Asl2
Sistema Sanitario Regione Liguria

PIAO
2025-2027

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

Anno di riferimento 2025

Direzione Strategica ASL2

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

Certificato n°IT319166

Sommario

PREMESSA 5
Legenda 7
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL' AMMINISTRAZIONE 9
GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL' ASL 2 10
1.1. MISSIONE E VISIONE STRATEGICA 13
1.1.2. La Missione Aziendale 13
1.1.3 Visione Strategica Aziendale 15
Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 17
2.1 VALORE PUBBLICO 17
2.1.1. Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico 18
2.1.2. Accessibilità Fisica 21
2.1.3. Accessibilità Digitale 26
2.1.4. Semplificazione e Digitalizzazione 27
2.1.5. Pari opportunità e equilibrio di genere 29
2.2. OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE 31
2.2.1 Il Piano della Performance 31
2.2.1.1 Area Prevenzione 41
2.2.1.2 Area Territoriale/Distrettuale 42
La Riorganizzazione della Rete Territoriale 43
Il Distretto 44
Casa di Comunità 45
L'Ospedale di Comunità 47
La Centrale Operativa Territoriale 48
Cure palliative domiciliari (art. 23 DPCM 12 gennaio 2017) 50
Assistenza sociosanitaria residenziale per cure palliative alle persone in fase terminale della vita (art. 31 DPCM 12 gennaio 2017) 51
Reparto Di Riabilitazione Extraospedaliera Residenziale (RER) 51
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (ai sensi della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013) 52
2.3.1 PROCESSO DI ADOZIONE 52
2.3.2 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO 53
2.3.3 LA STRATEGIA DI PREVENZIONE, GLI OBIETTIVI, LA DEFINIZIONE DI CORRUZIONE 56
2.3.4 I SOGGETTI INTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 57
2.3.4.1 Il Direttore Generale 58
2.3.4.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza 58

2.3.4.3 I Referenti del RPCT ed i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza 62
2.3.4.4 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante 63
2.3.4.5 Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio 63
2.3.4.6 Il Nucleo di Valutazione Aziendale/Organismo Indipendente di Valutazione 64
2.3.4.8 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) 64
2.3.4.9 Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO) 64
2.3.4.10 Il Responsabile gestione delle liste di attesa 65
2.3.4.11 I Componenti del Servizio ispettivo aziendale 65
2.3.4.12 I dipendenti dell'Azienda ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda 65
2.3.5 GLI STRUMENTI DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE 66
2.3.6 L'ANALISI DEL CONTESTO 66
2.3.6.1 Il contesto esterno 67
2.3.6.2 Il contesto interno 75
2.3.7 LE MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE 81
2.3.7.1 La trasparenza 81
2.3.7.2 La tracciabilità dei procedimenti 83
2.3.7.3 Il Codice di comportamento 84
2.3.7.4 La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione 85
2.3.7.5 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse 87
2.3.7.6 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali 88
2.3.7.7 L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario 89
2.3.7.8 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage) 89
2.3.7.9 La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione 91
2.3.7.10 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower) 92
2.3.7.11 La formazione 95
2.3.7.12 I patti di integrità negli affidamenti 97
2.3.7.13 Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti 98
2.3.7.14 Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione 98
2.3.8 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO 99
2.3.8.1 La "mappatura" dei processi 100
2.3.8.2 Analisi del contesto 100
2.3.8.3 La valutazione del rischio 100
2.3.8.4 Il trattamento del rischio 102
2.3.9 MONITORAGGIO ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE 102

Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 105
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA 105
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 109
3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 115
4. MONITORAGGIO 129
4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE 129
4.1 MONITORAGGIO PREVENZIONE E CORRUZIONE 129
5.ALLEGATI 130
5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3 130
5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.2 130
5.3 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.3 130

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato introdotto dall'articolo 6 del Decreto-legge n. 80/2021, "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 dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113.

Si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione.

In particolare, il Piano si pone un duplice obiettivo:

1. integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
2. orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli *outcome* e del valore pubblico generato.

Ha valenza triennale ed è chiamato a definire più profili:

- obiettivi della performance;
- gestione del capitale umano;
- sviluppo organizzativo;
- obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne;
- trasparenza ed anticorruzione;
- pianificazione delle attività;
- individuazione delle procedure da semplificare;
- accesso fisico e digitale;
- parità di genere.

Il DL 80/2021 ha previsto inoltre l'emanazione di ulteriori provvedimenti/decreti attuativi finalizzati anche all'abrogazione/integrazione di normative vigenti in sovrapposizione con il PIAO che fanno parte di un processo di delegificazione e semplificazione per le PA.

In particolare, si richiamano i seguenti provvedimenti:

- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione di adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", che dispone per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO la soppressione dei seguenti adempimenti:
  - Piano dei fabbisogni (ex art. 6, comma 2 d.lgs. 165/2001);
  - Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del d.lgs. 165/2001);
  - Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del d.lgs. 150/2009);
  - Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della l. 190/2012);
  - Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
  - Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del d.lgs. 198/2006);
  - Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della l. 244/2007)

- D.M. 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”.

La Regione Liguria, recepite le linee guida Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche, persegue e rafforza gli indirizzi destinati alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del PIAO:

- privilegiando la valenza strategica del Piano;
- individuando indicatori di valore pubblico di impatto/*outcome* che abbiano immediata rilevanza per i cittadini/utenti e che siano oggetto di misurazione da parte di fonti attendibili, periodiche e verificabili;
- privilegiando indicatori di impatto che possano essere oggetto di *benchmarking* tra le diverse aziende e/o con le altre realtà sanitarie regionali;
- dando il massimo risalto all'integrazione tra le diverse sezioni e parti del documento;
- collegando analisi e misure illustrate nella sezione sulla prevenzione del rischio corruttivo e trasparenza agli obiettivi, alle funzioni ed alle attività da realizzare nell'anno di riferimento;
- tenendo conto della valenza comunicativa del documento nei confronti della collettività e degli *stakeholders* e pertanto predisponendo un Piano snello e sintetico che riesca a fornire un quadro d'insieme e integrato della programmazione dell'Ente.

Legenda

ANAC	Autorità nazionale anticorruzione
A.Li.Sa.	Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria
ASL	Azienda sociosanitaria ligure
AVCP	Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture
CCD	Centro Controllo Direzionale
CIVIT	Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche
COT	Centrali Operative Territoriali
D.G.R.	Deliberazione della Giunta regionale della Liguria
D.L. / D.Lgs.	Decreto Legge / Decreto legislativo
DM / D.P.C.M.	Decreto ministeriale / Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
ECM	Educazione continua in medicina
FAD	Formazione a distanza
FOIA	Freedom of information act (vedi punto 2.3.7.1)
FSC	Fondo per lo Sviluppo e la Coesione
L.	Legge
NdV - OIV	Nucleo di Valutazione - Organismo Indipendente di Valutazione
PA	Pubblica amministrazione
PIAO	Piano integrato di attività e organizzazione
PNA	Piano nazionale anticorruzione
PNLGA/PRGLA	Piano Nazionale/Regionale di Governo delle Liste di Attesa
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (*Next Generation EU*)
PSSR	Piano Sociosanitario Regionale
RPCT	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
RPD/DPO	Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer
SC/SSD/SS	Struttura Complessa / Semplice Dipartimentale/ Semplice
SMVP	Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
s.m.i.	Successive modificazioni ed integrazioni
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
Stakeholder	Soggetti portatori d'interesse della comunità di riferimento dell'Amministrazione
TAR	Tribunale Amministrativo Regionale
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari

Whistleblower	Il dipendente pubblico [1] (compresi i lavoratori ed i collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi che operano in favore dell'amministrazione pubblica) che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla L. 30 novembre 2017, n. 179

[1] Il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'art. 2359 del Codice civile.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL' AMMINISTRAZIONE

L'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, già costituita ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. e del D.lgs. n. 517/1993 con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/02/2008 ("Approvazione dello stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza, Accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende sanitarie" e successiva L.R. 29 luglio 2016, n. 17 così come modificata ed integrata dall'articolo 2 della L.R. n. 27 del 18 novembre 2016 e s.m.i.), in qualità di azienda mantiene personalità giuridica pubblica, autonomia patrimoniale, contabile, regolamentare e imprenditoriale.

L'attuale sede legale è in Savona, Piazza Sandro Pertini n. 10, ed è suscettibile di diversa allocazione per disposizione del Direttore Generale in relazione alle esigenze aziendali.

Il sito web ufficiale dell'Azienda è www.ASL2.liguria.it

Tabella 1: Scheda Anagrafica

Denominazione	ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure
Sede	Piazza Pertini, 10 - 17100 Savona
Codice Fiscale / P. IVA	01062990096
Forma giuridica	Azienda pubblica di carattere sanitario e sociosanitario
Organi di vertice: Direttore Generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Direttore Sociosanitario	 Dott. Michele Orlando Dott.ssa Laura Lassalaz Dott.ssa Bruna Rebagliati Dott.ssa Monica Cirone
Dipartimenti e Distretti	n. 7 Dipartimenti Sanitari n. 1 Dipartimento Attività Territoriale e della Riabilitazione n. 1 Dipartimento Prevenzione n. 1 Dipartimento Salute mentale e dipendenze n. 1 Dipartimento Programmazione Sanitaria e Governo Clinico n.3 Dipartimenti interaziendali n. 1 Dipartimento Tecnico-Amministrativo n. 4 Distretti
Sito web	www.asl2.liguria.it
PEC	protocollo@pec.asl2.liguria.it
URP	urp@asl2.liguria.it

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 23/08/2024 recante "Nuovo Atto di autonomia aziendale e Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.) dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 2. Presa d'atto e recepimento di intervenuta esecutività" viene demandato all'adozione di specifici provvedimenti aziendali. In proposito si richiamano le Deliberazioni n. 602 del 27/08/2024 n. 856 del 29/11/2024 e n. 857 del 02/12/2024. L'Organigramma aziendale è consultabile sul sito aziendale.

GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL' ASL 2

La ASL 2 opera su un territorio coincidente con la provincia di Savona, con una popolazione complessiva di 267.621 abitanti (Popolazione al 01/01/2024)[2], distribuiti in 69 comuni, suddivisi in 4 distretti.

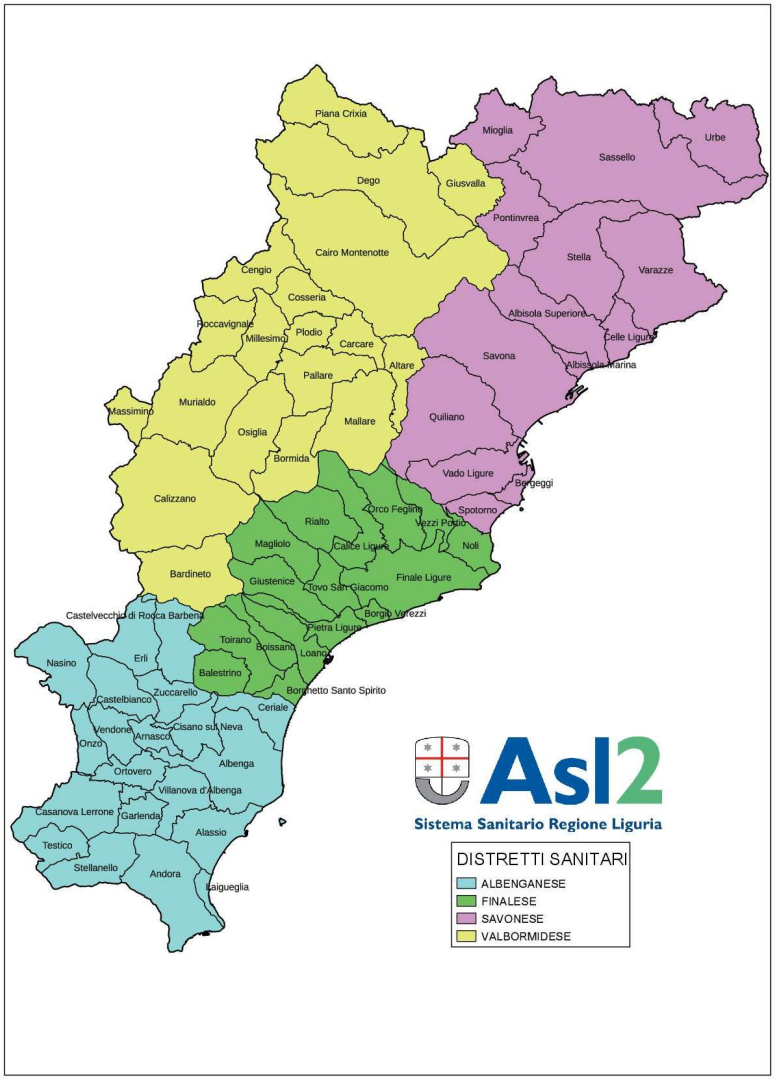


Figura 1: ASL 2 e relativi Distretti e comuni

[2] http://dati.istat.it/

La Regione Liguria, dai dati ISTAT[3] al 01/01/2024, risulta in Italia quella, il più alto l'indice di vecchiaia[4] pari a 276,6 ed il valore più alto quanto all'indice di dipendenza strutturale[5] cioè 65,2.

La Provincia di Savona fa segnare valori ancor più critici rispetto alla Regione Liguria infatti:

- l'indice di vecchiaia è 289,6;
- valore dell'indice di dipendenza strutturale è 66,7;
- l'età media degli abitanti della provincia è la più alta d'Italia, ossia 50,3 anni rispetto a 46,6 anni; in altri termini il 30 % della popolazione è ultrasessantacinquenne.

Questi aspetti determinanti sulle caratteristiche demografiche della popolazione provinciale sono evidenziati nella tabella 3 sulla Popolazione assistibile 2024. Per inciso nella provincia di Savona nel 2024 erano presenti ben 128 ultracentenari pari allo 0,047% del totale dei residenti. Il territorio, suddiviso in 69 Amministrazioni comunali, si estende per una superficie di 1.546 km2, con una densità di circa 172 abitanti/km2. La provincia di Savona, sul cui territorio opera l'assistenza e si esplica l'azione della ASL2, ha una popolazione complessiva di 267.621 abitanti al 01.01.2024 (vedi Tabella 1), distribuiti in 69 comuni, suddivisi in quattro Distretti: Savonese (116.670 ab.), Albenganese (59.920 ab.), Finalese (53.442 ab.) e Distretto delle Bormide (37.589 ab.).

