenti Asl3 e soggetti terzi nell'ultimo triennio:

|   | 2019         | 2020         | 2021         |
|---|--------------|--------------|--------------|
| EVENTI FORMATIVI ECM                            | 189          | 73           | 113          |
| PARTECIPAZIONI                                  | 27.033       | 4.355        | 9.825        |
| DIPENDENTI ASL3 CHE HANNO SVOLTO ALMENO 1 CORSO | 81%<br>3.556 | 34%<br>1.498 | 63%<br>2.655 |

#### ULTERIORE ATTIVITA' FORMATIVA

- Su indicazione di Regione Liguria, Asl3 è sede del Centro regionale di formazione specifica in **Medicina generale** e del **Corso per i Medici da adibire all'Emergenza Sanitaria** Territoriale; inoltre organizza i corsi di formazione per gli operatori sociosanitari (OSS) in convenzione con diversi Enti formatori esterni e supporta (coordinamento e tutoraggio), a partire dal 3° anno, alcune Istituzioni Scolastiche Autonome (ISA) con indirizzo professionale per i servizi socio-sanitari/servizi per la sanità e l'assistenza sociale nell'erogazione dei corsi per la qualifica di Operatore Socio Sanitario dei diplomandi.

Nel 2021, per gli OSS, Regione ha anche introdotto la formazione complementare;

- Asl3 è sede del **Polo didattico del Corso di Laurea triennale in Infermieristica** in convenzione con l'Università degli Studi di Genova - Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche (Deliberazione n. 618/2019);

Inoltre Asl3:

- stipula convenzioni per lo svolgimento delle attività di **Tirocinio professionalizzante** prevalentemente degli studenti dei Corsi di laurea della scuola di scienze mediche e farmaceutiche e scienze della formazione (Deliberazione n. 605/2019);
- stipula convenzioni per lo svolgimento delle attività e prestazioni necessarie e strumentali ad assicurare la formazione specialistica delle **Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria** - Rete formativa e strutture complementari (Deliberazione n. 598/2021);



- gestisce le procedure relative all' **aggiornamento obbligatorio in esterno** e alla **concessione al personale del comparto delle 150** ore contrattualmente previste di beneficio del diritto allo studio.

Con deliberazione n. 252/2022 è stata aggiornata la procedura del **neoassunto/trasferito** che, tra l'altro, prevede l'obbligatorietà di alcuni percorsi formativi secondo le vigenti disposizioni normative.

Di seguito il Piano Formativo – anno 2023

## PIANO FORMATIVO ASL 3 - ANNO 2023

|   | STRUTTURA PROPONENTE      | REFERENTE PROGETTO FORMATIVO | TITOLO DEL CORSO | TIPOLOGIA OBIETTIVI   | MODALITA' EROGATIVA             | DESTINATARI CORSO CON CREDITI ECM   | DESTINATARI CORSO SENZA OBBLIGO ECM | N° PARTECIPANTI PER EDIZIONE                   | N° EDIZIONI | DURATA IN ORE DI OGNI EDIZIONE | ECM | DOCENTI |  |
|---|---------------------------|------------------------------|------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------|--------------------------------|-----|---------|--|
|   | <b>DIREZIONE GENERALE</b> |                              |                  |   |                                 |                                     |                                     |  |             |                                |     |         |  |
| 1 | STAFF DIREZIONE GENERALE  | SC S.P.P.                    | Tiziana Oliva    | Salute e sicurezza sul lavoro. Formazione degli operatori del ruolo sanitario, OSS e Ass. sociali | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE      | OSS ASSISTENTI SOCIALI                         | 3000        | 1                              | 16  | SI      | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 2 | STAFF DIREZIONE GENERALE  | SC S.P.P.                    | Tiziana Oliva    | Salute e sicurezza sul lavoro ruolo amministrativo e tecnico                                      | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE) |                                     | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 2000        | 1                              | 8   | NO      | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 3 | STAFF DIREZIONE GENERALE  | SC S.P.P.                    | Tiziana Oliva    | Refresh sicurezza degli operatori del ruolo sanitario, OSS e ass. sociali                         | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE      | OSS ASSISTENTI SOCIALE                         | 25          | 4                              | 6   | SI      | DOCENTI INTERNI  |
| 4 | STAFF DIREZIONE GENERALE  | SC S.P.P.                    | Tiziana Oliva    | Refresh sicurezza ruolo amministrativo e tecnico  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        |                                     | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 25          | 2                              | 6   | NO      | DOCENTI INTERNI  |

|    |                                 |           |               |   |                                 |                                    |                                |   |      |    |    |    |  |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|------|----|----|----|--|
| 5  | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Salute e sicurezza sul lavoro. Formazione Preposti  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 25   | 6  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 6  | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Prevenzione, gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori in sanità.  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 25   | 6  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 7  | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Corretto utilizzo dei DPI e igiene delle mani: prevenzione della diffusione di Sars- Cov2 e sicurezza degli operatori sanitari                          | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA                      | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS   | 3000 | 1  | 3  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 8  | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Conoscere e gestire il rischio chimico.   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS   | 25   | 4  | 4  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 9  | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Corso di primo soccorso D.M.388 del 2003  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO ASSISTENTE SOCIALE               | 20   | 4  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 10 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Rischi psicosociali in ambito sanitario-assistenziale: strumenti per la gestione dello stress lavoro correlato  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 25   | 4  | 4  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 11 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Rischi psicosociali in ambito sanitario-assistenziale: lavorare in team gestione delle dinamiche e dei conflitti  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC                                | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO ASSISTENTE SOCIALE               | 20   | 3  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 12 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Alleggerisci il carico: la movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti, strategie per prevenire e ridurre il rischio da sovraccarico biomeccanico | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                       | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 25   | 5  | 7  | si | DOCENTI INTERNI                            |
| 13 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Il Facilitatore per la prevenzione del rischio da movimentazione manuale  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)          | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 25   | 4  | 16 | si | DOCENTI INTERNI                            |
| 14 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva | Mi muovo, ti muovi in sicurezza   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA+RESIDENZIALE) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 25   | 10 | 16 | si | DOCENTI INTERNI                            |

|    |                                 |           |                 |  |                                 |                                      |                                |  |     |    |    |    |   |
|----|---------------------------------|-----------|-----------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|-----|----|----|----|---|
| 15 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Ergonomia e sicurezza nella movimentazione manuale dei carichi   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 200 | 1  | 4  | NO | DOCENTI INTERNI   |
| 16 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Salute e sicurezza sul lavoro. Formazione Dirigenti e Datori di lavoro   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 25  | 3  | 4  | SI | DOCENTI INTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                          |
| 17 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Formazione e accertamento di idoneità tecnica per addetti antincendio  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 26  | 12 | 18 | SI | DOCENTI ESTERNI, DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA', VV.FF. Com. Prov.le GE |
| 18 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Aggiornamento per addetti antincendio  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 26  | 6  | 8  | SI | ESTERNI, DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA', VV.FF. Com. Prov.le GE         |
| 19 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Applicazione operativa dei principi di sicurezza in azienda  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 20  | 3  | 3  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 20 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Aggiornamento continuo degli operatori del SPP   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC                                  | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 7   | 1  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 21 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | SC S.P.P. | Tiziana Oliva   | Luoghi di lavoro che promuovono salute: potenziare il senso della comunità                                     | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 25  | 2  | 8  | si | DOCENTI INTERNI   |
| 22 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | RPCT      | Roberto Capurro | La Legge n. 190/2012 - i piani e le misure anticorruzione  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 500 | 1  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 23 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | RPCT      | Roberto Capurro | La gestione del rischio corruzione   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 500 | 1  | 6  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 24 | <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b> | RPCT      | Roberto Capurro | Aggiornamento Linee guida ANAC in materia di conflitto di interesse ai fini della prevenzione della corruzione | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 25  | 10 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI   |

|    | DIREZIONE AMMINISTRATIVA |   |  |   |                                 |               |                                |   |     |   |   |    |                 |
|----|--------------------------|---|--|---|---------------------------------|---------------|--------------------------------|---|-----|---|---|----|-----------------|
| 25 | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. Informativi Aziendali, S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, S.C. PPC | Nataschia Massocco<br>Luisa Pareto     | Lavorare Agile (CCNL Comperto Sanità 2/11/22 Art. 80)   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA |                                | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO                        | 200 | 1 | 8 | NO | DOCENTI INTERNI |
| 26 | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. PPC   | Nataschia Massocco<br>Silvia Simonetti | Comportamento etico ed Etica pubblica (Legge 79/22 di conversione del D.L. 36/22- Art. 4 - Comma 7) | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO                        |     |   |   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 27 | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. PPC   | Nataschia Massocco<br>Silvia Simonetti | Pari Opportunità  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO                        |     |   |   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 28 | DIP. GIURIDICO           | S.C. Affari Generali  | Capurro Cesare                         | Trattamento dati personali e il regolamento europeo n. 2016/679                                     | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 500 | 1 | 8 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 29 | DIP. GIURIDICO           | S.C. Affari Generali  | Capurro Cesare                         | Trattamento dati personali e la normativa di armonizzazione   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 500 | 1 | 4 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 30 | DIP. GIURIDICO           | S.C. Aggiornamento e Formazione   | Nataschia Massocco                     | Aggiornamento continuo dei RAF  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC           | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 20  | 3 | 8 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 31 | DIP. GIURIDICO           | S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane  | Matteo Arnaldi                         | Il contratto della dirigenza sanitaria  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD SINCRONA  | DIRIGENZA SANITARIA            |   | 25  | 4 | 4 | SI | DOCENTI INTERNI |

|    |                                    |  |                     |   |                                 |                                      |                                |   |    |    |    |    |                                       |
|----|------------------------------------|--|---------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|----|----|----|----|---------------------------------------|
| 32 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Programmazione e Gestione Forniture                                 | Gianpietro Giordano | Ultimi aggiornamenti normativi sugli appalti in sanità                        | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         |                                | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO                                      | 10 | 1  | 5  | NO | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 33 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Programmazione e Gestione Forniture                                 | Gianpietro Giordano | Corso di alta formazione dei buyer pubblici della sanità                      | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         |                                | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO                                      | 1  | 1  | 70 | NO | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 34 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo                           | Silvia Simonetti    | La valutazione del personale dirigente  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         | DIRIGENZA SANITARIA            | DIRIGENZA TECNICA E AMMINISTRATIVA                                  | 25 | 2  | 4  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 35 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico               | Marco Bergia        | Project Management per la gestione degli Uffici Tecnici                       | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA + RESIDENZIALE) |                                | PERSONALE TECNICO LAUREATO  | 12 | 1  | 70 | NO | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 36 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | SSD Economato e Logistica  | Roberto Vetrugno    | La formazione dei centralinisti   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         |                                | RUOLO TECNICO   | 6  | 4  | 20 | NO | DOCENTI INTERNI/ESTERNI               |
| 37 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | SSD Economato e Logistica  | Roberto Vetrugno    | La formazione dei portieri  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         |                                | RUOLO TECNICO   | 4  | 3  | 20 | NO | DOCENTI INTERNI/ESTERNI               |
| 38 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni e SSD Economato e Logistica | Gino Spada          | Global Service  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA + FSC)          |                                | RUOLO TECNICO   | 15 | 1  | 40 | NO | DOCENTI ESTERNI                       |
| 39 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni e SSD Economato e Logistica | Gino Spada          | Global Service  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA + FSC)          | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 70 | 10 | 8  | SI | DOCENTI ESTERNI                       |
| 40 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Sistemi Informativi Aziendali                                       | Luisa Pareto        | Corsi informatica livello intermedio per personale dipendente e convenzionato | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO ASSISTENTE SOCIALE RUOLO TECNICO | 10 | 10 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 41 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Sistemi Informativi Aziendali                                       | Alessandro Cosolito | Utilizzo software Anagrafe Vaccinale  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | OBIETTIVI DI SISTEMA                 | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 12 | 12 | 3  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 42 | <b>DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO</b> | S.C. Sistemi Informativi Aziendali                                       | Massimo Reborra     | Cartella Clinica Elettronica  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |   | 20 | 40 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                       |



|    | <b>DIREZIONE SANITARIA</b> |   |                   |  |                                 |                                      |   |                  |    |    |    |    |                                       |
|----|----------------------------|---|-------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|------------------|----|----|----|----|---------------------------------------|
| 43 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria | Lorena Ricci      | Il Sistema di certificazione ISO 9001-2015 a conclusione percorso POU            | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS              | 25 | 10 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 44 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria | Lorena Ricci      | Mantenimento del sistema di Accreditazione istituzionale e del SGQ dove presente | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS              | 25 | 10 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 45 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria | Lorena Ricci      | Logistica paziente   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS, ASS SOCIALI | 4  | 1  | 10 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 46 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria | Lorena Ricci      | Statistica sanitaria   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS, ASS SOCIALI | 4  | 1  | 10 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 47 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Farmacia Ospedaliera                       | Costanza Nurchis  | Antisettici e disinfettanti  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS, ASS SOCIALI | 10 | 20 | 2  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 48 | <b>STAFF DS</b>            | S.C. Farmacia Ospedaliera                       | Costanza Nurchis  | Utilizzo dei gas medicinali in sicurezza   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS              | 25 | 10 | 4  | SI | DOCENTI ESTERNI                       |
| 49 | <b>DIREZIONE SANITARIA</b> | S.C. Medicina                                   | Anna Maria Gatti  | Il percorso assistenziale del paziente con delirium nei reparti di area medica   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA           | OSS              | 25 | 6  | 16 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 50 | <b>DIREZIONE SANITARIA</b> | SSD Gestione e valutazione dello Screening      | Valerio Tofanelli | Miglioramento del programma di screening del mammario                            | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                  | MEDICO CHIRURGO, FISICO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA |                  | 20 | 1  | 9  | SI | DOCENTI INTERNI                       |



|    |                     |  |                   |  |                       |               |  |  |     |   |     |    |                 |
|----|---------------------|--|-------------------|--|-----------------------|---------------|--|--|-----|---|-----|----|-----------------|
| 51 | DIREZIONE SANITARIA | SSD Gestione e valutazione dello Screening | Valerio Tofanelli | Miglioramento del programma di screening del tumore colo - rettale                                   | OBIETTIVI DI PROCESSO | FSC           | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO |  | 20  | 1 | 9   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 52 | DIREZIONE SANITARIA | SSD Gestione e valutazione dello Screening | Valerio Tofanelli | Miglioramento del programma di screening del cervico - carcinoma                                     | OBIETTIVI DI PROCESSO | FSC           | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSTETRICA/O, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO                            |  | 20  | 1 | 9   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 53 | DIREZIONE SANITARIA | SSD Gestione e valutazione dello Screening | Valerio Tofanelli | Screening del tumore del colon retto   | OBIETTIVI DI PROCESSO | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 000 | 1 | 000 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 54 | DIREZIONE SANITARIA | SSD Gestione e valutazione dello Screening | Valerio Tofanelli | Screening del tumore della cervice uterina   | OBIETTIVI DI PROCESSO | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 000 | 1 | 000 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 55 | DIREZIONE SANITARIA | SSD Gestione e valutazione dello Screening | Valerio Tofanelli | Lo screening organizzato del tumore della mammella   | OBIETTIVI DI PROCESSO | FAD ASINCRONA | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 000 | 1 | 000 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 56 | DIREZIONE SANITARIA | S.C. Pneumologia, Dip. Immagini, DEA       | Enrico Biondi     | Inquadramento clinico radiologico delle pneumopatie infiltrative diffuse e malattie rare             | OBIETTIVI DI SISTEMA  | RESIDENZIALE  | MEDICO CHIRURGO  |  | 30  | 1 | 20  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 57 | DIREZIONE SANITARIA | Dip. Med Cardio, Dip. Spec. Mediche, DEA   | Enrico Biondi     | L'impiego precoce della ventilazione non invasiva (NIV) in emergenza                                 | OBIETTIVI DI SISTEMA  | FAD ASINCRONA | MEDICO CHIRURGO FISIOTERAPISTA INFERMIERE  |  | 500 | 1 | 5   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 58 | DIREZIONE SANITARIA | S.C. Direzione Medica - POU                | Barbara Brocco    | Innovazione, prospettive sulle attività proprie della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero unico | OBIETTIVI DI PROCESSO | FSC           | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 10  | 6 | 5   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 59 | DIREZIONE SANITARIA | S.C. Direzione Medica - POU                | Barbara Brocco    | Tabagismo: nuove prospettive anno 2023   | OBIETTIVI DI PROCESSO | RESIDENZIALE  | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 40  | 1 | 5   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 60 | DIREZIONE SANITARIA | S.C. Direzione Medica - POU                | Barbara Brocco    | Management in Sanità   | OBIETTIVI DI PROCESSO | RESIDENZIALE  | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 10  | 5 | 4   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 61 | DIREZIONE SANITARIA | S.C. Direzione Medica - POU                | Barbara Brocco    | Il sistema informatico per l'attività di gestione Archivio Cartelle Cliniche                         | OBIETTIVI DI PROCESSO | RESIDENZIALE  | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   |  | 10  | 5 | 4   | SI | DOCENTI INTERNI |
| 62 | DIREZIONE SANITARIA | Dip. Spec. Mediche, DEA                    | Maura Marogna     | La valutazione del danno cerebrale postanossico nell'arresto cardiaco                                | OBIETTIVI DI PROCESSO | RESIDENZIALE  | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGO   |  | 10  | 3 | 3   | SI | DOCENTI INTERNI |