	2023	2023	2024	2024	2023	2024		
DISTRETTO SANITARIO	**M**	**F**	**M**	**F**	**TOTALE M**	**TOTALE F**	**Δ 2023-24**	**Δ % 2023-24**
ALBENGANESE	**28.986**	**30.780**	**29.163**	**30.757**	**59.766**	**59.920**	**-154**	**0,26%**
FINALESE	**25.740**	**27.738**	**25.774**	**27.668**	**53.478**	**53.442**	**36**	**-0,07%**
SAVONESE	**55.671**	**61.002**	**55.864**	**60.806**	**116.673**	**116.670**	**3**	**0,00%**
VALBORMIDESE	**18.429**	**19.020**	**18.534**	**19.055**	**37.449**	**37.589**	**-140**	**0,37%**
TOTALE ASL2	**128.826**	**138.540**	**129.335**	**138.286**	**267.366**	**267.621**	**-255**	**0,10%**

Tabella 1: Andamento popolazione residente 2024/2023 per distretto/sesso

[3] Popolazione residente al 1° gennaio (istat.it)
[4] L'indice di vecchiaia è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, permette di valutare il livello di invecchiamento degli abitanti di un territorio.
[5] L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il numero degli individui non autonomi per ragioni demografiche (Età < = 14 e età > 65) ogni 1000 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). Un valore elevato indica un alto numero di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve farsi carico.

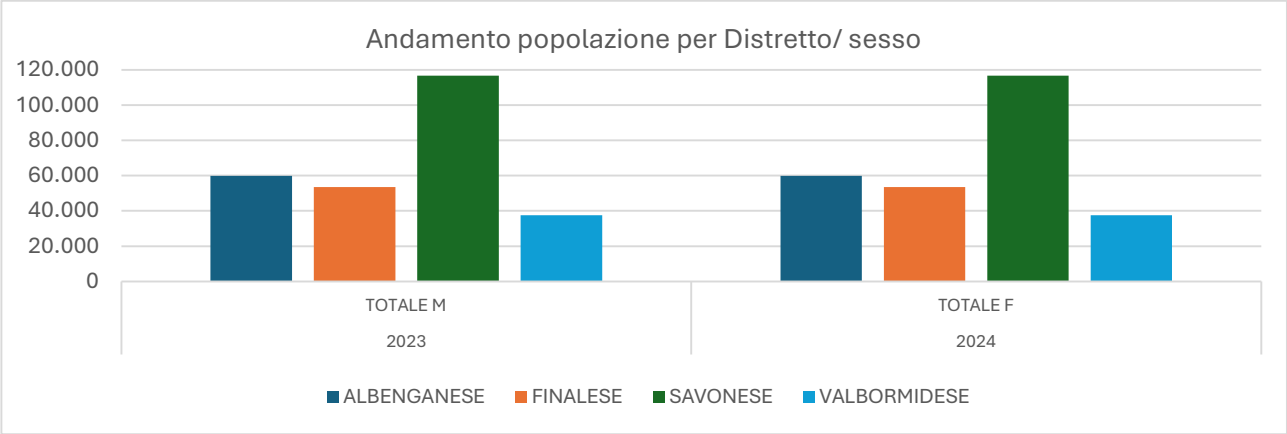


Tabella 2: Andamento Distribuzione per Distretto/Genere - fonte: elaborazione ASL2 dati.istat.it

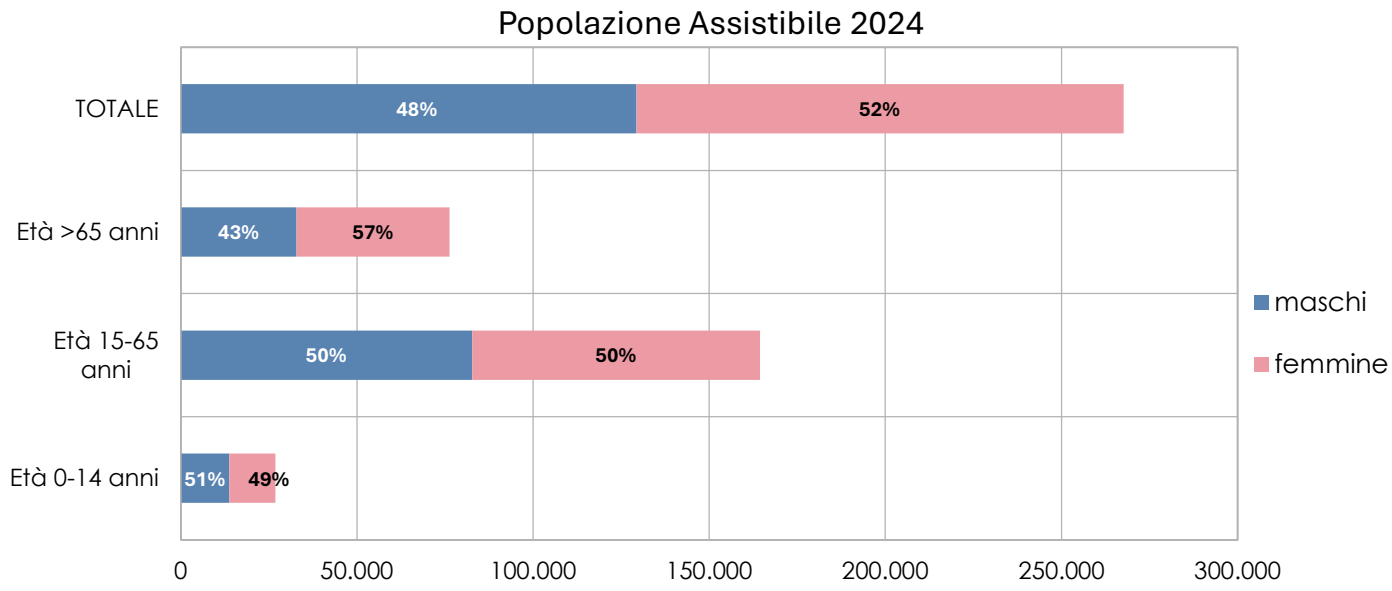


Tabella 3: Popolazione assistibile

1.1. MISSIONE E VISIONE STRATEGICA

1.1.2. La Missione Aziendale

L'Azienda ASL2 è una azienda pubblica di carattere sanitario e sociosanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza. L'Azienda ASL2 assicura l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale e sociosanitario più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono in quanto portatrici di bisogni di salute, espressi in forma individuale o collettiva, in fase acuta e/o di patologie inguaribili.
La risposta alla domanda sociosanitaria della popolazione assistita è realizzata tramite la promozione della salute ed interventi appropriati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, consolidando l'integrazione sociosanitaria fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

L'Azienda, al fine di perseguire la sua missione mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati. In quest'ottica si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale e gestionale.

L'Azienda promuove la salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione volti a contrastare le patologie trasmissibili ed infettive, le patologie croniche e gli incidenti implementando azioni di sanità pubblica che tengano conto dell'analisi dei dati epidemiologici disponibili, dei sistemi di sorveglianza e prevedano l'integrazione di diversi soggetti interessati per la condivisione dei risultati e la concertazione di interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti della salute.

L'Azienda svolge attività formative in area sanitaria, sociale e della prevenzione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente e convenzionato, nonché attività di studio e ricerca, nel rispetto delle competenze istituzionali. L'Azienda risponde altresì ad esigenze di formazione di altri Enti, Società ed Associazioni svolgendo attività di formazione riconosciuta e/o finanziata, nel rispetto degli indirizzi di programmazione aziendale, regionale, nazionale e comunitaria.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Rientrano nell'ambito dei compiti dell'Azienda, in accordo con le altre aziende sanitarie, la garanzia della continuità delle cure e l'assistenza territoriale ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

In tal senso, la soddisfazione della domanda sanitaria, mediante la produzione e l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali, residenziali, domiciliari e di prevenzione, avviene con lo svolgimento di attività orientate:

- alle azioni di sviluppo di un'ampia cultura della salute;
- agli interventi di prevenzione-educazione per impedire l'insorgere della malattia rivolti al singolo paziente, ai suoi familiari, al personale ed in altri specifici ambiti;
- alla diagnosi ed alla cura di patologie acute e/o cronico-degenerative;
- al recupero psico-fisico e funzionale del paziente anche in caso di forme di invalidità temporanea o permanente.

Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla missione aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico quale declinazione dei principi di autonomia e responsabilità impliciti nel processo di aziendalizzazione.

L'Azienda indirizza la propria attività alla produzione, all'erogazione e all'acquisizione di prestazioni sanitarie e socioassistenziali ad elevata integrazione in accordo con A.Li.Sa. per favorire politiche di prevenzione e di mantenimento, promozione e recupero della salute psicofisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani sociosanitari Nazionale e Regionale.

L'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n. 7 del 13/01/2017 "Approvazione principi, criteri per l'organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR e linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale" orienta i propri assetti organizzativi in funzione delle attività d'indirizzo e coordinamento attribuite ad A.Li.Sa. e, in particolare:

- agli indirizzi per lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale di cui alla lett. g) comma 2, art. 2 LR 17/2016 e s.m.i.;
- ai modelli di presa in carico della persona e in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di cui alla lett. h comma 2 della LR 17/2016 e s.m.i.;

- alle politiche delineate da A.Li.Sa. di cui ai nn 1, 2, 3 e 4 della lett. d) dell'articolo 3 della LR n. 17/2016 e s.m.i.

La missione aziendale, perseguita a norma dell'art. 32 L.R. n. 41/06 e s.m.i. è fondata su:

- promozione della tutela degli assistiti;
- globalità dell'intervento sociosanitario e clinico-assistenziale;
- integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali;
- equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario; riconoscimento dei diritti dei pazienti e dei loro familiari entro cui definire i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i correlati livelli organizzativi.

Per raggiungere tali fini l'Azienda si avvale delle strutture sanitarie e sociali, anche di diritto privato, accreditate, presenti sul proprio territorio e concorre per la quota di spettanza alla gestione di attività e servizi socioassistenziali unitamente ai singoli Enti territoriali attraverso specifici accordi, favorendo la valorizzazione delle risorse umane e professionali dei propri operatori.

1.1.3 Visione Strategica Aziendale

L'ASL2, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa allo scopo di:

- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento valorizzando la vocazione per acuti dei presidi ospedalieri;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socioassistenziali;
- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il case mix trattato e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale.

A tale scopo l'Azienda agisce, sul piano gestionale, per:

- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro famigliari sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della cortesia e della disponibilità del personale, oltre che della rapidità nella gestione delle pratiche amministrative e del confort alberghiero;
- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell'azienda ed assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico- assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- partecipare alla realizzazione ed implementazione del sistema delle reti cliniche regionale attraverso i dipartimenti interaziendali regionali;
- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali utili alla produzione di informazioni per supportare il processo decisionale strategico e direzionale oltre che rendere evidenti i risultati aziendali raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati ed ai cittadini.

Le funzioni attribuite all'ASL2 (DEA II livello, Unità Spinale Unipolare, Area Neurologica, Area Oncologica, etc.) indirizzano la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle esperienze scientifiche migliori e più avanzate.

Pertanto, all'interno dell'Azienda, è attribuita attenzione alla ricerca indirizzata sia alla pratica clinica che all'ambito gestionale in cui:

- l'equilibrio e l'integrazione delle diverse componenti professionali, sono finalizzate alla realizzazione di una azienda di insegnamento volto a garantire, prioritariamente, la qualità dell'assistenza;
- la didattica e la formazione, compresa quella rivolta al volontariato sociale, sono considerati una risorsa preziosa perché e in quanto condivisi con l'intera Azienda e necessari ad accrescere il *know-how* professionale.

La ricerca e l'insegnamento sono svolte per conto dell'Azienda nel pieno rispetto delle finalità aziendali e, qualora realizzati con il coinvolgimento diretto dei pazienti, sono intraprese previo consenso informato degli stessi.

Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

La *mission* istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico.

Un'Azienda genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale.

Il "Valore Pubblico" in un'Azienda sociosanitaria si riferisce all'impatto positivo che l'organizzazione ha sulla comunità e sul benessere collettivo, al di là della sola prospettiva economica. In questo contesto, perciò, il valore pubblico comprende sia gli aspetti sociali che sanitari, considerando il complessivo benessere delle persone e la loro qualità di vita.

In tempi di costante contrazione di risorse e di esigenze sociali crescenti, si crea Valore Pubblico quando si riescono a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini e *stakeholders* in generale). Le esperienze degli ultimi anni inoltre evidenziano che per generare Valore Pubblico occorra porre attenzione agli aspetti economici, ai fattori ambientali e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo orientato al cittadino, dando attuazione ai principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità dei servizi erogati in coerenza con i bisogni e tenendo conto del livello delle risorse disponibili a garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Diventa quindi essenziale individuare metodi di misurazione e rappresentazione del Valore Pubblico creato, individuando obiettivi generali da declinare in sotto obiettivi specifici che possano essere monitorati tramite appositi indicatori sui quali predisporre opportuni target di miglioramento.

La creazione di Valore Pubblico può essere analizzata su tre livelli differenti: a livello individuale, a livello organizzativo e a livello istituzionale. Il Valore Individuale si basa sul contributo di dirigenti e dipendenti alla creazione di Valore Pubblico da parte dell'Azienda. Il Valore organizzativo si riferisce alla capacità dell'Azienda-organizzazione di ottenere risultati in termini di efficienza, economicità ed efficacia e qualità dei servizi erogati. Il Valore Istituzionale si riferisce alla capacità delle istituzioni di produrre e mantenere risultati nel lungo termine.

Un esempio di quanto appena descritto è lo sviluppo della Telemedicina, la quale aumenta l'efficienza organizzativa e garantisce maggiore accessibilità alle cure (Livello individuale e organizzativo), producendo così benefici per la salute dei cittadini (Livello istituzionale).