|    |                        |   |                 |   |                                 |                           | GIA   |     |     |    |    |    |  |
|----|------------------------|---|-----------------|---|---------------------------------|---------------------------|---|-----|-----|----|----|----|--|
| 63 | <b>DIP. CHIRURGICO</b> | SSD Chirurgia Toracica-SSD Chirurgia Vascolare  | Federica Putzu  | Assistenza infermieristica post-operatoria  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | INFERMIERE  | OSS | 12  | 2  | 6  | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 64 | <b>DIP. CHIRURGICO</b> | S.C. Chirurgia Generale                         | Pietro Grondona | Aggiornamento continuo in chirurgia generale e tecniche chirurgiche laparoscopiche avanzate | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD SINCRONA              | MEDICO CHIRURGO   |     | 20  | 1  | 40 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 65 | <b>DIP. CHIRURGICO</b> | SSD Chirurgia Toracica                          | Federica Putzu  | Gestione del Drenaggio Toracico   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (RESIDENZIALE +FSC) | MEDICO CHIRURGO FISIOTERAPISTA INFERMIERE                           | OSS | 10  | 10 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 66 | <b>DEA</b>             | S.C. Anestesia e Rianimazione                   | Enrico Biondi   | EBP in anestesia  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO   |     | 24  | 1  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 67 | <b>DEA</b>             | S.C. Anestesia e Rianimazione                   | Enrico Biondi   | Valutazione e trattamento del paziente in terapia intensiva                                 | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE                         |     | 20  | 3  | 40 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 68 | <b>DEA</b>             | S.C. Anestesia e Rianimazione                   | Enrico Biondi   | Utilizzo e gestione dei cateteri venosi mini-midline  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (RESIDENZIALE +FSC) | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 6   | 8  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 69 | <b>DEA</b>             | Dipartimentale                                  | Enrico Biondi   | La gestione del paziente in sepsi   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA             | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 270 | 1  | 2  | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 70 | <b>DEA</b>             | S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica      | Enrico Biondi   | Valutazione e trattamento del paziente ustionato  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 16  | 2  | 40 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 71 | <b>DEA</b>             | S.C. Medicina Urgenza, S.C. PS Villa Scassi/OBI | Enrico Biondi   | Gestione del paziente in Sala Rossa   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 20  | 3  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 72 | <b>DEA</b>             | S.C. Medicina Urgenza, S.C. PS Villa Scassi/OBI | Enrico Biondi   | Gestione del paziente in Sala Ortopedica  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | INFERMIERE  |     | 20  | 3  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 73 | <b>DIP. IMMAGINI</b>   | S.C. Radiologia                                 | Marino Vitalba  | Meeting multidisciplinari in ambito pneumologico  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO   |     | 18  | 1  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 74 | <b>DIP. IMMAGINI</b>   | S.C. Radiologia                                 | Marino Vitalba  | Meeting multidisciplinari in ambito senologico  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO , TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA            |     | 18  | 1  | 40 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 75 | <b>DIP. IMMAGINI</b>   | S.C. Radiologia                                 | Marino Vitalba  | Meeting multidisciplinari in ambito neurologico   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FSC                       | MEDICO CHIRURGO   |     | 15  | 1  | 14 | SI | DOCENTI INTERNI                                      |
| 76 | <b>DIP. IMMAGINI</b>   | S.C. Radiologia, S.C. Neurologia                | Andrea Spadacci | Ruolo e indicazioni cliniche dell'angio TC cerebrale nella diagnostica di PS                | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE              | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA |     | 30  | 4  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI, ESTERNI, DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |

|    |                               |   |                                  |   |                                 |                                      |   |                    |      |    |    |    |                                       |
|----|-------------------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------|------|----|----|----|---------------------------------------|
| 77 | <b>DIP. IMMAGINI</b>          | SSD Fisica Sanitaria  | Fabrizio Bisi                    | La Formazione in materia di Sicurezza in Risonanza Magnetica              | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE                   |                    | 25   | 4  | 9  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 78 | <b>DIP. IMMAGINI</b>          | SSD Fisica Sanitaria  | Fabrizio Bisi                    | L'utilizzo in sicurezza del LASER in ambito sanitario                     | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE                   |                    | 25   | 4  | 9  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 79 | <b>DIP. IMMAGINI</b>          | SSD Fisica Sanitaria  | Fabrizio Bisi                    | La radioprotezione dei lavoratori   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE                   | OSS                | 25   | 10 | 9  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 80 | <b>DIP. IMMAGINI</b>          | SC Radiologia Villa Scassi<br>SSD Radiologia Micone, Gallino, LaColletta<br>SSD Radiologia Territorio<br>SSD Fisica Sanitaria | Fabrizio Bisi<br>Andrea Spadacci | La radioprotezione del paziente nelle pratiche speciali: il caso della TC | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA                        | MEDICO CHIRURGO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE                   |                    | 3000 | 1  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 81 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare   | Antonio Repertorio               | Percorso di Auto-Formazione sui test clinici dell'età evolutiva           | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | PSICOLOGO   |                    | 30   | 1  | 36 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 82 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare   | Antonio Repertorio               | Medicina di genere- Linguaggio, approccio, gestione e trattamento         | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, ASSISTENTA SANITARIO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE | ASSISTENTE SOCIALE | 30   | 1  | 8  | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 83 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare   | Antonio Repertorio               | Supervisione con il metodo Psicodramma                                    | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | PSICOLOGO   |                    | 12   | 2  | 10 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |

|    |                               |  |                |   |                                 |                                     |  |                    |     |   |   |    |  |
|----|-------------------------------|--|----------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------|-----|---|---|----|--|
| 84 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare                          | Bruna Pistelli | Problematiche giuridiche e medico legali nell'attività inerente l'ambito materno infantile  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, ASSISTENTE SANITARIO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO, OSTETRICA/O | ASSISTENTE SOCIALE | 60  | 1 | 8 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA      |
| 85 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare                          | Bruna Pistelli | Aggiornamenti in tema di ecografia ostetrica e ginecologica   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO  |                    | 12  | 1 | 5 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA                      |
| 86 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare -S.C. Ostetrica e Ginec. | Bruna Pistelli | Rieducazione delle disfunzioni perineali femminili . Corso di primo livello   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FSC+RESIDENZIALE)            | -FISIOTERAPISTA INFERMIERE OSTETRICA/O   |                    | 12  | 1 | 8 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 87 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | S.C. Neonatologia                                  | Bruna Pistelli | Review 2023 di patologia neonatale  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD SINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO- INFERMIERE PEDIATRICO OSTETRICA/O   |                    | 30  | 9 | 2 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 88 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | S.C. Ostetrica e Ginecologia                       | Bruna Pistelli | HPV Day   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO- ASSISTENTE SANITARIO- - INFERMIERE OSTETRICA/O TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO OSS              |                    | 100 | 1 | 6 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 89 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Percorso Nascita- SC Ostetrica e Ginec.        | Bruna Pistelli | Competenze tecnico pratiche nella gestione e risoluzione delle principali emergenze ostetriche . La distocia di spalla e l'assistenza al parto podalico | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC                                 | MEDICO CHIRURGO- OSTETRICA/O   |                    | 12  | 2 | 5 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 90 | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSDPercorso Nascita/SSD Conbsultorio Familiare     | Bruna Pistelli | Conduzione dei gruppi di accompagnamento alla nascita. Nuovi strumenti e metodologia  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FSC+RESIDENZIALE)            | MEDICO CHIRURGO- PSICOLOGO- ASSISTENTE SANITARIO- EDUCATORE PROFESSIONALE- INFERMIERE PEDIATRICO OSTETRICA/O             |                    | 20  | 1 | 8 | SI | DOCENTI INTERNI  |

|     |                               |  |                       |  |                                 |   |  |                    |     |   |    |    |   |
|-----|-------------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------|---|--|--------------------|-----|---|----|----|---|
| 91  | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare                                | Bruna Pistelli        | Aggiornamenti in tema di baby blues e depressione post partum nel post pandemia          | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FAD SINCRONA                            | MEDICO CHIRURGO-<br>PSICOLOGO-<br>ASSISTENTE<br>SANITARIO-<br>EDUCATORE<br>PROFESSIONALE-<br>INFERMIERE<br>INFERMIERE<br>PEDIATRICO<br>OSTETRICA/O | ASSISTENTE SOCIALE | 40  | 1 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                      |
| 92  | <b>DIP. MATERNO INFANTILE</b> | SSD Consultorio Familiare                                | Bruna Pistelli        | Il Consultorio familiare : Stato dell'arte e prospettive future                          | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE   | ASSISTENTE SOCIALE | 150 | 1 | 6  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 93  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | SSD Oncologia V. Scassi                                  | Manlio Mencoboni      | La medicina di precisione e le nuove terapie: edizione 2023                              | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                            | MEDICO CHIRURGO, FARMACISTA, PSICOLOGO, INFERMIERE   | OSS                | 25  | 2 | 15 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 94  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. ardio UTIC Micone, Gallino, Colletta, S.C. Medicina | Maria Rosalia Merello | Medicina di genere: approccio differenziato alle cure tra uomo e donna                   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | MEDICO CHIRURGO  |                    | 25  | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 95  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. Cardio UTIC Micone, Gallino, Colletta, Territorio   | Maria Rosalia Merello | Aggiornamento in tema di malattie del pericardio   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +FSC+RESIDENZIALE) | MEDICO CHIRURGO  |                    | 70  | 1 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 96  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. Riab. Cardio  | Maria Rosalia Merello | Struttura complessa di Riabilitazione Cardiologica: la presa in carico multidisciplinare | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                     | MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE  |                    | 16  | 5 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 97  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. Cardio UTIC Micone, Gallino, Colletta, Territorio   | Maria Rosalia Merello | Counseling motivazionale in Cardiologia  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE  | OSS                | 45  | 3 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 98  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | Tutte le strutture                                       | Maria Rosalia Merello | Aggiornamenti in Cardiooncologia   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FAD AINCRONA                            | MEDICO CHIRURGO  |                    | 100 | 1 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 99  | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | SSD Gastro e Endo Digestiva                              | Maria Rosalia Merello | Approfondimenti in stomaterapia  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                            | INFERMIERE   |                    | 15  | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 100 | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. Cardiologia   | Maria Rosalia Merello | Percorsi diagnosticoterapeutici dell'ipertensione polmonare                              | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA+FSC)               | MEDICO CHIRURGO  |                    | 50  | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 101 | <b>DIP. MEDICO CARDIO</b>     | S.C. Cardiologia - Villa Scassi                          | Maria Rosalia Merello | L'aggiornamento continuo in ambito cardiologico  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                     | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE  |                    | 25  | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |

|     |                               |   |                 |   |                                 |              |   |                                |    |   |    |    |                 |
|-----|-------------------------------|---|-----------------|---|---------------------------------|--------------|---|--------------------------------|----|---|----|----|-----------------|
| 102 | <b>DIP. PATOLOGIA CLINICA</b> | S.C. Laboratorio Analisi-S.C. Anat.. Istoe Patologica-S.C. Immunoematologia e Med Trasfusionale | Patrizia Raggio | Linee guida per la diagnosi di laboratorio riferite a comuni patologie sistemiche.  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO |                                | 30 | 4 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 103 | <b>DIP. PATOLOGIA CLINICA</b> | S.C. Immunoematologia e Med Trasfusionale   | Patrizia Raggio | Gestione e identificazione anticorpi antieritrocitari.  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO          |                                | 10 | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 104 | <b>DIP. PATOLOGIA CLINICA</b> | S.C. Laboratorio Analisi-S.C. Anat.. Istoe Patologica-S.C. Immunoematologia e Med Trasfusionale | Patrizia Raggio | Revisione continua dei processi di lavoro   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO | OSS                            | 15 | 5 | 3  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 105 | <b>DIP. PATOLOGIA CLINICA</b> | SC Laboratorio Analisi-SC Anat.. Istoe Patologica-SC Immunoematologia e Med Trasfusionale       | Patrizia Raggio | Urgenze in Ematologia: problematiche.   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO |                                | 30 | 2 | 2  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 106 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>       | S.C. Med. Legale  | Cinzia Massa    | Aggiornamento continuo in Medicina Legale 2023  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 18 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 107 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>       | SS Igiene Urbana Veterinaria  | Cinzia Massa    | Movimentazioni degli animali d'affezione, a fini non commerciali e commerciali, in ambito UE ed extra UE  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | VETERINARIO   |                                | 16 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 108 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>       | SS Igiene Urbana Veterinaria  | Cinzia Massa    | Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Reg. UE 2016/429 riguardanti il sistema di identificazione e registrazione degli animali da reddito | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | VETERINARIO   |                                | 16 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |

|     |                         |                                    |              |   |                                 |              |   |                                |    |   |    |    |                 |
|-----|-------------------------|------------------------------------|--------------|---|---------------------------------|--------------|---|--------------------------------|----|---|----|----|-----------------|
| 109 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Igiene Urbana Veterinaria       | Cinzia Massa | Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Reg. UE 2016/429 in materia di prevenzione e controllo delle malattie animali che sono trasmissibili agli animali o all'uomo  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | VETERINARIO   |                                | 16 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 110 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Igiene Urbana Veterinaria       | Cinzia Massa | Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Reg. UE 2016/429 in materia apistica e dei relativi controlli ufficiali   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | VETERINARIO   |                                | 16 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 111 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Igiene Urbana Veterinaria       | Cinzia Massa | Controlli ufficiali e aspetti sanzionatori riguardo la normativa afferente alla Igiene Urbana   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | VETERINARIO   |                                | 16 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 112 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Aleimenti e Nutrizione | Cinzia Massa | Controllo ufficiale e D.Lvo 150/2022, modifiche all'art. 5 L. 283/1962 – Contravvenzioni in materia di igiene, produzione, tracciabilità e vendita di alimenti e bevande che hanno cagionato un danno o un pericolo - Organo Accertatore e Estinzioni delle Contravvenzioni per adempimento di prescrizione impartite dall'organo accertatore | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO. TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO |                                | 17 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 113 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Aleimenti e Nutrizione | Cinzia Massa | D.Lgs. 32/2021, modalità emissione bollette per tariffe dovute per controlli ufficiali programmati e controlli ufficiali supplementari ed a richiesta della impresa   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO-TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO  | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 21 | 1 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 114 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Aleimenti e Nutrizione | Cinzia Massa | Quando inizia e finisce il campionamento di un prodotto alimentare D.Lvo 27/2021  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO-TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO  | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 21 | 1 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |

|     |                         |                                   |              |  |                                 |              |   |                                |    |   |    |    |                 |
|-----|-------------------------|-----------------------------------|--------------|--|---------------------------------|--------------|---|--------------------------------|----|---|----|----|-----------------|
| 115 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione | Cinzia Massa | I Regolamenti Locali di Igiene e legislazione alimentare: requisiti igienici degli spazi di somministrazione di alimenti e bevande, emissioni moleste da attività di cottura di alimenti | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO-TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO  | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 21 | 1 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 116 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Med. Legale                  | Cinzia Massa | Implementazione delle conoscenze sulle procedure Medicina Legale e procedure ASL3 attualmente in vigore.   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 10 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 117 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. PSAL                         | Cinzia Massa | Rischio chimico occupazionale  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO                               | INGEGNERE                      | 25 | 2 | 15 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 118 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. PSAL                         | Cinzia Massa | L'indagine sulle cause di un incidente   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO                               | INGEGNERE                      | 25 | 2 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 119 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. PSAL                         | Cinzia Massa | Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO  | INGEGNERE                      | 25 | 2 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 120 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Sanità Pubblica       | Cinzia Massa | Piscine: normativa attuale ed indicazioni sulle future linee guida, elaborate dalla Conferenza Stato Regione   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO-INFERMIERE-TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO- PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 15 | 1 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI |



|     |                         |                                       |                  |   |                                 |                                      |   |     |     |    |     |    |  |
|-----|-------------------------|---------------------------------------|------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|-----|-----|----|-----|----|--|
| 121 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Sanità Pubblica           | Cinzia Massa     | REACH: elementi di base e Regolamenti Europei CLP   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO |     | 17  | 1  | 12  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 122 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Sanità Pubblica           | Cinzia Massa     | Sistemi informativi per la gestione delle attività professionali dei tecnici della prevenzione  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO |     | 17  | 1  | 5   | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 123 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Alimenti orogine Animale  | Cinzia Massa     | Sicurezza Alimentare: I Decreti Attuativi del Reg. UE 625/17 Modalità operative della Struttura Complessa Igiene Alimenti di O. A                               | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | VETERINARIO, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO                 |     | 17  | 1  | 40  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 124 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | S.C. Igiene Alim e Nutrizione         | Cinzia Massa     | "Controlli ufficiali dell'Autorità Competente nel settore della filiera ittica: freschezza, specie tossiche, parassiti, etichettatura, disciplina della pesca." | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | VETERINARIO, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO                 |     | 17  | 1  | 10  | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 125 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale | Maria De Martini | La prevenzione dell'errore trasfusionale da incompatibilità ABO   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO                        |     | 25  | 5  | 4,5 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 126 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale | Maria De Martini | Audit Clinico in ASL3 Liguria-Anno 2023   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 10  | 40 | 6   | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 127 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale | Maria De Martini | Audit Clinico e poi.....attivazione di percorsi di miglioramento  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 10  | 50 | 10  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 128 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale | Maria De Martini | La prevenzione delle cadute   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS | 300 | 1  | 15  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 129 | <b>DIP. PREVENZIONE</b> | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale | Maria De Martini | Il Cateterismo vescicale: Appropriata prescrizione e gestione   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS | 300 | 1  | 12  | SI | DOCENTI INTERNI                            |

|     |                          |  |                  |  |                                 |                                      |   |     |     |    |    |    |  |
|-----|--------------------------|--|------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|-----|-----|----|----|----|--|
| 130 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | La Contenzione: l'appropriata prescrizione e gestione  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | MEDICO CHIRURGO FISIOTERAPISTA,,INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | OSS | 300 | 1  | 15 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 131 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | La Corretta Compilazione della Documentazione Sanitaria: Analisi condivisa per la sicurezza del paziente e dell'operatore. | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 8   | 25 | 3  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 132 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | Lesioni da Pressione(L.D.P.): La corretta prevenzione e gestione   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE   | OSS | 600 | 1  | 9  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 133 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | Le Lesioni cutanee: Guida al corretto trattamento  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO                    | OSS | 600 | 1  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 134 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | Gestione Rischio Clinico in ASL3   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 25  | 4  | 17 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 135 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | Richieste risarcitorie: Analisi in ambito di Gestione del Rischio Clinico, condivisa con le strutture.                     | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 15  | 3  | 3  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 136 | <b>DIP. PREVENZIONE</b>  | SS Gestione Rischio Clinico Aziendale  | Maria De Martini | Audit Clinico: Manuale per la corretta gestione del percorso.  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                        | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 300 | 1  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 137 | <b>DIP SPEC. MEDICHE</b> | SCNefro e Dialisi-SS Attiv. Emodialitiche Colletta-SS Attiv. Emodialitiche V. Scassi | Donatella Mulas  | Sorveglianza medico-infermieristica dell'accesso vascolare per emodialisi tramite ultrasonografia                          | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 20  | 4  | 6  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 138 | <b>DIP SPEC. MEDICHE</b> | S.C. Nefro e Dialisi   | Donatella Mulas  | Focus group nella pratica clinica nella corsia di Nefrologia   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE   |     | 4   | 6  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 139 | <b>DIP SPEC. MEDICHE</b> | SS Attiv. Emodialitiche Colletta   | Donatella Mulas  | Utilizzo delle funzioni avanzate dei monitor di dialisi nella gestione della seduta dialitica                              | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | INFERMIERE  |     | 13  | 2  | 6  | SI | DOCENTI INTERNI                            |
| 140 | <b>DIP SPEC. MEDICHE</b> | SS Med Funz. App. Locomotore.-SC Rec. E Ried.  | Lia Tasso        | Approcci avanzati per la valutazione e il recupero del cammino nell'empiego  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | FISIOTERAPISTA  |     | 25  | 1  | 14 | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |

|                        |                   |   |                |  |                                 |              |   |     |    |   |    |    |                                       |  |
|------------------------|-------------------|---|----------------|--|---------------------------------|--------------|---|-----|----|---|----|----|---------------------------------------|--|
|                        |                   | Funzionale  |                |  |                                 |              |   |     |    |   |    |    |                                       |  |
| 141                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Reumatologia-SS Reumatologia Colletta-SS Med. Funz. App. Locomotore.-S.C. Rec. E Ried. Funzionale-SS Territorio Ponente-SS TeritorioCentro-SS Ttterritorio Levante | Lia Tasso      | RRR Riequilibrio del Reciproco Respiratorio  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | FISIOTERAPISTA  |     | 25 | 1 | 18 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 142                    | DIP SPEC. MEDICHE | SS Territorio Ponente-SS TeritorioCentro-SS Ttterritorio Levante  | Lia Tasso      | Refresh: RRR Riequilibrio del Reciproco Respiratorio Riequilibrio del Reciproco Respiratorio | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | FISIOTERAPISTA  |     | 25 | 1 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 143                    | DIP SPEC. MEDICHE | SS Territorio Ponente-SS TeritorioCentro-SS Ttterritorio Levante  | Lia Tasso      | Approccio riabilitativo nella plagiocefalia e nel torcicollo del neonato/lattante            | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | FISIOTERAPISTA  |     | 25 | 2 | 18 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 144                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Neurologia   | Maura Marogna  | La gestione del dolore nel malato neurologico ospedalizzato                                  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA          | OSS | 15 | 4 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 145                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Neurologia, S.C. Rec e Ried. Funzionale  | Maura Marogna  | La continuità assistenziale post ictus : strumenti e procedure                               | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA, ASSISTENTE SANITARIO | OSS | 12 | 3 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 146                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Nefrologia   | Paolo Sacco    | Il paziente cardio nefro metabolico- Percorsi clinici in Asl3                                | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO   |     | 40 | 1 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 147                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Rec e Ried Funz  | Paola Maccagno | Il diaframma: approfondimenti delle tecniche per l'approccio alle disfonie                   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | LOGOPEDISTA   |     | 35 | 1 | 24 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 148                    | DIP SPEC. MEDICHE | S.C. Rec e Ried Funz  | Paola Maccagno | Refresh corso Taping Neuromuscolare in logopedia   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, LOGOPEDISTA                                      |     | 22 | 1 | 5  | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| <b>DIREZIONE SOCIO</b> |                   |   |                |  |                                 |              |   |     |    |   |    |    |                                       |  |

| SANITARIA |           |   |                 |   |                                 |              |   |   |    |   |    |    |  |
|-----------|-----------|---|-----------------|---|---------------------------------|--------------|---|---|----|---|----|----|--|
| 149       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: è l'ora di muoversi  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 4 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 150       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Mangio sano e mi voglio bene   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 4 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 151       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP: Attività fisica per la tonicità del pavimento pelvico nelle donne  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 4 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 152       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Diamo voce al benessere e benessere alla voce  | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 4 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 153       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare il benessere e l'armonia nel quotidiano | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 15 | 2 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 154       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Gaia Ergon, consapevolezza globale e benessere psicofisico                                 | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 2 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 155       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Gaia Ergon, consapevolezza globale e benessere psicofisico Secondo livello                 | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 20 | 2 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 156       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | WHP 2023 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: Diamo voce al benessere e benessere alla voce, secondo livello                             | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                  |   | 15 | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 157       | STAFF DSS | Tutte le Strutture                            | Floriana Pierri | PUA modalità organizzative, digitalizzazione e condivisione dei dati per una presa in carico integrata del paziente                           | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO ASSISTENTE SANITARIO INFERMIERE | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 25 | 4 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'/Dipendenti PA |
| 158       | STAFF DSS | SSD Integrazione Socio sanitaria e Osp. Terr. | Floriana Pierri | La gestione della persona con insufficienza cardiaca  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO,          | OSS   | 20 | 4 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI  |

|     |                    |  |                   |  |                                 |                                      |   |   |    |   |    |    |  |  |
|-----|--------------------|--|-------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|---|----|---|----|----|--|--|
|     |                    |  |                   |  |                                 |                                      | FISIOTERAPISTA,<br>INFERMIERE                     |   |    |   |    |    |  |  |
| 159 | STAFF DSS          | Coordinamento attività Sociali e Professionali   | Floriana Pierri   | L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | ASSISTENTE SANITARIO INFERMIERE                   | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 2 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 160 | STAFF DSS          | Tutte le Strutture                               | Floriana Pierri   | WHP 2023 Abilità relazionali per Minimal Advice  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, INFERMIERE |   | 10 | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 161 | STAFF DSS          | Tutte le Strutture                               | Floriana Pierri   | WHP 2022 - Luoghi di lavoro che promuovono salute: contrasto alle dipendenze   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                    |   | 10 | 2 | 6  | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 162 | STAFF DSS          | Coordinamento Attività Sociali Professionali     | Nadia Schichter   | Aspetti giuridico legali nel lavoro quotidiano dell'assistente sociale   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                    | ASSISTENTE SOCIALE                                      | 60 | 1 | 5  | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA/Giudici sezione famiglia |  |
| 163 | STAFF DSS          | Coordinamento Attività Sociali Professionali     | Nadia Schichter   | Alteversione   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE                    | ASSISTENTE SOCIALE                                      | 12 | 2 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 164 | STAFF DSS          | Coordinamento Attività Sociali Professionali     | Nadia Schichter   | Le misure per la non autosufficienza (riunioni accreditate)  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         |   | ASSISTENTE SOCIALE                                      | 60 | 1 | 5  | NO | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA          |  |
| 165 | STAFF DSS          | Coordinamento Attività Sociali Professionali     | Nadia Schichter   | percorso di formazione - azione: l'intervento sociale con l'utenza straniera   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         | MEDICI, INFERMIERI E ASS. SANITARI                | ASSISTENTE SOCIALE                                      | 60 | 1 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA          |  |
| 166 | STAFF DSS          | S.C. Farmaceutica Terr.                          | Simona Borgna     | Condivisione delle procedure di lavoro e aggiornamenti relativi alle aree di attività della S.C. Farmaceutica Territoriale | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC                                  | FARMACISTA  |   | 12 | 9 | 36 | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 167 | STAFF DSS          | SSD Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali |                   | La formazione continua dei Medici di Continuità Assistenziale  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO                                   |   | 25 | 4 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA          |  |
| 168 | DIP. CURE PRIMARIE | Dipartimento Cure primarie                       | Lorenzo Sampietro | La sperimentazione clinica per i medici  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO                                   |   | 40 | 1 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI  |  |

|     |                           |  |                    |  |                                 |              |   |   |    |   |    |    |  |
|-----|---------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------|--------------|---|---|----|---|----|----|--|
|     |                           |  |                    | convenzionati  |                                 |              |   |   |    |   |    |    |  |
| 169 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Tutela Salute Ambito Penitenziario   | Emanuela Arpinati  | Gestione delle patologie croniche rilevanti tra i pazienti che afferiscono alle sedi detentive, con particolare attenzione agli aspetti epidemiologici e terapeutici della "salute di genere"                        | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE                                       |   | 12 | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 170 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Assistenza Geriatrica Terr.  | Pizzorni Crosio    | "Indicazioni alla supplementazione orale nell'anziano: modifiche della dieta e integrazione nelle diverse situazioni cliniche. Indicazioni pratiche alla prescrizione e uso degli integratori all'interno di ASL 3 " | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE | OSS   | 20 | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 171 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Assistenza Disabili  | Monagheddu Sabrina | La prescrizione dei presidi secondo il DPCM 12 GENNAIO 2017: "Protesica semplice per addetti ai lavori"  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, INFERMIERE                 | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 172 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Integrazione Socio sanitaria e Osp. Territorio-DSS8-DSS9-DSS10-DSS11-DSS12-DSS13-S.C. Cure Palliative Area Metropolitana | Floriana Pierri    | Potenziamento delle prese in carico dell'assistenza territoriale nell'ottica della sanità d'iniziativa   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA INFERMIERE  | OSS, ASSISTENTE SOCIALE                                 | 25 | 4 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 173 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-DSS10-DSS11-DSS12-DSS13--SSD Assistenza Geriatrica Terr. - SSD Assistenza Disabili                                 | Floriana Pierri    | Misure della non autosufficienza e valutazione multidimensionale   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA INFERMIERE  | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 2 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 174 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-DSS10-DSS11-DSS12-DSS13-SSD Inclusione e Riabilitazione Sociale  | Floriana Pierri    | Riunioni accreditate PUA - Punto Unico Accoglienza   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | ASSISTENTE SANITARIO, INFERMIERE                                  | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 175 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-DSS10-DSS11-DSS12-DSS13  | Floriana Pierri    | Riunioni accreditate Cure Domiciliari accoglienze ed attività proattiva  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO,                            | OSS, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO                     | 20 | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |

|     |                               |   |                    |  |                                     |   |   |   |     |   |    |    |  |  |
|-----|-------------------------------|---|--------------------|--|-------------------------------------|---|---|---|-----|---|----|----|--|--|
|     |                               |   |                    |  |                                     |   | FISIOTERAPISTA<br>INFERMIERE  | O   |     |   |    |    |  |  |
| 176 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-<br>DSS10-DSS11-<br>DSS12-DSS13   | Floriana<br>Pierri | Riunioni accreditate<br>assistenza ambulatoriale   | OBIETTIVI DI PROCESSO               | RESIDENZIALE                                      | ASSISTENTE<br>SANITARIO,<br>INFERMIERE,<br>OSTETRICA/O  | OSS   | 20  | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 177 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | SSD Assistenza<br>Geriatrica Terr.  | Floriana<br>Pierri | La diagnosi, il<br>trattamento e l'assistenza<br>alla persona con disturbi<br>neurocognitivi   | OBIETTIVI TECNICO-<br>PROFESSIONALI | FSC   | INFERMIERE  |   | 20  | 1 | 18 | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 178 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-<br>DSS10-DSS11-<br>DSS12-DSS13---<br>SSD ASS DISABILI  | Floriana<br>Pierri | Riunioni accreditate<br>equipe integrate   | OBIETTIVI DI PROCESSO               | RESIDENZIALE                                      | MEDICO CHIRURGO,<br>ASSISTENTE<br>SANITARIO,<br>EDUCATORE<br>PROFESSIONALE,<br>FISIOTERAPISTA<br>INFERMIERE | PERSONALE<br>RUOLO<br>AMMINISTRATIV<br>O, ASSISTENTE<br>SOCIALE | 20  | 2 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 179 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-<br>DSS10-DSS11-<br>DSS12-DSS13   | Floriana<br>Pierri | La gestione<br>infermieristica del<br>paziente cronico nelle<br>strutture territoriali   | OBIETTIVI DI SISTEMA                | MISTA<br>(FSC+RESIDEN<br>ZIALE)                   | INFERMIERE  | OSS   | 30  | 4 | 45 | SI | DOCENTI INTERNI  |  |
| 180 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-<br>DSS10-DSS11-<br>DSS12-DSS13--<br>SSD Ass.<br>Geriatrica Terr.-<br>SSD Assistenza<br>Disabili -SSD<br>Centro Res. E<br>Semires. Disabili-<br>SSD Inclusione e<br>Riab. Sociale | Lia Tasso          | Attività Fisica Adattata:<br>Programma predefinito<br>nel PRP 2021-2025:<br>nuove opportunità per<br>una rete di supporto alla<br>Salute e alla Prevenzione<br>nella comunità. | OBIETTIVI TECNICO-<br>PROFESSIONALI | MISTA (FAD<br>ASINCRONA<br>+FSC+RESIDEN<br>ZIALE) | MEDICO CHIRURGO,<br>FISIOTERAPISTA  |   | 25  | 3 | 9  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI<br>ESTERNI/DIPENDENTI<br>SSN/UNIVERSITA' |  |
| 181 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS10   | Lia Tasso          | La Comunicazione<br>Ipnotica: un nuovo<br>paradigma per la cura e la<br>assistenza della persona<br>disabile e fragile.  | OBIETTIVI TECNICO-<br>PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                                      | MEDICO CHIRURGO,<br>FISIOTERAPISTA,<br>INFERMIERE   |   | 100 | 1 | 6  | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI<br>SSN/UNIVERSITA'                    |  |
| 182 | <b>DIP. CURE<br/>PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-<br>DSS10--DSS12-<br>DSS13- S.C. Cure<br>Palliative Area<br>Metropolitana---<br>SSD Res. E<br>Semires. Disabili   | Lia Tasso          | Taping: tecniche per la<br>gestione del paziente<br>nelle Cure Domiciliari   | OBIETTIVI TECNICO-<br>PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                                      | MEDICO CHIRURGO,<br>FISIOTERAPISTA  |   | 25  | 1 | 8  | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO<br>PROFESSIONISTA                         |  |

|     |                           |   |                    |  |                                 |   |   |  |      |   |    |    |  |
|-----|---------------------------|---|--------------------|--|---------------------------------|---|---|--|------|---|----|----|--|
| 183 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | DSS8-DSS9-DSS10--DSS12-DSS13-Cure Palliative Area Metropolitana---SSD Centro Res. E Semires. Disabili | Lia Tasso          | Teleriabilitazione e telemedicina per il territorio, continuiamo a sperimentare sul campo per la Salute e la Prevenzione del paziente e della comunità. Fase 2 | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA +FSC+RESIDENZIALE) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 25   | 1 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 184 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Inclusione e Riab. Sociale  | Marina Faraoni     | L'uso di strumenti di valutazione globale del comportamento adattativo della persona disabile  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                            | PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE  |  | 28   | 1 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 185 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Inclusione e Riab. Sociale  | Marina Faraoni     | L'équipe Inclusione e Riabilitazione Sociale: revisioni dei processi   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                     | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO, ASSISTENTE SOCIALE | 22   | 1 | 30 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 186 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | SSD Centro Res. E Semires. Disabili   | Marina Faraoni     | L'équipe multiprofessionale  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                     | MEDICO CHIRURGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE            | OSS  | 9    | 1 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 187 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | Aggiornamento e approfondimento sul dolore cronico severo.   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                           | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 3000 | 1 | 6  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 188 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | DAT (Disposizioni Anticipate di trattamento)   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | FAD ASINCRONA                           | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 3000 | 1 | 3  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 189 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | Abilità di Counseling motivazionale in interventi domiciliari in Cure Palliative - Corso Base  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 20   | 1 | 24 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA      |
| 190 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | Abilità di counseling motivazionale negli interventi domiciliari in Cure Palliative - corso avanzato   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 20   | 1 | 24 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA      |
| 191 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | Corso di perfezionamento in Cure Palliative e gestione del dolore e sintomi nelle malattie croniche degenerative.  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 30   | 5 | 2  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 192 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b> | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana   | Simonetta Fiandaca | Valutare i bisogni, pianificare le cure, monitorare gli esiti: l'utilizzo dell' Integrated Palliative Outcome Scale  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | FSC                                     | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |  | 600  | 2 | 4  | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA                      |



|     |   |  |                    | (IPOS)  |                                 |                                      |   |   |     |   |    |    |   |  |
|-----|---|--|--------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|---|-----|---|----|----|---|--|
| 193 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b>               | S.C. Cure Palliative Area Metropolitana  | Simonetta Fiandaca | Refreshment di Counseling motivazionale negli interventi domiciliari/Hospice in Cure Palliative     | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |   | 15  | 3 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA                           |  |
| 194 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b>               | SSD CENTRO RES E SEMIRES DISABILI  | Valentina Rossi    | Management delle principali comorbilità croniche del paziente con spasticità                        | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO   |   | 40  | 1 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                      |  |
| 195 | <b>DIP. CURE PRIMARIE</b>               | SSD Centro Res. E Semires. Disabili  | Valentina Rossi    | L'impairment cognitivo: aspetti clinico-patologici e prospettive terapeutiche                       | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA                           |   | 25  | 2 | 4  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| 196 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture   | Alessandro Lanza   | Supervisioni Esordi 2023  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD SINCRONA +RESIDENZIALE )  | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  | OSS ASSISTENTE SOCIALE                                  | 25  | 6 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| 197 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SM DSS8- SC SM DSS9- SC SM DSS10- SC SM DSS11- SC SM DSS12 SC SM DSS13 S.C. Ser.D.                        | Alessandro Lanza   | Il CSM e le nuove sfide: Autismo, ADHD, Nuove Terapie Farmacologiche e Responsabilità Professionale | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FAD SINCRONA +RESIDENZIALE )  | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  | OSS ASSISTENTE SOCIALE                                  | 25  | 9 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| 198 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SM DSS8- SC SM DSS9- SC SM DSS10- SC SM DSS11- SC SM DSS12 SC SM DSS13 S.C. Ser.D.                        | Alessandro Lanza   | Supervisioni Adulti   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD sincrona +RESIDENZIALE )  | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, ASSISTENTE SANITARIO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, LOGOPEDISTA TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA                          | OSS ASSISTENTE SOCIALE                                  | 25  | 6 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| 199 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture   | Alessandro Lanza   | Il Patto per la Salute Mentale 4: riformulazione e rilancio   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA | OSS PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O ASSISTENTE SOCIALE | 200 | 1 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |
| 200 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SERD - SERD - SS DSS8- SERD - SS DSS9 -SERD - SS DSS10- SERD - SS DSS11 -SERD - SS DSS12 -SERD - SS DSS13 | Alessandro Lanza   | Supervisioni SERD   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD SINCRONA +RESIDENZIALE )  | PSICOLOGO, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  | OSS ASSISTENTE SOCIALE                                  | 25  | 6 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |  |