Il PIAO (Piano Integrato di Attività e di Organizzazione) rappresenta dunque il principale strumento di programmazione integrata e finalizzata alla creazione di Valore Pubblico.

Il PIAO aziendale è strettamente connesso anche al disegno organizzativo delineato dall'Atto di Autonomia Aziendale dell'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, da cui derivano gli assetti organizzativi con cui l'Azienda realizza le proprie attività e intende:

- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- garantire interventi e prestazioni adeguate rispetto ai bisogni, efficacia dei risultati ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Al fine di perseguire il mantenimento e miglioramento dei servizi erogati, l'Azienda individua nel PIAO gli obiettivi generali e specifici da perseguire a cui saranno connessi gli obiettivi assegnati alle strutture dell'Azienda.

Tra gli obiettivi del PIAO trovano spazio anche il miglioramento dell'accessibilità sia fisica che digitale dell'Azienda e la semplificazione e la reingegnerizzazione delle varie procedure, aspetto che è emerso come fattore fondamentale di facilitazione dell'accesso ai servizi e del lavoro da remoto nel corso della pandemia Covid-19.

2.1.1. Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico

Il perseguimento del Valore Pubblico deve essere connesso ad obiettivi strategici, a loro volta connessi ad obiettivi operativi, da monitorare tramite di indicatori che ne misurino gli andamenti nel tempo e il conseguimento di risultati.

La pianificazione strategica dell'ASL2 Azienda Socio-Sanitaria Ligure si basa sulle linee e sugli obiettivi di indirizzo definiti dai principali atti programmatori e regolatori nazionali e regionali.

In primis, con particolare riferimento al triennio in essere, nell'ambito del Valore Pubblico, gli obiettivi aziendali non possono prescindere da quanto indicato nella Missione 6 Salute del PNRR. Le due componenti principali di tale Missione sono:

- Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale": il potenziamento e la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale per garantire cure più accessibili e vicine ai cittadini, attraverso la creazione di Case della Comunità, sviluppo degli Ospedali di Comunità e rafforzamento della telemedicina per migliorare l'accesso alle cure, soprattutto nelle aree remote;
- Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario": la digitalizzazione e l'aggiornamento tecnologico delle strutture sanitarie, anche attraverso lo sviluppo di piattaforme per la condivisione dei dati clinici come il Fascicolo Sanitario Elettronico, e investimenti nella ricerca e nella formazione del personale sanitario.

La programmazione aziendale, inoltre, si rifà ai seguenti principali atti:

- il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e la conseguente programmazione regionale;
- Il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) e il relativo Piano Regionale di Governo della Liste d'Attesa (PRGLA) vigenti;
- Il DM 70/2015 con riferimento agli standard ospedalieri;
- il DM 77/2022, il quale mira a migliorare l'efficienza, l'accessibilità e l'integrazione dei servizi sanitari promuovendo una maggiore capillarità dei servizi sul territorio al fine di garantire assistenza più vicina ai cittadini e ridurre la pressione sugli ospedali. Prevede un'organizzazione basata su una rete di strutture di prossimità, tra cui le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le COT (centrali Operative Territoriali). L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'introduzione di standard minimi di assistenza con relativi indicatori di qualità per valutare l'efficacia dei servizi territoriali. Viene inoltre incentivato l'uso della telemedicina per migliorare l'accesso ai servizi e monitorare i pazienti a distanza, utilizzando soluzioni come il teleconsulto e la teleassistenza, utili per ridurre i tempi di attesa e permettere una gestione a distanza delle patologie croniche. Il DM 77/2022 prevede inoltre un potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, per garantire un supporto adeguato a domicilio, con particolare attenzione ai pazienti anziani e con patologie croniche. L'obiettivo è aumentare la copertura dell'ADI, con standard che prevedono l'assistenza domiciliare per il 10% della popolazione over 65. Integrazione con i servizi sociali promuovendo una forte collaborazione tra sistema sanitario e servizi sociali, in modo da rispondere in modo coordinato alle necessità sanitarie e assistenziali dei pazienti, soprattutto quelli in condizioni di fragilità. Questo richiede una rete operativa di attori locali e professionisti che possano intervenire in modo tempestivo ed efficace.
- il PSSR 2023-2025, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 19/2023 e atto di riferimento principale a livello regionale circa la programmazione del SSR, che descrive le seguenti direttrice di sviluppo (Capitolo 1.3) e i seguenti Strumenti di governance (Capitolo 1.3.8):
    - Ridefinizione della mission dell'ospedale e del territorio nel nuovo layout indicato dal PNRR e dalle sue riforme;
    - Prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella "cura";
    - Integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale;
    - Investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie;
    - Nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali ed organizzativi;
    - Interazione nei percorsi di assistenza;

- Sviluppo di un ecosistema informativo sociosanitario;
- Dinamiche di flusso e risposte operative del sistema Emergenza-Urgenza;
- Segnali di warning e attivazione delle sinergie interistituzionali di risposta alle emergenze;
- Sorveglianza e risposta agli eventi pandemici o potenzialmente pandemici;
- Implementazione del modello "visual-hospital" regionale;
- La determinazione del fabbisogno e degli standard per il personale sanitario SSR;
- La governance delle prestazioni ambulatoriali: appropriatezza e transizione al digitale;
- Il governo dell'assistenza farmaceutica, integrativa, protesica e dei dispositivi medici;
- La gestione del percorso del paziente chirurgico - con particolare riferimento alle liste d'attesa degli interventi chirurgici programmati;
- La governance ed il monitoraggio delle attività dei DMT (Disease Management Team);
- La governance delle strutture sociosanitarie e il percorso di dimissione ottimale;
- La gestione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e della presa in carico territoriale.

- Le D.G.R. n. 436/2024 e D.G.R. n. 800/2024 recanti strategie d'intervento finalizzate all'implementazione del livello di efficientamento del sistema sanitario regionale;
- La D.G.R. con cui la Giunta Regionale assegna annualmente gli obiettivi alle Direzione delle Aziende del SSR;

L'Azienda inoltre conforma la propria attività in base alle azioni di programmazione declinate nell'ambito dei DIAR individuati nel PSSR, a cui si aggiunge il recentemente istituito DIAR Farmaceutico.

La Direzione strategica dell'Azienda, in coerenza con il contesto di riferimento, declina gli obiettivi aziendali sulla base degli indirizzi sopra richiamati e li declina in piani ed obiettivi operativi sia attraverso il processo di budget, sia attraverso un più ampio sistema di monitoraggio di indicatori.

In coerenza con la propria missione e visione strategica, nel triennio 2025-2027 l'Azienda perseguirà la creazione di valore pubblico individuando azioni mirate sulle seguenti aree:

- **Efficienza**: riferita ad azioni di efficientamento organizzativo volte a ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, tecniche ed economiche;
- **Appropriatezza clinica e organizzativa**: riferite ad azioni volte all'utilizzo congruo delle risorse aziendali (per esempio, utilizzo appropriato dei setting assistenziali; miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva);

- **Efficacia**: riferita ad azioni volte al miglioramento degli esiti e alle azioni orientate a tal fine;
- **Equità**: riferita ad azioni volte alla garanzia di accesso ai servizi sanitari da parte degli assistiti.

Di seguito si riportano le principali **priorità di intervento** tramite cui l'Azienda intende perseguire la creazione di valore pubblico e il miglioramento nelle aree sopra elencate.
Il ciclo della performance è sviluppato intorno a tali interventi prioritari e utilizza gli strumenti (sistema di misurazione e valutazione della performance - SMVP - e processo di budget, di cui si fornirà maggiore dettaglio nel paragrafo 2.2) al fine di orientare conseguentemente l'azione delle strutture operative.

Ambiti e azioni prioritarie:

1. Azioni di ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza;
2. Riduzione dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale e dell'attività ospedaliera;
3. Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali;
4. Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva;
5. Potenziamento dell'attività di prevenzione;
6. Standard del personale e utilizzo delle dotazioni aziendali;
7. Digitalizzazione;
8. Accessibilità fisica;
9. Completamento progettualità di rinnovo delle grandi apparecchiature;
10. Ottimizzazione qualità dei dati e consolidamento del SGQ;
11. Presidio della sicurezza sui luoghi di lavoro;
12. Sviluppo professionale;
13. Valorizzazione della comunicazione interna ed esterna;
14. Ulteriore sviluppo dei percorsi relativi alla libera professione intra-moenia.

Nei successivi paragrafi 2.1.2, 2.1.3 e 2.1.4 verranno illustrati gli obiettivi da perseguire nel corso del triennio 2025-2027 con particolare riferimento alle aree di accessibilità fisica e digitalizzazione. Nel paragrafo 2.2 saranno meglio delineati gli obiettivi connessi alle azioni prioritarie sopraelencate e il processo di misurazione e valutazione della performance aziendale.

2.1.2. Accessibilità Fisica

Questo paragrafo indica gli interventi per l'accessibilità fisica previsti dall'Azienda volti all'eliminazione delle barriere architettoniche dagli spazi in uso all'Asl2, incluso **quelle**

sensopercettive, ovvero tutti gli ostacoli fisici che non permettono la completa mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che hanno una capacità motoria ridotta o impedita, temporaneamente o permanentemente.

L'accessibilità e le politiche sulle barriere architettoniche, nella legislazione italiana corrente, sono regolate da diverse norme, tra cui:

- La legge finanziaria 41/1986, in base alla quale viene imposto l'abbattimento delle barriere architettoniche agli enti locali e territoriali;
- La Legge 13 del 1989 ed il suo decreto attuativo D.M. 236/1989 che hanno disciplinato nel dettaglio l'accessibilità degli ambienti e soprattutto dei luoghi pubblici;
- La legge 104/1992, dedicata all'assistenza, all'integrazione sociale e ai diritti delle persone disabili, con lo scopo di garantire il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà ed autonomia della persona disabile;
- Il D.P.R. 503/1996 "regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici".

L'Asl2 nei suoi interventi edili ha seguito e continuerà a seguire la normativa sopra descritta garantendo i tre criteri di qualità degli spazi, definiti dal D.M. 236/89 ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche nei suoi immobili:

1) con il termine **accessibilità**, il DM 236/89 si riferisce al grado più alto di utilizzo di uno spazio e, quindi, la possibilità anche per la persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale di raggiungere l'edificio, l'unità immobiliare privata e pubblica in modo semplice; ma soprattutto fruire degli spazi e delle attrezzature in modo sicuro e autonomo;
2) con il termine **visitabilità** il DM 236/89 si riferisce, al contrario dell'accessibilità, al più ridotto grado di fruibilità dello spazio e in particolare alla limitazione dell'accesso ai disabili nelle aree di relazione e ai bagni per disabili;
3) con il termine **adattabilità** il DM 236/89 indica gli spazi che devono essere facilmente modificabili nel tempo allo scopo di renderli completamente fruibili anche dalle persone disabili e da chi si trova in una ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale.

Come relazionato nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, anno di riferimento 2024, per migliorare il servizio sanitario e conseguentemente favorire l'accessibilità dell'utenza sul territorio, attraverso i fondi messi a disposizione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza sono previsti lavori edili di ristrutturazione sui presidi esistenti, ed in parallelo a questi si prevede di eseguire specifici interventi focalizzati anche sul superamento delle **barriere senso-percettive**, destinati alle persone non vedenti ed agli ipovedenti. Sia le strutture ospedaliere e sanitarie in fase di ristrutturazione, che sui presidi non interessati dai lavori edili ma dove comunque sarà possibile

attuare interventi sull'esistente, verranno adeguati alla normativa vigente compatibilmente con le tempistiche ed alle risorse economiche a disposizione.

Compito di S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica sarà quello di progettare, programmare e successivamente eseguire i lavori necessari per poter dare accessibilità alle persone con disabilità visiva alle strutture ospedaliere ed ai relativi presidi di Asl2, attraverso sistema di segnali e percorsi tattili integrati LOGES-VET-EVOLUTION (LVE) in grado di dare autonomia e sicurezza alle persone con disabilità visiva. Il suo aspetto particolarmente innovativo sta nella sua attitudine a fornire, oltre alle indicazioni tattili, anche informazioni vocali mediante l'integrazione con l'avanzato sistema di guida in autonomia.

La parte tattile consiste in superfici dotate di rilievi studiati appositamente per essere percepiti sotto i piedi, ma anche visivamente contrastate, da installare sul piano di calpestio, per consentire a non vedenti ed ipovedenti "l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo", come prescritto dalla normativa vigente (D.P.R. 503/1996, D.M. 236/1989, ecc.), da installarsi in spazi e strutture pubbliche e private.

Queste superfici sono articolate in codici informativi di semplice comprensione, che consentono la realizzazione di percorsi-guida o piste tattili, ossia dei veri e propri itinerari guidati, come anche di semplici segnali tattili, che sono delle indicazioni puntuali per consentire ai non vedenti ed ipovedenti "*l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo"*.

I sei codici, ritenuti necessari anche dalla Commissione Barriere Architettoniche presso il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sono:

- "DIREZIONE RETTILINEA"
- "ARRESTO/PERICOLO"
- "PERICOLO VALICABILE"
- "INCROCIO"
- "ATTENZIONE/SERVIZIO"
- "SVOLTA OBBLIGATA A90°".

Verranno utilizzate apposite piastrelle in PVC, che potranno essere posate eventualmente anche su pavimentazioni esistenti il cui sistema di segnali e piste tattili fornisce informazioni direzionali e avvisi situazionali, oltre alle mappe tattili a rilievo da posizionare all'ingresso della struttura, ed i cartellini con scritte in braille sulle porte.

Nelle situazioni in cui vengono eseguiti lavori edili, eventualmente, dove e se necessario, i segnali tattili possono essere integrati con i TAG-RFG (acronimo di Radio Frequency Ground), sensori passivi che, installati al di sotto della pavimentazione tattile, fungono da incubatori di informazioni precedentemente inseriti, e che vengono intercettati attraverso l'antenna posizionata all'interno del

bastone elettronico che manda successivamente un segnale via bluetooth all'auricolare dell'utilizzatore.

Come già indicato nella relazione del PIAO, anno di riferimento 2024, gli interventi PNRR da realizzare risultano:

- **n. 6 Case di Comunità (ambulatori)** entro marzo 2026:
  - Albenga_ Santa Maria Misericordia: i lavori edili sono in fase conclusiva
  - Finale Ligure_Ruffini: i lavori edili sono in fase conclusiva
  - Cairo_San Giuseppe: i lavori edili sono in corso
  - Savona_via Collodi: i lavori edili sono iniziati nel mese di novembre 2024
  - Vado Ligure_via Costa: i lavori edili inizieranno nel mese di gennaio del 2025
  - Pietra Ligure_Santa Corona: i lavori edili sono in corso

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Si rende necessario rendere agibili le strutture a tutti i cittadini, rendendo le strutture accessibili anche a persone disabili. Sono state adattate le aree comuni della CDC di Albenga installando il corrimano nei corridoi, e gli accessori per disabili nei servizi igienici; al Ruffini di Finale Ligure, dove i lavori sono stati più invasivi, sono state posate le piste tattili comprese di TAG_RFG e la mappa tattile. Nelle altre Case di Comunità i lavori sono in corso di esecuzione e si prevede l'inserimento di ausili per il superamento delle barriere architettoniche e sensoriali.

- **n. 2 Ospedali di Comunità** entro marzo 2026:
  - Albenga_ Santa Maria Misericordia: lavori edili non sono ancora iniziati
  - Cairo_San Giuseppe: i lavori edili sono in corso

La funzione degli Ospedali di comunità è quella di costituire un ponte tra il domicilio e l'ospedale in senso stretto. I destinatari sono infatti pazienti che hanno bisogno di un ricovero solo di breve durata e per un intervento di intensità media. Lo scopo principale è quello di assistere al meglio chi non potrebbe rimanere a casa, alleggerendo al contempo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti in genere. Si rende necessario rendere agibili le strutture a tutti i cittadini, rendendo le strutture accessibili anche a persone disabili.

- **n. 3 COT (Centrale Organizzativa Territoriale)** entro marzo 2024:
  - Finale Ligure_Ruffini: i lavori edili sono conclusi
  - Savona_via Collodi: i lavori edili sono conclusi
  - Cairo_San Giuseppe: lavori edili conclusi

Strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. In queste aree non è prevista l'accesso al pubblico, pertanto la accessibilità è da garantire al personale dipendente. Fino a quando non siano terminati gli adeguamenti in tema di accessibilità potrà si dovrà compensare tale carenza con misure gestionali.

Il piano di abbattimento delle barriere architettoniche e sensoriali dell'Asl2 si integra strettamente con due obiettivi strategici e di performance previsti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il primo obiettivo riguarda la **comunicazione esterna**, finalizzata a promuovere una conoscenza diffusa, chiara e trasparente dei servizi e delle offerte sanitarie dell'Azienda. Garantire un'informazione accessibile è fondamentale per rendere i servizi sanitari effettivamente fruibili da tutte le categorie di utenza, senza alcuna discriminazione. Il secondo obiettivo è quello delle **pari opportunità**, intese come eliminazione di ogni ostacolo fisico, percettivo o culturale che possa limitare la partecipazione attiva alla vita lavorativa e sociale, sia per i dipendenti che per gli utenti dell'Azienda.

La necessità di programmare interventi mirati si inserisce in una visione strategica a lungo termine, volta a promuovere il miglioramento strutturale e funzionale delle sedi pubbliche dell'Asl2. Questo significa non solo adeguare gli edifici e gli spazi esistenti alle normative vigenti in materia di accessibilità, ma anche anticipare le esigenze future, assicurando che ogni intervento sia progettato per rispondere in modo inclusivo ai bisogni di persone con disabilità, sia motoria che sensoriale. Questo impegno si traduce nell'obiettivo di rendere gli ambienti sanitari non solo conformi alla legge, ma pienamente funzionali e accoglienti per tutti i cittadini.

Le pubbliche amministrazioni e gli enti pubblici hanno il dovere morale e legislativo di garantire condizioni che permettano alle persone con disabilità di sentirsi parte integrante della comunità. Creare ambienti che promuovano l'autonomia, la dignità e la parità di trattamento rappresenta un passo cruciale per eliminare quelle forme di esclusione che, seppur non intenzionali, possono comunque generare disagio e limitazioni. Ogni cittadino deve essere messo in condizione di accedere ai servizi e alle opportunità offerte dalla società, senza che la propria disabilità rappresenti un ostacolo insormontabile.

Le disposizioni legislative in materia di accessibilità, tra cui la Legge n. 13/1989, il D.M. 236/1989, e il D.P.R. 503/1996, sanciscono chiaramente che ogni immobile, pubblico o privato, residenziale o lavorativo, debba essere dotato di attrezzature, ausili e strumenti necessari a rimuovere ogni tipo di barriera architettonica. Tali strumenti non sono soltanto obblighi normativi, ma rappresentano anche un impegno verso l'uguaglianza e la giustizia sociale.

L'ASL2, nei suoi interventi edili e infrastrutturali, si è sempre attenuta a queste disposizioni normative, dimostrando una costante attenzione alle esigenze di accessibilità dei propri utenti.

Questo approccio continuerà a essere perseguito con determinazione, prevedendo interventi mirati al miglioramento degli spazi sanitari, affinché ogni presidio di competenza diventi un luogo inclusivo e accessibile, rispecchiando pienamente i principi di equità, autonomia e rispetto per la dignità di ogni persona.

2.1.3. Accessibilità Digitale

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR. Tra le missioni individuate dal PNRR la missione M6 "Salute" stanzia complessivamente 18,5 miliardi 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. Tale missione prevede per ASL2, in base alle strategie condivise a livello regionale:

- interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali, in particolare sostituzione di n. 10 nuove "grandi" attrezzature (angiografi, TC, Tomografo a risonanza magnetica, PET/CT, gamma camera, mammografi, sistema radiologico diretto, ecografo)
- interventi di ammodernamento tecnologico e digitale dei sistemi e infrastrutture ICT, finalizzati all'aumento del livello di "maturità digitale", da declinarsi in vari interventi di adeguamento tecnologico e funzionale dei sistemi informativi ospedalieri e territoriali di ASL2, tra i quali:
    - migrazione al cloud delle infrastrutture digitali, dei sistemi e dei dati aziendali
    - adeguamenti funzionali e tecnologici dei sistemi applicativi sanitari ospedalieri (es.: adeguamenti Cartella Clinica Elettronica)
    - connettività a banda ultra-larga per tutte le sedi ASL2 (Piano Sanità connessa)
    - rinnovo complessivo delle attrezzature informatiche aziendali (PC desktop)
    - rinnovo delle infrastrutture digitali di rete, compresa la parte Wifi, di ASL2
    - interventi sul fronte Cyber security
    - nuove piattaforme a supporto della sanità territoriale (COT, ADI, …)
    - gli aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico con l'adozione di nuovi standard tecnologici per l'interoperabilità (es. FHIR) e sistemi di validazione dei dati strutturati
    - l'aggiornamento e l'aumento dei servizi di interoperabilità tra sistemi IT, sia a livello aziendale che con sistemi esterni (es. sistemi nazionali, di altre aziende liguri (es. negli ambiti di laboratorio e radiologia)
    - l'aggiornamento dei sistemi di analisi dei dati clinici (dashboard e reporting)
    - interventi relativi all'informatizzazione del "territorio" (ospedali di comunità, case di comunità, centrali operative territoriali)

- interventi legati alla telemedicina

In questo paragrafo sono riportati gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale individuati da ASL2 per ampliare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e 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 ASL2 ha effettuato negli ultimi anni numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare specifiche piattaforme. ASL2 aderisce inoltre, come gli altri Enti del SSR, al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale aggiornando giornalmente le modalità di conferimento dei dati secondo gli standard previsti a livello nazionale e regionale per le diverse tipologie di referti e documenti clinici previsti dal piano regionale.

A titolo di esempio si richiama l'attivazione della nuova modalità di consegna on line dei referti di laboratorio analisi ai donatori di sangue attraverso una piattaforma web.

Nel 2024 sono stati ulteriormente adeguati i sistemi informatici interni allo scopo di proseguire l'adeguamento al FSE 2.0 relativamente ai seguenti documenti:

1. Referto laboratorio
2. Referto radiologia
3. Altri referti ambulatoriali
4. Lettera di dimissione
5. Verbale Pronto Soccorso
6. Certificato vaccinale e certificato di somministrazione di singola vaccinazione

Nel corso del 2025 sono previsti ulteriori adeguamenti dei sistemi informatici in modo da consentire di proseguire nel percorso di progressiva alimentazione del FSE 2.0, secondo quanto previsto dalle norme: referto anatomia patologica, ulteriori referti ambulatoriali, altri dati, altri documenti. Inoltre, è prevista, a livello regionale (in molte regioni è già attiva da molti anni), l'attivazione dell'accesso al FSE 2.0 da parte degli operatori sanitari.

2.1.4. Semplificazione e Digitalizzazione

In questo paragrafo sono illustrati i principali Obiettivi di semplificazione dei processi e delle procedure messe in atto da ASL2 e finalizzate a ridurre il peso della burocrazia su cittadini e imprese. Semplificazione vuol dire rendere più chiaro, comprensibile, rapido e snello il funzionamento dell'Amministrazione, tagliando passaggi procedurali e adempimenti inutili, eliminando tutto quello che è superfluo o addirittura di ostacolo per un buon funzionamento dell'amministrazione. La semplificazione è uno dei punti cardine del PNRR.

La semplificazione amministrativa riveste un ruolo centrale per lo sviluppo socioeconomico, costituendo un fattore abilitante per la rimozione degli ostacoli amministrativi e procedurali allo

sviluppo delle imprese, e ispira infatti diverse riforme settoriali contenute nel PNRR, all'interno delle singole Missioni.

In questo contesto, la figura del Responsabile per la Transizione al Digitale, introdotta attraverso la modifica dell'articolo 17 del CAD, Codice dell'Amministrazione Digitale, con il D.Lgs. 26/08/2016 n. 179 e D.Lgs. 13/12/2017 n. 217, diventa via via sempre più importante. La nomina del nuovo RTD di ASL2 è avvenuta con Deliberazione n. 608 del 29.8.2024.

Il processo di digitalizzazione di ASL2 avviene su diversi fronti:

1. Ambito dei processi amministrativi
2. Ambito dei processi sanitari
3. Ambito delle tecnologie ICT
4. Ambito delle tecnologie medicali

1. Nell'ambito dei processi amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione di pagamento, in gran parte ancora gestiti in maniera cartacea e disomogenea dai singoli servizi, per un progressivo passaggio "al digitale", in particolare al sistema nazionale PAGOPA. A partire dalla maggior parte dei ticket sanitari – già pagabili dal cittadino tramite PagoPA – verrà attivata, progressivamente nel tempo, analoga possibilità per tutti i servizi erogati che richiedono un pagamento (es.: ticket PS, copia cartella clinica, diritti segreteria, sanzioni, ecc.).

Sono inoltre in corso altre progettualità come ad es. l'implementazione di un Portale del Cittadino (CRM) per le prenotazioni ed il pagamento on line delle prestazioni di Libera Professione e di altri casi specifici, oggi non gestiti dal sistema CUP generico regionale, limitato alle sole prestazioni di specialistica ambulatoriale SSN)

2. Nell'ambito dei processi sanitari sono invece in corso numerosi e rilevanti interventi per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera di ricovero, dell'area dell'emergenza-urgenza, dell'area radiologica, di diagnostica strumentale in vitro, che procedono di pari passo ad attività di messa in sicurezza del sistema informativo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud. L'unitarietà organizzativa delle aree di information technology ed ingegneria clinica consente inoltre una migliore e più efficace gestione dei processi di acquisizione, gestione ed integrazione di sistemi diagnostici complessi (es. catene di automazione dei laboratori analisi, grandi apparecchiature, attrezzature di medio bassa tecnologia) ormai diventati - anch'essi – "digitali". In questo contesto, in continua evoluzione, si sta inoltre approfittando di tale unitarietà della gestione delle tecnologie per mettere progressivamente in sicurezza l'*asset* biomedicale, soggetto, così come altre tecnologie, a rischi di sicurezza informatica (cyber security).

Sul fronte territoriale, come già accennato nel paragrafo dedicato al PNRR, si stanno implementando nuove piattaforme a supporto dei processi di presa in carico, cura ed assistenza del paziente in modalità completamente digitale, anche implementando soluzioni di Telemedicina. Si

pensi ad es. ai casi in cui potrà essere semplificato l'accesso ai servizi da parte del cittadino grazie a sistemi di telemedicina quali ad esempio la televisita, la teleriabilitazione e il telemonitoraggio con i quali è possibile erogare prestazioni e servizi (televisite, monitoraggio parametri, ecc.) da remoto, in particolare consentendo al cittadino di rimanere al proprio domicilio (o RSA, o altre strutture).

3. Nell'ambito delle tecnologie ICT ASL2 segue le indicazioni normative, le linee guida oltre ai vincoli di aggiornamento tecnologico, quali strumenti per l'innovazione sempre più necessaria in termini di:

- sicurezza informatica (c.d. cybersecurity), attraverso sistemi di sicurezza degli end-point, sicurezza perimetrale, costante aggiornamento dei sistemi operativi e degli applicativi, servizi di SOC (Security Operation Center H24)
- resilienza, attraverso sistemi di disaster recovery, sistemi in cloud e soluzioni di continuità operativa
- semplificazione, attraverso l'adozione di soluzioni cloud, sistemi in hosting, consolidamento sistemi e virtualizzazione.

4. Nell'ambito delle tecnologie medicali ASL2 segue le indicazioni normative oltre ai vincoli di aggiornamento tecnologico, quali strumenti per l'innovazione sempre più necessaria in termini di:

- sicurezza informatica (c.d. cybersecurity), attraverso l'estensione delle logiche e degli strumenti e sistemi di sicurezza informatica anche a questo tipo di tecnologie (ancora oggi spesso carenti), compreso il costante aggiornamento dei sistemi operativi e degli applicativi clinici a supporto delle stesse
- Aumento delle integrazioni tra queste tecnologie e quelle ICT nell'ottica della semplificazione dei processi interni e dell'aumento della sicurezza del loro utilizzo.