|     |   |   |                  |  |                                 |                                     |  |                        |    |   |    |    |   |
|-----|---|---|------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------|----|---|----|----|---|
| 201 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Psicologia Clinica  | Alessandro Lanza | Psicologia e Organizzazioni: Responsabilità Clinica e Legale | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE  |                        | 95 | 1 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 202 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SM DSS8- SC SM DSS9- SC SM DSS10- SC SM DSS11- SC SM DSS12 SC SM DSS13 S.C. Ser.D. | Alessandro Lanza | Coordinamento Centri Diurni                                  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA   | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 25 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 203 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture  | Alessandro Lanza | Riabilitatori, Salute Mentale, NPIA e Dipendenze             | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA   |                        | 40 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 204 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture  | Alessandro Lanza | Strumenti e tecniche per Riabilitatori                       | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | MISTA (FAD SINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA           |                        | 40 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 205 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture  | Alessandro Lanza | Gruppo di Miglioramento Giovani ed Esordi Psichiatrici       | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA           | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 206 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture  | Alessandro Lanza | Supervisioni Dialectical Behaviour Therapy DBT               | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA           | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 6 | 16 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA   |
| 207 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SM DSS8- SC SM DSS9- SC SM DSS10- SC SM DSS11- SC SM DSS12 SC SM DSS13 S.C. Ser.D. | Alessandro Lanza | Flussi Informativi e Valutazione                             | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                        | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, DIETISTA, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 30 | 1 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |

|     |   |                                 |                  |   |                                 |              |   |                        |    |   |    |    |   |
|-----|---|---------------------------------|------------------|---|---------------------------------|--------------|---|------------------------|----|---|----|----|---|
| 208 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Disturbi Comp, Alimentare   | Alessandro Lanza | Il Lavoro di Equipe per la Presa in Carico della Persona con Disturbo Alimentare      | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, DIETISTA, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 15 | 1 | 40 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 209 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Disturbi Comp, Alimentare   | Alessandro Lanza | La Rete per i Disturbi Alimentari nel Territorio Nazionale: Confrontarsi per Crescere | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | PSICOLOGO, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 12 | 1 | 24 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 210 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Disturbi Comp, Alimentare   | Alessandro Lanza | Intervisione  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE   |                        | 6  | 1 | 16 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 211 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture              | Alessandro Lanza | Supervisione interna operatori strutture  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, LOGOPEDISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA                       | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 25 | 6 | 20 | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 212 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile | Alessandro Lanza | La NPIA e il Territorio   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO LOGOPEDISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 30 | 6 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 213 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile | Alessandro Lanza | Diagnosi e presa in carico nella Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza        | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA   | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 20 | 6 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 214 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Psicologia Clinica          | Alessandro Lanza | Tecniche Psicoterapeutiche Brevi  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO  |                        | 60 | 1 | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |

|     |   |  |                  |  |                                 |              |   |                        |     |   |    |    |   |
|-----|---|--|------------------|--|---------------------------------|--------------|---|------------------------|-----|---|----|----|---|
| 215 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | S.C Ser.D.   | Alessandro Lanza | Il SerD: Benchmarking italiano e internazionale  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE | TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA   | OSS ASSISTENTE SOCIALE | 120 | 1 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'LIBERO PROFESSIONISTA |
| 216 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile  | Marina Faraoni   | Il Parent Training per la gestione dei comportamenti problema                          | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | EDUCATORE PROFESSIONALE, LOGOPEDISTA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA                             |                        | 34  | 2 | 12 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA   |
| 217 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | Tutte le Strutture-S.C. Patologie delle Dipendenze-SSD Disturbi Comp. Alim.                                      | Marina Faraoni   | Social Skills Training. Esperienza CS M e Ser.D DSS11                                  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  |                        | 18  | 2 | 5  | SI | DOCENTI INTERNI   |
| 218 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SC SM DSS8-SC SM DSS9-SC SM DSS10-SC SM DSS11-SC SM DSS12-SC SM DSS12--SERT - SS DSS11--SSD Disturbi Comp. Alim. | Marina Faraoni   | Scale di Valutazione in riabilitazione   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  |                        | 23  | 1 | 16 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA   |
| 219 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile  | Paola Maccagno   | Intervento logopedico integrato nel disturbo di linguaggio                             | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | LOGOPEDISTA   |                        | 35  | 1 | 24 | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                                      |
| 220 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile  | Paola Maccagno   | il bilinguismo e i processi di apprendimento in studenti esposti all'Italiano come L2. | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, LOGOPEDISTA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA |                        | 50  | 1 | 16 | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                                      |
| 221 | <b>DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b> | SSD Neuro Psichiatria Infantile  | Paola Maccagno   | Il paziente con disgrafia: valutazione primo bagaglio di strumenti                     | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA   |                        | 20  | 1 | 8  | SI | DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                                      |
| 222 | <b>INTERDIPARTIMENTALE</b>              | SSD Centro Res. E Semires. Disabili -Dip. Cure Primarie-Dip. Salute Mentale e Dipendenze                         | Marina Faraoni   | Il neurotablet come strumento di riabilitazione  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | MEDICO CHIRURG, EDUCATORE PROFESSIONALE, FISIOTERAPISTA   |                        | 19  | 1 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI   |



| DIREZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA |                                       |   |                     |   |                                 |                          |                                |  |     |     |  |    |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|---|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|-----|-----|--|----|--|
| 223                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | DS e DSS  | Stefano Burlando    | Corsi Area Emergenza:<br>ALS/BLSD/ILS/PBLSD<br>RETRAINING PBLSD/BLSD                            | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE             | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | OSS, ASSISTENTE SOCIALE                        | 18  | 100 | BLSD: 5 ORE<br>ILS: 8 ORE;<br>ALS: 20 ORE;<br>P-BLSD: 8 ORE;<br>RETRAINING<br>BLSD: 4 ORE;<br>RETRAINING P-BLSD: 5 ORE | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 224                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | SPP/S.C. Governo clinico e Programmazione Sanitaria | Guido Di Vito       | La Valutazione del Rischio Pandemico  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA            | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE | PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO O RUOLO TECNICO | 300 | 1   | 3  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 225                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Professioni Sanitarie                          | Marco Marchelli     | La terapia compressiva nella gestione delle lesioni venose                                      | OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA + FSC      | INFERMIERE                     |  | 10  | 4   | 18   | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 226                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Professioni Sanitarie                          | Marco Marchelli     | Un approccio integrato per la prevenzione e il trattamento locale delle lesioni cutanee         | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE             | INFERMIERE                     |  | 20  | 2   | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 227                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Professioni Sanitarie                          | Carmelo Gagliano    | La formazione continua delle guide di tirocinio   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FSC+RESIDENZIALE) | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 25  | 6   | 21   | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI/DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA' |
| 228                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Professioni Sanitarie                          | Carmelo Gagliano    | La valutazione del personale  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE             | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 25  | 3   | 8  | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 229                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Professioni Sanitarie                          | Carmelo Gagliano    | Riorganizzazione Servizi distrettuali territoriali: Piano nazionale di Ripresa e Resilienza     | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE             | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 25  | 6   | 16   | SI | DOCENTI INTERNI  |
| 230                                   | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | Direzione sanitaria                                 | Marta Caltabellotta | Benessere organizzativo nelle organizzazioni sanitarie: strategie e strumenti per l'empowerment | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE             | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE |  | 25  | 6   | 16   | SI | ESTERNI,DIPENDENTI SSN/UNIVERSITA'                         |

|     |  |   |                    |   |                                 |  |   |     |    |    |    |    |                                       |  |
|-----|--|---|--------------------|---|---------------------------------|--|---|-----|----|----|----|----|---------------------------------------|--|
|     |  |   |                    | individuale   |                                 |  |   |     |    |    |    |    |                                       |  |
| 231 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | S.C. Professioni Sanitarie  | Carmelo Gagliano   | Competenze e responsabilità dell'incarico di organizzazione: gestione risorse processi amministrativo gestionali  | OBIETTIVI DI PROCESSO           | RESIDENZIALE                           | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 25 | 8  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI       |  |
| 232 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | S.C. Professioni Sanitarie  | Carmelo Gagliano   | Triage infermieristico in Pronto Soccorso   | OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI | MISTA (FAD ASINCRONA+RESIDENZIALE+FSC) | INFERMIERE  |     | 25 | 3  | 30 | SI | DOCENTI INTERNI/DOCENTI ESTERNI       |  |
| 233 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | S.C. Professioni Sanitarie  | Carmelo Gagliano   | Formazione personale ASL (ai sensi del Reg. 852/2004/CE - D.G.R. n.793 del 29/6/2012) – attività di somministrazione pasti agli ospiti nelle strutture ASL (HCCP) | OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI | FAD ASINCRONA                          | INFERMIERE  | OSS | 25 | 6  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 234 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | S.C. Professioni Sanitarie  | Carmelo Gagliano   | Aggiornamenti professionali a partire dalla mappatura delle competenze: confronto tra pari  | OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI | FSC                                    | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  |     | 20 | 10 | 10 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 235 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | Comitato Infezioni Ospedaliere  | Anna Maria De Mite | Implementazione delle buone pratiche nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | MISTA (FAD ASINCRONA+RESIDENZIALE)     | TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE  | OSS | 20 | 10 | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 236 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | S.C. Professioni Sanitarie  | Arturo Cordiglia   | Diabete mellito, BPCO e Insufficienza cardiaca: la continuità assistenziale   | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (RESIDENZIALE +FSC)              | MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE                                     |     | 20 | 10 | 36 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 237 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | Dip. Materno infantile - Dip. Cure Primarie   | Marina Faraoni     | Il gruppo come luogo educativo  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                           | EDUCATORE PROFESSIONALE   |     | 20 | 1  | 15 | SI | DOCENTI INTERNI                       |  |
| 238 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | Dip. Spec. Mediche -Dip. Materno Infantile -Dip. Cure Primarie - Dip. Salute Mentale e Dipendenze | Marina Faraoni     | Orientamento sessuale e identità di genere  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                           | EDUCATORE PROFESSIONALE, LOGOPEDISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA |     | 34 | 2  | 8  | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |  |

|     |  |   |                  |  |                                 |              |   |                         |      |    |    |    |                 |
|-----|--|---|------------------|--|---------------------------------|--------------|---|-------------------------|------|----|----|----|-----------------|
| 239 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | DEA- Dip. Materno Infantile   | Bruna Pistelli   | Sala operatoria di ostetricia e Ginecologia . Competenze pratiche nella gestione dell'emergenza ed urgenza | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC          | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, OSTETRICA/O | OSS                     | 8    | 2  | 4  | SI | DOCENTI INTERNI |
| 240 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | SS Coordinamento Att. Amb.- DSS9-SSD Ass. Geriatrica Terr.- STAFF DSS- Dip Prevenzione Dip. Materno Infantile -Dip. Cure Primarie   | Claudia Marchese | Il paziente fragile tra Ospedale e territorio : creare connessioni   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE | PSICOLOGO, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE     | OSS, ASSISTENTE SOCIALE | 25   | 3  | 12 | SI | DOCENTI INTERNI |
| 241 | <b>DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | DIP. Medico - Cardio-Dip. Spec. Mediche-Dip. Chirurgico-DEA- Dip. Patologia Clinica-Dip. Immagini-Dip. Materno Infantile-Dip. Cure Primarie- Dip. Salute Mentale e Dipendenze | Patrizia Raggio  | Esecuzione del prelievo venoso periferico per evitare errori e/o ritardi diagnostici.                      | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD SINCRONA | INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO                               |                         | 2000 | 10 | 1  | SI | DOCENTI INTERNI |



|     |                                       |   |                 |   |                                 |                                      |  |  |    |    |    |    |                                       |
|-----|---------------------------------------|---|-----------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|--|--|----|----|----|----|---------------------------------------|
| 242 | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | DIP. Medico - Cardio-Dip. Spec. Mediche-Dip. Chirurgico-DEA-Dip. Patologia Clinica-Dip. Immagini-Dip. Materno Infantile-Dip. Cure Primarie-Dip. Salute Mentale e Dipendenze | Patrizia Raggio | Gestione del dato.  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FSC                                  | MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO      |  | 6  | 10 | 7  | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 243 | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | DS e DSS  | Maura Marogna   | La gestione della Gastrostomia Radiologica Percutanea (PRG) nei pazienti con malattie neurologiche croniche: <i>dall'ospedale al territorio</i> | OBIETTIVI DI PROCESSO           | MISTA (FAD ASINCRONA +RESIDENZIALE ) | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, FARMACISTA, LOGOPEDISTA, DIETISTA         |  | 25 | 3  | 20 | SI | DOCENTI INTERNI                       |
| 244 | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Rec. E Ried. Funzionale e SSD NPI  | Paola Maccagno  | "L'ORAL MOTOR THERAPY"  | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, LOGOPEDISTA   |  | 25 | 1  | 18 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 245 | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | S.C. Rec. E Ried. Funzionale e SSD NPI  | Paola Maccagno  | Dallo sviluppo frontale alla maturazione delle Funzioni Esecutive dal periodo neonatale all'adolescenza   | OBIETTIVI TECNICO-PROFESSIONALI | FAD SINCRONA                         | LOGOPEDISTA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA |  | 30 | 1  | 12 | SI | DOCENTI ESTERNI/LIBERO PROFESSIONISTA |
| 246 | DIREZIONI SANITARIA E SOCIO SANITARIA | DS e DSS  | Floriana Pierri | Promozione della Salute sul Luogo di Lavoro: istruzioni per l'uso   | OBIETTIVI DI SISTEMA            | RESIDENZIALE                         | MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, ASSISTENTE SANITARIO                      | ASSISTENTE SOCIALE, PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 20 | 5  | 8  | SI | DOCENTI INTERNI                       |

#### Sezione 4. Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance” è avvenuto secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. B) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni ANAC.

#### Monitoraggio indicatori valore Pubblico

La tabella sottostante indica, per ciascuno degli indicatori di valore pubblico, il responsabile del monitoraggio:

| <b>Valore pubblico</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Responsabile</b>   |
|--|---|---|
| <i>Attività rivolte alla popolazione femminile e maschile</i>      | <i>1) incremento delle informazioni fornite ai pazienti<br/>2) aumento dello screening</i>  | Ufficio Stampa<br>Comunicazione<br>URP<br>SSD valutazione e organizzazione dello screening  |
| <i>Attività rivolte ai giovani</i>                                 | <i>i. informazione nelle scuole su corretti stili di vita e dipendenze da sostanze, alcol, gioco ecc.<br/>ii. partecipazione ad eventi in cui siano coinvolti i giovani</i> | Ufficio Stampa<br>Comunicazione<br>URP  |
| <i>Avvio lavori e termine progettazione COT e Case di Comunità</i> | <i>Avanzamento lavori</i>   | SS.CC.<br>Programmazione, gestione Lavori e risparmio energetico e Riqualficazione edilizia |
| <i>Medicina di condivisione</i>                                    | <i>N sportelli attivati</i>   | <i>Ufficio Stampa<br/>Comunicazione e URP</i>   |
| <i>abbattimento barriere linguistiche</i>                          | <i>n. mediatori culturali</i>   | <i>Ufficio Stampa<br/>Comunicazione e URP</i>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| miglioramento della Comunicazione interna  | <i>n. visualizzazioni</i>  | <i>Ufficio Stampa<br/>Comunicazione e<br/>URP</i>                                      |
| abbattimento barriere disabilità   | <i>N accessi/n.<br/>contatti/n.<br/>schede pz<br/>complessi</i>                            | <i>Regione Liguria</i>   |
| ambulatorio urgenze odontoiatriche   | <i>n. visite</i>   | <i>Direzione<br/>Distretto</i>   |
| <i>Implementazione del sistema di televisita e telerefertazione</i>                            | <i>N televisite e telerefertazioni</i>   | <i>Flusso Cup per televisite<br/>SSCC che refertano da remoto per telerefertazioni</i> |
| corsi AFA (Attività Fisica Adattata)   | <i>n. corsi attivati</i>   | <i>Direzione<br/>Distretto</i>   |
| north walking  | <i>n. pazienti seguiti</i>   | <i>Direttore S.C.<br/>Cardiologia<br/>Riabilitativa</i>                                |
| <i>Miglioramento accessibilità digitale</i>  | <i>Implementazione contenuti sito</i>  | <i>SIA (sistemi informativi)</i>   |
| <i>Miglioramento/implementazione dei gestionali aziendali</i>                                  | <i>Attivazione delle funzionalità di AREAS</i>   | <i>SC Bilancio e Contabilità</i>   |
| <i>Potenziamento della Presa in carico pz &gt;65 anni anche attraverso le Case di comunità</i> | <i>Tasso di Presa in carico<br/>Diminuzione accessi PS &gt;pz. &gt; 65 anni</i>            | <i>Direzione Socio sanitaria<br/><br/>Ufficio Flussi</i>                               |
| Attuazione PNNR – Strutture  | <i>Realizzazione delle Strutture secondo le tempistiche dettate da Ministero e Regione</i> | <i>Direzione Area Tecnica</i>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   |  |
| Attuazione PNNR – Acquisto attrezzature sanitarie | <i>Effettuazione degli acquisti secondo le tempistiche dettate da Ministero e Regione</i> | SC<br><i>Elettromedicali impianti e automazioni</i>                      |
| Efficientamento energetico                        | <i>Realizzazione lavori di efficientamento energetico Colletta</i>                        | <i>Direzione Area Tecnica</i>  |
| <i>Monitoraggio Piano della Performance</i>       | <i>Relazione sulla performance</i>  | S.C.<br><i>Pianificazione Programmazione e Controllo validata da OIV</i> |
| <i>Monitoraggio anticorruzione</i>                | <i>Relazione sul monitoraggio annuale audit intermedi</i>                                 | <i>RPCT e suo collaboratore</i>  |
| <i>Monitoraggio Piano delle Azioni Positive</i>   | <i>N corsi attivati</i>   | S.C.<br><i>Aggiornamenti e Formazione/SPP</i>                            |
| <i>Monitoraggio reclutamento personale</i>        | <i>n. reclutamenti anno 2023</i>  | SC <i>Gestione e Sviluppo Risorse Umane</i>                              |