2.1.5. Pari opportunità e equilibrio di genere

In questa sezione vengono brevemente sintetizzati gli obiettivi che ASL2 intende perseguire in materia di pari opportunità, parità di genere, inclusione, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, benessere organizzativo, secondo quanto previsto e stabilito dall'art. 48 del Decreto Legislativo n. 198 dell'11/04/2006 (Codice della Pari Opportunità).

Con Deliberazione n. 994 del 07/10/2022 recante "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, ai sensi dell'Art. 57 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - individuazione dei componenti di parte pubblica e di parte sindacale" ASL2 ha costituito il proprio Comitato Unico di Garanzia.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un

pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'Amministrazione.

Il CUG di ASL2 con il Piano di Azioni Positive in corso (2024-2026) intende promuovere attività di formazione, sensibilizzazione e comunicazione nell'ambito del benessere organizzativo-lavorativo. Tali attività hanno lo scopo di promuovere conoscenze e strumenti utili al mantenimento di un ambiente di lavoro sereno e che valorizzi il benessere delle persone, anche in ottica di genere e di pari opportunità. Nell'ottica di una migliore applicazione del Codice di Condotta saranno implementati cicli formativi/informativi relativi alla gestione dei conflitti, della inciviltà lavorativa, delle molestie, stalking/mobbing/bossing con l'obiettivo di rafforzare la conoscenza delle menzionate situazioni di criticità e, al contempo, fornire strumenti e strategie di contrasto.

2.2. OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

Nel presente paragrafo si descrive come l'Azienda sviluppa il ciclo della performance intorno agli interventi prioritari citati al paragrafo 2.1 e ne utilizza gli strumenti al fine di orientare conseguentemente l'azione delle strutture operative.

2.2.1 Il Piano della Performance

Il Piano delle Performance, di cui al Decreto Legislativo 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", modificato con D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, prevede l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi definiti dall'art. 10 del D.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal D.Lgs. n. 150/2009, è stata introdotta una disciplina organica per la pubblica amministrazione relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito del personale finalizzati all'incremento della produttività. La normativa citata inoltre insiste sulla pubblicizzazione di atti, curriculum, procedure, attestazioni, per una maggiore trasparenza dell'attività, ruolo e competenza, dei dirigenti.

Il Piano Triennale della Performance 2025-2027 incluso nel presente documento, oltre che sul sito istituzionale https://piao.dfp.gov.it/, sarà inoltre pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito dell'ASL2, successivamente alla deliberazione secondo i termini di legge.

Il sopracitato Piano rappresenta il documento principale di programmazione del Ciclo delle performance disciplinato dal D.Lgs. n. 150/2009.

Più in dettaglio, il Ciclo della Performance, si articola nelle seguenti fasi:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Figura 2: Ciclo della performance

Il ciclo di gestione della Performance si svolge con frequenza annuale attraverso l'implementazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che include:

- il processo di budget, con il quale si misura e valuta la performance organizzativa;
- il sistema di valutazione delle performance individuali.

Si distinguono due attività del Ciclo della performance:

- la **misurazione** riguarda la definizione di indicatori specifici allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance organizzativa) ed i contributi individuali (performance individuali).
- la **valutazione** riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione e la verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati.

In base al D.Lgs. n. 150/2009, la fase di valutazione deve avere come output finale la Relazione annuale sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano della Performance. Nella Relazione annuale, l'amministrazione inoltre illustra le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

ASL2, nella progettazione, costruzione e implementazione del SMPV riconosce il ruolo fondamentale del Nucleo di Valutazione/Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che svolge un'azione propositiva e di stimolo verso la Direzione Strategica e di verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione aziendale.

Il SMVP delle performance adottato dall'Azienda si ispira ai seguenti indirizzi:

a) connessione tra gli indirizzi nazionali e regionali di programmazione annuale e pluriennale che rappresentano il primo riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali;
b) valorizzazione della dimensione strategica che l'Azienda intende mettere in campo nel medio-lungo periodo verso cui orientare le scelte programmatiche di breve periodo;
c) costante confronto di benchmarking al fine di individuare valori di riferimento regionali, nazionali ed internazionali;
d) valorizzazione del sistema di budgeting aziendale inteso come strumento di programmazione collegato al piano delle performance, traducendo gli indirizzi strategici regionali ed aziendali in obiettivi di struttura;
e) garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza delle performance, assicurando un adeguato livello di comprensione anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità.

Strumento principale del SMVP è il processo di budget, disciplinato da apposito "*Regolamento Aziendale per il processo di budget e della performance aziendale"* approvato con deliberazione dalla Direzione strategica, e articolato in tre fasi principali:

A. Assegnazione degli obiettivi di budget;
B. Gestione del budget e delle performance aziendale;
C. Verifica finale del budget.

La fase di Assegnazione degli obiettivi di budget prevede la negoziazione con le singole strutture/Centri di Responsabilità (CdR) al fine di individuare indicatori per monitorare gli obiettivi aziendali e i relativi target da raggiungere. L'esito della definizione puntuale degli indicatori con i quali verranno monitorati gli obiettivi aziendali e valutato il loro raggiungimento sarà contenuto nella deliberazione di adozione delle schede budget assegnate ai CdR che sarà pubblicata sul sito istituzionale aziendale alla sezione Amministrazione trasparente/Performance.

Al fine di guidare la predisposizione degli obiettivi e la scelta degli indicatori l'Azienda redige annualmente il documento "*Linee di indirizzo Obiettivi di Budget e Piano Annuale delle Performance"* approvato con deliberazione dalla Direzione strategica.

Gli **indicatori di performance** devono avere alcune caratteristiche fondamentali:

a. *comprensibilità:* indicatore chiaro, contestualizzato, concreto, intellegibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore;
b. *rilevanza*: indicatore riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate, come *outcome*, *output*, attività, efficienza, efficacia, comportamenti;
c. *confrontabilità:* indicatore comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto a organizzazioni simili e attività standard;
d. *fattibilità/misurabilità:* indicatore misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento;
e. *affidabilità*: indicatore in grado di rappresentare e misurare efficacemente il fenomeno oggetto di analisi.

Inoltre, l'Azienda ritiene necessario avvalersi di sistemi di confronto/benchmark dei valori attesi, sia a livello regionale, nazionale che internazionale, a cui fare riferimento nella definizione degli indicatori, degli standard e dei target da perseguire, tra cui:

- Ministero della Salute con il *Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG),* finalizzato al monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- AGENAS con il *Programma Nazionale Esiti (PNE)*, strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo e azioni volte al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN tramite la misurazione e la valutazione di indicatori di esito, di volume e di appropriatezza;
- Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che tramite il *Laboratorio Management e Sanità (MeS)* ha sviluppato un sistema multidimensionale di valutazione della performance dei servizi sanitari (il c.d. *bersaglio* e il c.d. *pentagramma* con cinque fasce di valutazione) delle Regioni aderenti;
- altri sistemi di valutazione e indicatori derivanti dagli atti programmatori nazionali e regionali già menzionati nel paragrafo 2.1.1 (p.e. indirizzi dei DIAR).

In riferimento al triennio 2025-2027 e alla programmazione del ciclo di performance dell'anno 2025, come riportato nel paragrafo 2.1, le priorità di intervento di ASL2 sono individuate nelle seguenti azioni, sulla base delle quali saranno formulati gli obiettivi delle strutture aziendali e gli indicatori da assegnare nel processo di budget:

1. Azioni di ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza

Si porteranno avanti azioni di ottimizzazione della mission delle strutture aziendali in coerenza con quanto previsto dal PSSR 2023-2025, anche alla luce della programmazione regionale prevista in merito agli Ospedali di Comunità. Si riporta la tabella inclusa nel PSSR 2023-2025 riferita alle strutture di Asl 2 (pp. 109).

Struttura	Sistema Emergenza-Urgenza	Mission
Santa Maria della Misericordia, Albenga	PPI	Ospedale integrato con il presidio di Santa Corona ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità.
Santa Corona*, Pietra Ligure	DEA II livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del Ponente ligure per l'attività in emergenza-urgenza di ASL 1 e ASL 2 e per l'elevata complessità. Presidio di riferimento Regionale per la Riabilitazione intensiva ed estensiva.
San Giuseppe, Cairo Montenotte	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale e ambulatoriale, sede di Ospedale di comunità e Casa di comunità.
San Paolo, Savona	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento per l'elevata complessità assistenziale in integrazione con il presidio Santa Corona.

*Compreso il completamento della progettazione del Nuovo Ospedale S. Corona

Sono inoltre obiettivi aziendali:

- Maggior supporto della rete ospedaliera alle attività di Pronto Soccorso;
- Potenziamento dell'Area Emergenza-Urgenza e azioni di cui alla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 11/2022;
- Azioni in base a indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n. 589/2023 sulla chirurgia ambulatoriale e alla D.G.R. n. 800/2024 circa la riorganizzazione della rete dei laboratori;
- Maggior appropriatezza ed efficienza dell'attività di consulenza su specifici percorsi.

2. Riduzione dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale e dell'attività ospedaliera

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, si porteranno avanti obiettivi di potenziamento dei percorsi di visita e di riorganizzazione della gestione dei follow up, anche secondo gli indirizzi e le priorità regionali.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, si focalizzerà l'azione sugli interventi di cui alla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 120 del 24 maggio 2023 "Linee di Indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria".

3. Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali

Il potenziamento delle attività territoriali e distrettuali seguirà gli indirizzi di cui al D.M. n. 77/2022 e alle connesse progettualità PNRR della Missione 6 Component 1. In particolare:

- Attivazione ed efficientamento delle Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di comunità come previsto nei piani operativi dei rispettivi progetti PNRR;
- Implementazione dei percorsi di telemedicina come da progettualità PNRR;
- Potenziamento della continuità assistenziale e della presa in carico dei soggetti fragili (Attività consultoriale, AFA, ecc), anche al fine della riduzione delle ospedalizzazioni evitabili;
- Potenziamento dell'ADI in relazione agli obiettivi della progettualità PNRR e delle Cure Palliative;
- Implementazione della Medicina di Iniziativa e sviluppo di piani di promozione della salute e di empowerment di comunità;
- Implementazione di interventi strutturati di educazione alla salute.

4. Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva

Sul tema dell'efficienza e dell'appropriatezza prescrittiva saranno attuate:

- Azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica verso i prescrittori (monitoraggio e formazione);
- Azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica verso i prescrittori (monitoraggio e formazione);
- Azioni volte al miglioramento/presidio dell'efficienza farmaceutica ospedaliera e territoriale attraverso appropriatezza, farmacovigilanza e riconciliazione farmacologica delle terapie prescritte.

5. Potenziamento dell'attività di prevenzione

Si perseguiranno azioni di potenziamento/presidio nell'ambito della prevenzione con particolare riferimento a:

- le coperture vaccinali e l'adesione agli screening;
- ulteriori azioni connesse agli obiettivi di Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), comprensive anche di attività rivolte alla popolazione (sensibilizzazione sulle tematiche della prevenzione).

6. Standard del personale e utilizzo delle dotazioni aziendali

L'Azienda si propone di incrementare i livelli di efficienza nell'utilizzo delle risorse tecniche (posti letto, sale operatorie, apparecchiature), delineando gli standard organizzativi del personale al fine di analizzare le ricadute sulla dotazione organica, sulla turnistica e sui fabbisogni.

7. Digitalizzazione

Per le azioni previste si rimanda a quanto indicato ai paragrafi 2.1.3 e 2.1.4.

8. Accessibilità fisica

Per le azioni previste si rimanda a quanto indicato al paragrafo 2.1.2.

9. Completamento progettualità di rinnovo delle grandi apparecchiature

L'Azienda proseguirà e completerà la progettualità PNRR prevista nella Missione 6 Component 2 di rinnovo delle grandi apparecchiature. Per maggiori indicazioni si rimanda a quanto indicato al paragrafo 2.1.3.

10. Ottimizzazione qualità dei dati e consolidamento SGQ

L'Azienda mira a monitorare costantemente la qualità dei dati raccolti ai fini della rendicontazione delle attività erogate e dei fabbisogni, in termini di completezza, correttezza e tempestività, per supportare la programmazione e il controllo direzionale e operativo. L'Azienda si propone inoltre di consolidare il proprio Sistema di Gestione Qualità.

11. Presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

In merito al presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro saranno attuati specifici interventi tecnici di rinnovo/progettazione/adeguamento nelle strutture aziendali, attività di formazione e riorganizzazione di processi lavorativi.

12. Sviluppo professionale

L'Azienda proseguirà le attività finalizzate allo sviluppo professionale delle competenze degli operatori, che saranno incluse nel Piano di Formazione Aziendale (PFA) che sarà oggetto di Deliberazione aziendale e successiva pubblicazione sulla sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

13. <u>Valorizzazione comunicazione interna ed esterna</u>

L'Azienda proseguirà le attività finalizzate alla valorizzazione della comunicazione interna ed esterna, che saranno incluse nel Piano Aziendale di Comunicazione (PAC), che sarà oggetto di Deliberazione aziendale e successiva pubblicazione sulla sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

14. <u>Ulteriore sviluppo dei percorsi relativi alla libera professione intra-moenia</u>

L'Azienda si propone di ulteriormente sviluppare i percorsi della libera professione intra-moenia anche in relazione all'abbattimento dei tempi di attesa e in linea con gli indirizzi regionali.

Alla luce degli obiettivi di Valore pubblico indicati al paragrafo 2.1 (Efficienza, Efficacia, Appropriatezza, Equità) e dei conseguenti interventi prioritari sopra elencati, l'Azienda procederà ad assegnare obiettivi e indicatori di budget, che saranno utilizzati per la misurazione e valutazione della performance organizzativa, secondo le seguenti aree:

1. **<u>Attività/Produzione</u>**: include gli obiettivi di mantenimento e potenziamento delle attività erogate da parte dell'Azienda;
2. **<u>Costi</u>**: include obiettivi specifici di efficientamento dei costi.
3. **<u>Organizzazione (Efficienza/Appropriatezza/Efficacia)</u>**: include indicatori riferiti all'utilizzo efficiente e appropriato delle risorse aziendali e agli indicatori di efficacia (incluse *proxy*);
4. **<u>Qualità/Formazione/Revisioni di processo</u>**: include obiettivi riferibili ai percorsi di formazione, alla predisposizione e revisione di procedure/percorsi (Sistema Gestione Qualità – SGQ), al presidio e mantenimento della qualità dei dati (tempestività, correttezza e completezza).

Ad integrazione di quanto sopra delineato, il Piano della Performance aziendale si allinea agli obiettivi del Direttore Generale che vengono assegnati annualmente alle Direzioni Generali delle Aziende del SSR. In attesa dell'approvazione degli obiettivi 2025, si riportano di seguito gli obiettivi dell'anno 2024 di cui alla D.G.R. n. 789 del 01/08/2024 che ha confermato quelli del 2023 (D.G.R. n. 658/2023).

N. obiettivo (come da DGR 789)	Descrizione obiettivo	Indicatore	Target
1	Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	Giorni di ritardo rispetto a quanto previsto dalla normativa	a) 0% per ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commercialmente residuo; b) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; b) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; c) 90% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.
AREA PREVENZIONE			
2	Copertura vaccinale a 24 mesi: a) nei bambini per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) b) nei bambini per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) c) anti-pneumococcica d)antimeningococcica ACWY quadrivalente	a) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) b) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con almeno 1 dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) c) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) d) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per antimeningococcica ACWY quadrivalente e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	95% o miglioramento rispetto al dato 2021/2022
3	Copertura vaccinale anti- HPV	Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (Coorte 2012 nel 2023)	95% o miglioramento rispetto al dato 2022/2023
4	Screening colon retto	% adesione alla colonscopia dopo esito positivo al SOF	85% o miglioramento rispetto al dato 2022/2023
		% di soggetti che hanno effettuato colonscopia entro 30 gg dopo SOF positivo	50% o miglioramento rispetto al dato 2022/2023
5	Sistema di sorveglianza PASSI	numero minimo di interviste annue per garantire un campione rappresentativo regionale (almeno 1200 circa totali Liguria /anno)	275 anno per ottenere campione di rappresentatività aziendale

6	Mantenimento della qualifica sanitaria di INDENNE degli allevamenti per tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovicaprina, leucosi bovina enzootica	Rispetto della programmazione con esito verifiche sierologiche compatibili con il mantenimento della qualifica sanitaria	Mantenimento della qualifica INDENNE
AREA SOCIO-SANITARIA			
7	Riduzione delle liste d'attesa per le attività di neuropsichiatria infantile	Utenti in lista d'attesa	Riduzione delle liste d'attesa rispetto al dato 2023
8	Potenziamento della presa in carico domiciliare (cure domiciliari e palliative)	Rapporto tra numero prese in carico complessive e popolazione over 65	Incremento rispetto al dato 2022/2023
APPROPRIATEZZA OSPEDALIERA E RECUPERO TEMPI D'ATTESA			
9	Riduzione dei parti cesarei nei limiti delle % Lea	Rapporto tra il numero di parti cesarei (drg 370, 371) ed il numero totale di parti (drg 370, 371, 372, 373, 374, 375) negli ospedali liguri	<25% sopra i 1000 parti, <15% sotto i 1000 parti o riduzione rispetto al dato 2022/2023
10	Riduzione della degenza media area medica standardizzata per drg	Numeratore: giornate di degenza Denominatore: numero di dimessi	Riduzione rispetto al dato 2022/2023
11	Riduzione dell'utilizzo di albumina finalizzata all'avvicinamento al best standard nazionale	Numero di flaconi	Riduzione rispetto al dato 2023
12	Miglioramento tempi di attesa per prestazioni di specialistica PNGLA critiche (Classe di priorità B e D)	INDICE DI PERFORMANCE: rapporto tra prestazioni erogate nei tempi previsti dalla classe di priorità e prestazioni complessive prescritte per quella classe. Dati consultabili mensilmente sul sito web di Alisa.	Riduzione rispetto al dato 2022/2023
AREA FARMACEUTICA			
13	Consolidare la qualità dei dati dei consumi dei farmaci trasmessi dalle aziende sanitarie ad A.Li.Sa. al fine di poter efficacemente attuare attività di programmazione, monitoraggio, controllo e miglioramento e per garantire gli adempimenti LEA A) LEA C14-C15 B) LEA C6	A) 1) Corrispondenza flussi dei consumi dei farmaci con voce di acquisto (CE) 2) Corrispondenza flusso tracciabilità con flusso consumi farmaci (flusso diretta + flusso ospedaliera) 3) Completezza e rispetto della tempistica nell'invio dei dati richiesti B) 1) Copertura maggiore o uguale al 75% dei costi rilevati dal modello di conto economico rispetto alla spesa rilevata dal flusso consumi (periodo gennaio-dicembre) 2) Percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti maggiore o uguale al 70%	A) 1) Corrispondenza al 100% o riconciliazione 2) Corrispondenza al 100% o riconciliazione 3) Aderenza al 100% B) 1) Corrispondenza al 100% 2) Corrispondenza al 100%

14	Implementazione utilizzo farmaci biosimilari	Indicatore e Target: per ciascuna singola molecola: DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola a monitoraggio =1; l'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare

Tabella 4: obiettivi assegnati al Direttore Generale di cui alla D.G.R. n. 789/2024

Nei successivi paragrafi viene meglio descritta la cornice di riferimento delineata dalla normativa nazionale e dagli atti programmatori regionali entro cui si svilupperanno alcune delle soprarichiamate azioni individuate per il triennio di riferimento del presente Piano.

2.2.1.1 Area Prevenzione

Il PNP (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025) rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente *(One Health)* che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistema.

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i macro-obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment e capacity building*, raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Il PNP 2020-2025 richiama la necessità strategica di agire su tutto il sistema complesso dei diversi attori coinvolti nelle politiche di prevenzione della salute e sicurezza sul luogo.

Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:

- Malattie croniche non trasmissibili
- Dipendenze e problemi correlati
- Incidenti stradali e domestici
- Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- Ambiente, clima e salute
- Malattie infettive prioritarie

Il documento, rappresentando quindi la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica, investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di costo-efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e

internazionali. Il Piano adotta infine un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

In particolare, a livello regionale e locale è necessario consolidare e strutturare più capillarmente i Piani di Prevenzione tematici (Piano nazionale edilizia, Piano nazionale agricoltura, Piano nazionale patologie da sovraccarico biomeccanico, Piano nazionale stress lavoro correlato, Piano nazionale cancerogeni occupazionali e tumori professionali).

In riferimento all'area della Prevenzione, si prosegue il monitoraggio degli indicatori declinati su alcune aree dal Nuovo Sistema di Garanzia[6].

2.2.1.2 Area Territoriale/Distrettuale

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la centralità dei servizi sanitari pubblici. La pandemia ha però anche evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato ricorso delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema. La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici.

Con il DM 77/2022 viene definito un nuovo modello organizzativo che mira ad una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

La Regione Liguria, con DGR n. 1223-2022 del 06/12/2022, ha approvato il documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM 77/2022", di cui si riportano in sintesi le principali linee programmatorie.

Il PNRR e il DM 77/2022 introducono una profonda rivisitazione della componente territoriale della quale vanno ridefiniti ruolo e organizzazione. Di seguito sono riportate alcune indicazioni volte a facilitare ed accompagnare il percorso che porterà al nuovo modello di offerta incentrato sul distretto.

Alla luce delle nuove offerte previste dalle strutture territoriali, e dalla programmazione sanitaria in divenire secondo quanto previsto dal PNRR, occorre ridefinire e adeguare le attività di Cure Intermedie che risultano attualmente inserite nel contesto della disponibilità di posti letto ospedalieri ridefinendo anche la filiera territoriale.

[6] (Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria)

La Riorganizzazione della Rete Territoriale

Nell'ottica di un approccio One Health, il progetto salute-ambiente-clima si incardina nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che in una prospettiva ripercorre gli indirizzi dei vigenti piani specifici, quali ad esempio il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano d'Azione per la Salute Mentale e il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale. L'indicazione è quindi quella di investire in modelli organizzativi che favoriscano la creazione di reti assistenziali multi professionali, multisettoriali e multidimensionali, realizzate tecnicamente attraverso il sistema informativo sociosanitario unico regionale, che non interviene su singoli episodi di malattia ma si fonda su un modello centrato sulla medicina di iniziativa ponendo al centro i bisogni delle persone, coinvolgendone attivamente nella gestione della malattia e sulla prevenzione. Il governo dell'assistenza territoriale risulta complesso per la molteplicità degli interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (prossimità, risposte socioassistenziali, prevenzione, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati. La struttura sociodemografica attuale e la sua proiezione futura richiedono profondi cambiamenti nel modello organizzativo di intervento. La governance del nuovo impianto della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata al Distretto, cardine della risposta territoriale chiamato ad operare attraverso:

- La riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione di struttura della rete di prossimità quali le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC) e con la costituzione delle COT, nodo di coordinamento di sistema;
- 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 di Comunità (CdC) rappresenta anche il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multiprofessionali 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

Il Distretto rappresenta la sede in cui si realizzano la gestione e il coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, nonché il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL, deputato alla facilitazione dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

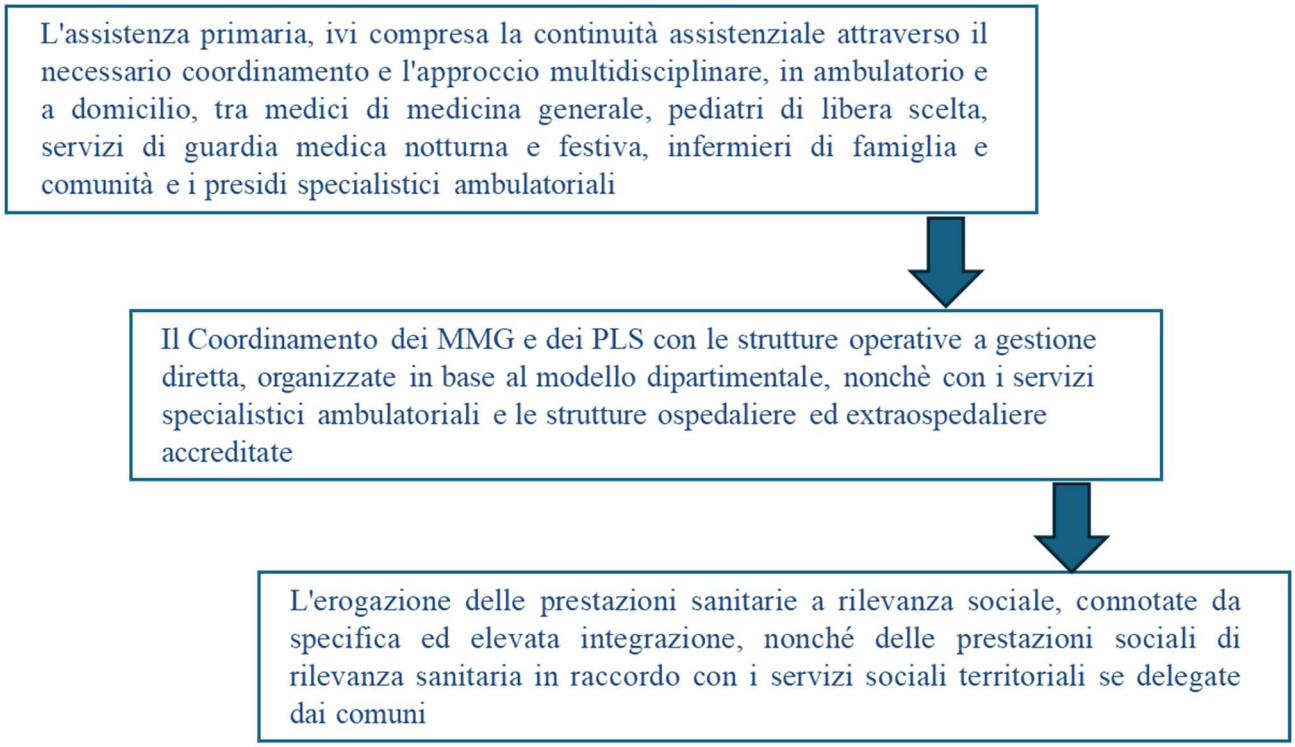
Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. Il Distretto, pertanto, per la sua valenza strategica, afferisce direttamente alla Direzione Aziendale.

L'omogeneità dell'attività dei Distretti è garantita a livello regionale da A.Li.Sa., che si avvale del DIAR dei Distretti Sociosanitari (istituito con DGR n.155 del 04/03/2022). Questa integrazione ha lo scopo di uniformare a livello regionale percorsi e procedure e di integrare le varie dimensioni territoriali e le funzioni sociosanitarie e sociali, in connessione con l'area ospedaliera, anche alla luce delle progettualità introdotte con il PNRR con particolare riferimento alla Missione 6 componente 1.

A tal fine, il Distretto, svolge le seguenti funzioni:

- **Committenza** ovvero la responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le unità operative 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 territoriali facendo ricorso a strutture distrettuali, territoriale 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 deve garantire:



Il PSSR sintetizza i ruoli cardine del management della rete territoriale: Distretto, Direttore di Distretto, Casa di Comunità, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Centrale Operativa Territoriale e Ospedali di Comunità.

L'organizzazione dell'offerta territoriale si realizza attraverso:

- Integrazione sociosanitaria
- Definizione del percorso unitario e del potenziamento delle equipe nella presa in carico
- Ridefinizione dei percorsi assistenziali e di continuità territorio-ospedale-territorio
- Percorso dimissioni protette
- Percorsi riabilitativi integrati sociosanitari
- Percorsi di residenzialità extra-ospedaliera
- Percorso del paziente cronico
- Potenziamento delle cure domiciliari per mantenere autosufficienza e inclusione sociale
- Cure domiciliari e Cure palliative domiciliari (UCPDom)
- Unità di continuità assistenziale (UCA)

Casa di Comunità

Secondo il PNRR è il punto di riferimento continuativo per la popolazione, quale riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la presa in carico

(PIC) delle persone a maggiore intensità assistenziale. In Italia ne sono previste complessivamente 1288, 32 in Liguria (Figura 6) di cui 30 a finanziamento PNRR. Si tratta di strutture, in rete con il sistema informativo sanitario, in cui operano equipe multiprofessionali composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Infermieri di Comunità e altri professionisti della salute. Rappresenta il punto di integrazione con i Servizi Sociali del territorio, i servizi per la Salute Mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Al suo interno sono previsti servizi polispecialistici, diagnostici, punto CUP, prelievi, vaccinazioni, screening. L'obiettivo dello sviluppo delle Case di Comunità è quello di garantire in modo coordinato: l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino e garantire la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa proattiva con un ruolo centrale dell'infermiere di comunità come collegamento tra i bisogni della popolazione e il sistema sanitario. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

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.

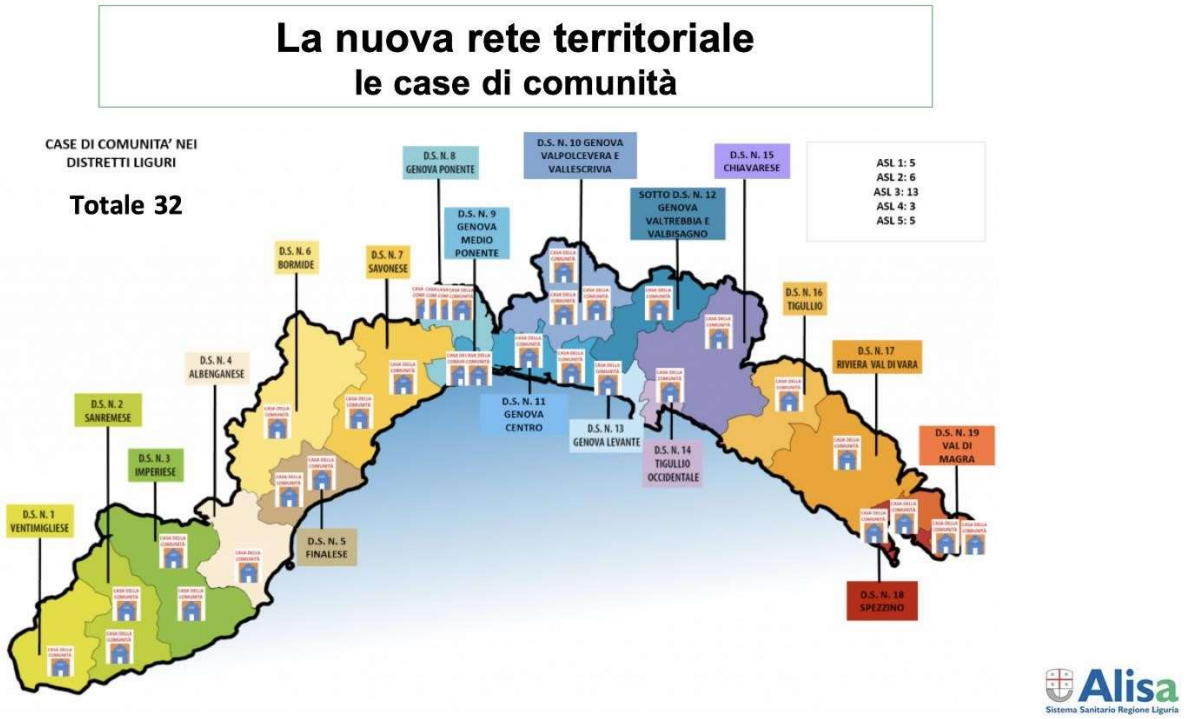


Figura 3: Distribuzione delle CdC nei Distretti Liguri

ASL	Numero di CdC previste	Sede della CdC	N.ro previsto
ASL 2	6	Distretto N° 4 ALBENGANESE	1
		Distretto N° 5 FINALESE	2
		Distretto N° 6 BORMIDE	1
		Distretto N° 7 SAVONESE	2

Tabella 5: Dettaglio distribuzione CdC nei Distretti dell'ASL 2

L'Ospedale di Comunità

L'ospedale di comunità è una struttura sanitaria intermedia della rete territoriale, tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, funzionali a 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, a gestione prevalentemente infermieristica con presenza di un medico almeno 4,5 ore al giorno (6 giorni su 7). In Italia ne sono previsti 400, in Liguria 11.

Gli OdC sono dotati di 20 pp.ll ogni 100.000 abitanti (come già previsto per il Patto per la Salute 2014-2016 e dagli standard dell'Intesa Stato-Regioni n.17 del 20 febbraio 2020) ed è possibile prevederne l'estensione fino a due moduli ciascuno da 15-20 pp.ll.

Fondamentale è la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionale con gli ospedali (equipe specialistiche ospedaliere) e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere), valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Negli OdC afferiscono pazienti/utenti:

- Dimissibili dai setting ospedalieri 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 domicilio;
- 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.

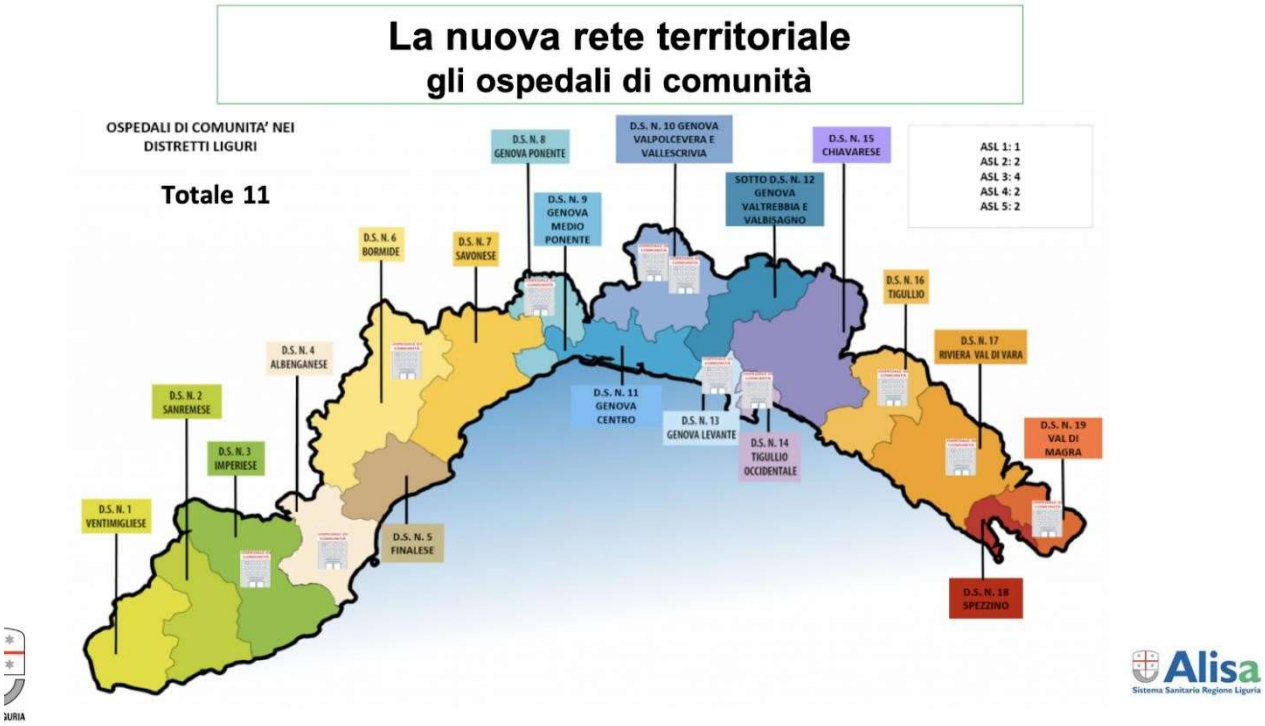


Figura 5: Distribuzione degli Ospedali di Comunità nei Distretti Liguri

ASL	Numero di OdC previste	Sede della OdC	N.ro previsto
ASL 2	2	Distretto N° 4 ALBENGANESE E Distretto N° 5 FINALESE	1
		Distretto N° 6 BORMIDE E Distretto N° 7 SAVONESE	1

Tabella 6: Dettaglio distribuzione OdC nei Distretti dell'ASL 2

La Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma informatica comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/strutture del territorio. La COT garantisce il coordinamento e il raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

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. In particolare, esplica 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.

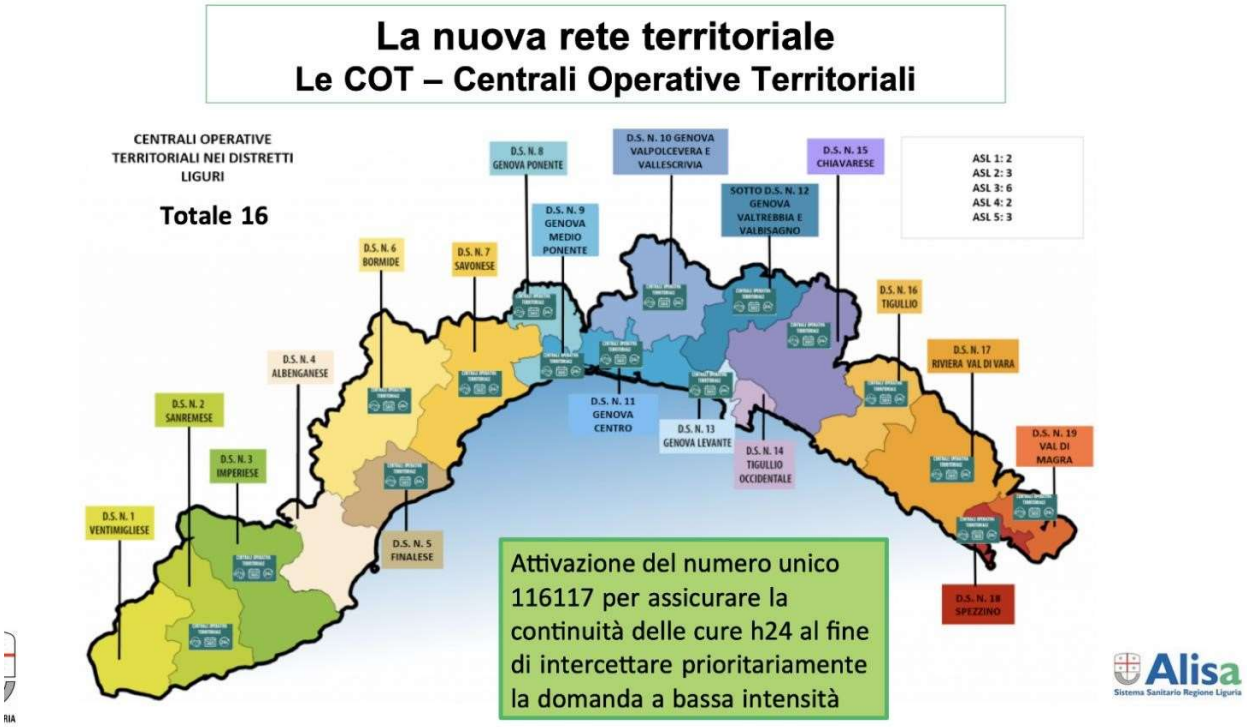


Figura 6: Distribuzione delle Centrali Operative Territoriali nei Distretti Liguri

ASL	Numero di COT previste	Sede della COT	N.ro previsto
ASL 2	3	Distretto N° 4 ALBENGANESE e Distretto N° 5 FINALESE	1
		Distretto N° 6 BORMIDE e Distretto N° 7 SAVONESE	2

Tabella 7: Dettaglio distribuzione COT nei Distretti dell'ASL 2

Cure palliative domiciliari (art. 23 DPCM 12 gennaio 2017)

Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle cure palliative domiciliari e l'assistenza sociosanitaria residenziale nell'ambito delle Reti di cure palliative.

La popolazione target delle cure palliative è rappresentata dai pazienti la cui malattia di base è una malattia neoplastica o una malattia a carattere cronico-degenerativo, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, per la quale non esistano terapie o, se esistano, sono risultate inefficaci o inadeguate ai fini della stabilizzazione del quadro clinico o di un prolungamento della vita del malato.

Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere e migliorare il più possibile la qualità di vita della persona e di fornire supporto alla sua famiglia, fornendo al paziente un'assistenza globale, con attenzione alle necessità mediche di base, medico-specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, ma anche agli aspetti emotivi psicologici e spirituali.

Le cure palliative a domicilio sono erogate dall'unità di cure palliative domiciliari, che ne assicura il coordinamento e vede la collaborazione integrata tra i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta e l'equipe medico-infermieristica, composta prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore sociosanitario.

L'équipe garantisce l'erogazione delle seguenti prestazioni sulla base di protocolli formalizzati: prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per nutrizione artificiale, aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale.

Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che garantiscono un approccio palliativo attraverso il controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati in funzione della complessità clinica e del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, e la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le cure palliative domiciliari sono attivate a seguito della valutazione multidimensionale e la definizione di un "*Progetto Assistenziale Individuale*".

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali erogati dal Comune, in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Assistenza sociosanitaria residenziale per cure palliative alle persone in fase terminale della vita (art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)

L'erogazione delle cure palliative residenziali, nell'ambito della Rete locale di cure palliative, avviene presso strutture residenziali (Hospice) che garantiscono il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il sostegno spirituale.

Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali, e sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale

Dal punto di vista funzionale, l'Hospice è quel luogo in cui i malati vengono accolti temporaneamente o definitivamente quando non possono essere assistiti a domicilio per particolare aggravamento delle condizioni cliniche, o per impossibilità dei familiari a garantire l'assistenza necessaria, per mancanza del Care-giver (familiare di riferimento) o per inadeguatezza dell'abitazione.

Reparto Di Riabilitazione Extraospedaliera Residenziale (RER)

Con Delibera Regionale n.1057/2021 avente come oggetto "Riqualificazione e potenziamento della struttura ospedaliera di Cairo Montenotte" è stato istituito il Reparto di Riabilitazione post acuti. Il reparto si inserisce nella rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero, con la finalità di recupero funzionale e dell'autonomia in strutture prossime al domicilio.

Rappresenta un'area riabilitativa destinata a soggetti con basso margine di instabilità clinica, diagnosi definita e senza necessità di approfondimenti diagnostici-terapeutici.

Gli obiettivi sono:

- Favorire il recupero dell'autonomia di pazienti con problematiche ortopediche/neurologiche e bassa complessità clinico-internistica
- Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali della persona fragile dopo un'evenienza acuta
- Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche
- Completare i percorsi riabilitativi intrapresi in altri setting al fine di favorire il rientro e/o la gestione a domicilio prevedendo anche permessi terapeutici a domicilio della durata non superiore a 36 ore.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (ai sensi della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013)

2.3.1 PROCESSO DI ADOZIONE

In attuazione della Convenzione dell'ONU contro la corruzione, ratificata dallo Stato italiano con Legge n. 116 del 03/8/2009, è stata adottata la Legge n. 190 del 06/11/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" che ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed ha individuato i soggetti preposti ad attuare iniziative in materia. La normativa prevede la predisposizione di un Piano Nazionale Anticorruzione da parte dell'ANAC, attraverso il quale siano individuate le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione a livello nazionale e nell'ambito del quale debbono essere previste le linee guida cui ciascuna pubblica amministrazione deve attenersi.

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), da adottarsi dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n.165/2001 e nel quale la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono integrate, insieme ad altri strumenti di pianificazione, in un documento di programmazione unitario ai sensi del D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81.

Questa sezione è stata dunque elaborata secondo:

- le normative sopra citate;
- gli indirizzi ANAC del PNA 2022 e s.m.i.;
- gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione per il 2025, comuni a Regione Liguria, Enti partecipati ed Enti del SSR;
- le disposizioni di Regione Liguria in particolare la D.G.R. n. 789 del 01/08/2024 recante "Valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle aziende sociosanitarie, dell'IRCSS Ospedale Policlinico San Martino e di A.Li.Sa. per l'anno 2023: trattamento economico accessorio. Valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori generali dell'IRCCS Gaslini, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'Ospedale Evangelico Internazionale per l'anno 2023. Conferma obiettivi per l'anno 2024."
- le attività connesse agli impegni assunti con il PNRR e con le progettualità regionali

Le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del *valore pubblico* ma esse stesse produttive di *valore pubblico* e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese.

2.3.2 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2023
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 - Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione
- Delibera ANAC n. 264 del 20/06/2023 "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33"
- Delibera ANAC n. 261 del 20/06/2023 "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale»"
- D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 "Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
- D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"
- Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023 "Piano Nazionale Anticorruzione 2022"
- D.M. 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"
- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" (art. 6)
- D.L. 31/12/2020 n. 183 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione europea." all'art. 1 comma 16 (c.d. Milleproroghe);

- Delibera ANAC n. 1126 del 4 dicembre 2019 “Rinvio alla data del 1° marzo 2020 dell’avvio dell’attività di vigilanza dell’ANAC sull’applicazione dell’art.14, co.1, lett.f) del D.Lgs. 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione dell’efficacia della delibera ANAC n. 586/2019 limitatamente all’applicazione dell’art.14 co.1, lett. F) del D.Lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019 “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n.241 per l’applicazione dell’articolo 14, comma 1bis e 1 ter del D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Allegato n. 2 alla delibera ANAC n. 1074/2018 Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);

- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) …”;
- L. 30 novembre 2017, n. 179 - Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art.5 comma2 del D.Lgs.

33/2013”;

- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, determina ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- D.Lgs. n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L.190 del 6/11/2012 e del D.Lgs. n.33 del 14/03/2013”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento del Piano Nazionale

Anticorruzione”;

- Determinazione ANAC n. 6 del 28/04/2015 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”;
- Delibera ANAC n. 149/2014 “Interpretazione D.Lgs. 39/2013 nel settore sanitario”;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;

• Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della L. 6 novembre 2012, n. 190;
- D.P.R. 18 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165";
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico"; • D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla L. 6 novembre 2012, n.190;
- L. 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre

2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- L. 6 novembre 2012, n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- L. 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- Schema di D.P.R. recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall'articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190";
- D.L. 18-10-2012 n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese" Art. 34-bis. "Autorità nazionale anticorruzione";
- D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)". Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- 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";
- L. 3 agosto 2009, n. 116 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre

2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al Codice penale e al codice di procedura penale";

- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.

2.3.3 LA STRATEGIA DI PREVENZIONE, GLI OBIETTIVI, LA DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza fa proprie le linee di indirizzo fornite a livello regionale dal Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali istituito con D.G.R. n. 957 del 28/10/2021.

Il Gruppo ha predisposto un documento denominato “Rapporto di attività anno 2024” che rendiconta le attività svolte e individua le strategie di prevenzione, le attività e le progettualità formative per il 2025. Questo Rapporto è stato anticipato con e-mail del 21/11/2024 ai componenti del Gruppo dal Coordinatore del Gruppo Avv. Laura Oliveri, la quale lo ha trasmesso al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali per gli atti consequenziali.

Questo documento è riportato nell’*Appendice* alla Sottosezione 2.3 del presente PIAO, e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Nella composizione della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza e nell’attuazione di quanto ivi previsto, è essenziale il ruolo delle Direzioni strategiche aziendali che devono consentire al RPCT di esercitare concretamente la propria funzione:

- coinvolgendo e responsabilizzando tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all’adozione e all’attuazione delle misure di prevenzione, anche attraverso obiettivi specifici, per i Responsabili di struttura a maggiore rischio, da inserire nel sistema delle performance;
- implementando le opportune misure organizzative aziendali di prevenzione;
- assicurando al RPCT il posizionamento organizzativo e gli strumenti operativi adeguati.

Sono dunque confermati i principi/obiettivi che stanno alla base della redazione della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO che:

- mira a realizzare il valore pubblico;
- è parte integrante del processo decisionale e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- tende ad assicurare l’integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni;
- è un processo di miglioramento continuo e graduale;
- implica l’assunzione di responsabilità, in particolare per gli Organi di indirizzo, i Dirigenti e il RPCT;
- tiene conto dello specifico contesto interno/esterno,
- è trasparente e inclusivo, è ispirato al criterio della prudenza;

• implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo;
• non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive;
• valorizza l'attività del Gruppo di lavoro regionale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria.

La definizione del termine corruzione[7], nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ha una accezione più ampia della fattispecie penalistica come disciplinata dagli artt. 318 e seguenti del Capo II, Titolo I del Codice penale, infatti, vi rientrano anche quelle situazioni che, a prescindere dalla loro rilevanza penale, mettono in evidenza un malfunzionamento nella pubblica amministrazione (c.d. *maladministration*).

Si può dunque *definire corruzione* il comportamento soggettivo di un Pubblico Funzionario, che al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assume una decisione pubblica abusando dei poteri a lui affidati al fine di ottenerne un vantaggio, condizionando impropriamente l'azione dell'amministrazione, sia che tale azione abbia avuto successo sia che rimanga a livello di tentativo. In sintesi: l'assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa di condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

2.3.4 I SOGGETTI INTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza si basa sul coinvolgimento e la piena consapevolezza dei soggetti interni circa gli obiettivi e le misure di prevenzione sia nella fase di individuazione, sia in quella di attuazione. Particolare attenzione va posta per assicurare la massima partecipazione e collaborazione dei Direttori e di tutto il personale coinvolto nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza al fine di garantire la responsabilità per gli atti compiuti a supporto degli organi di indirizzo.

I soggetti che contribuiscono alla prevenzione della corruzione nell'ambito aziendale sono:
• il Direttore Generale quale Organo di indirizzo dell'Azienda;
• il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
• i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
• il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante;
• il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio;
• il Nucleo di Valutazione Aziendale/Organismo Indipendente di Valutazione;
• l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, UPD;

[7] Vedi pure la Convenzione ONU contro la Corruzione (UNCAC) adottata a Merida dalla Assemblea Generale del 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato italiano con L. 3 agosto 2009 n.116, presente anche nel PNA 2019.

• il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO);
• il Responsabile gestione delle liste di attesa;
• i Componenti del Servizio Ispettivo aziendale;
• i Dipendenti dell'Azienda e i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

2.3.4.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

a) designa il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
b) adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti e ne dispone la pubblicazione nel sito aziendale e l'eventuale trasmissione ad autorità competenti ai sensi della normativa;
c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
d) valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
e) tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
f) crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni, salvaguardando il criterio di rotazione triennale, prevedendo una sola proroga, e operando affinché il ruolo di RPCT non sia affidato ad un soggetto responsabile della predisposizione di altre sezioni del PIAO;
g) assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
h) promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

Il Direttore Generale della ASL2, Dott. Michele Orlando, è stato nominato con D.G.R. n. 1368 del 27/12/2023.

2.3.4.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Con Deliberazione n. 956 del 24/12/2024 dal 01/01/2024 è stata incaricata l'Avv. Patrizia Satragno.
La nomina è stata comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione e pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale.

L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si configura in questa Azienda come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto nel rispetto del limite temporale di tre anni, per assicurare un criterio di rotazione/alternanza nel ruolo di RPCT[8] inoltre il ruolo di RPCT non deve essere affidato ad un soggetto responsabile della predisposizione di altre sezioni del PIAO.

L'Azienda assicura al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento;
- appropriate e concrete risorse umane, strumentali e finanziarie;
- valuta inoltre ogni misura che possa supportare lo svolgimento delle sue funzioni, assicurandogli autonomia, indipendenza e poteri di impulso.

La trasparenza, come previsto dalla normativa, costituisce una misura fondamentale e obbligatoria per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e rappresenta una specifica parte della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO (vedi punto 2.3.7.1).

Le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza possono essergli revocate in ogni caso con provvedimento motivato da comunicarsi all'ANAC che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione:

a) elaborare la proposta della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
b) definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
c) verificare l'efficace attuazione della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e la sua idoneità;
d) proporre modifiche della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
e) verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
f) individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi del valore pubblico, dell'etica pubblica e della legalità.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, secondo le annuali indicazioni dell'ANAC, pubblica sul sito web della propria amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività

[8] PNA 2022 - pag. 42 dell'Allegato 3 Parte generale RPCT e struttura supporto

svolta e la trasmette al Direttore Generale. Riferisce inoltre sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale lo richieda.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Nel caso riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale. In ipotesi riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ai sensi D.Lgs. 39/2013, tenuto conto della Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto n. 39/2013 nel settore sanitario" il Responsabile della prevenzione della corruzione cura, attraverso le disposizioni della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni definite di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, da intendersi applicate, secondo quanto disposto dalla normativa.

Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, il Responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e il Direttore della SC Gestione risorse umane e medicina convenzionata, operano in raccordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile collabora con il Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza istituito presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali per dare applicazione della normativa per la prevenzione della corruzione e la trasparenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria in modo uniforme ed omogeneo e promuovere la cultura della legalità.

Responsabilità del Responsabile della prevenzione della corruzione

I compiti attribuiti al Responsabile della prevenzione della corruzione non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

• di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art.1 comma 5 della L. n.
190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui all'art. 1 commi 9 e 10 della stessa legge e s.m.i.;
• di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza della Sottosezione 2.3 del PIAO.

La sanzione disciplinare a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La mancata predisposizione della Sottosezione 2.3 del PIAO e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio della corruzione, da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale.

Compiti del Responsabile della trasparenza

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 il Responsabile della Trasparenza svolge un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando alla Direzione generale, al Nucleo di Valutazione Aziendale/Organismo Indipendente di Valutazione), all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il Responsabile provvede all'aggiornamento della Sottosezione 2.3 del PIAO, all'interno della quale sono indicate le strutture responsabili dell'adempimento di pubblicazione, prevedendo momenti di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza ed eventuali ulteriori misure ed iniziative di promozione della trasparenza. A livello aziendale si impegna a compiere nell'ambito delle attività connesse alla trasparenza la comunicazione agli *stakeholder* e ai cittadini interessati. Il Responsabile, inoltre, controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

Responsabilità del Responsabile della trasparenza

Ai sensi dell'art. 46 D.Lgs. 33/2013, l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Il Responsabile peraltro non risponde dell'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

2.3.4.3 I Referenti del RPCT ed i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

In considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, l'Azienda individua i Direttori di Struttura Complessa ed i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale aziendali quali Referenti e punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Compiti

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Azienda, cooperano con il Responsabile della prevenzione della corruzione a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione concorrono inoltre con il Responsabile della prevenzione della corruzione a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione attraverso la mappatura dei processi, la definizione delle misure di prevenzione e l'attuazione e il monitoraggio delle stesse;
- assicurare, con particolare riguardo alle attività sopra individuate, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione, relazionando con cadenza annuale circa l'attività svolta;
- garantire il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Collaborano con il Responsabile della prevenzione della corruzione per:

- verificare l'efficace attuazione della Sottosezione 2.3 del PIAO e la sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- monitorare l'effettiva attuazione della rotazione negli incarichi all'interno dei Servizi cui sono preposti per le attività nel cui ambito è più elevato il rischio di fenomeni corruttivi;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi del valore pubblico, dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, la esatta e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza, sono tenuti in ogni caso a:

a) svolgere attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei

Referenti e dell'autorità giudiziaria;

b) partecipare al processo di gestione del rischio;

c) proporre le misure di prevenzione della corruzione;

d) assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

e) esercitare, se competenti ai sensi della delibera del Direttore Generale n. 949 del 17/12/2018, il potere disciplinare in qualità di Dirigente responsabile;

f) osservare le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;

g) garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, con diretta responsabilità in caso di omissione o incompletezza dei dati.

2.3.4.4 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

Con Deliberazione n. 953 del 11/12/2023 si è proceduto alla nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'ASL2, per l'incarico di cui all'art. 33 ter, comma 1 del D.L. n. 179/12 convertito con L. n. 221/12, individuato nell'Ing. Giulio Tagliafico. Tale nomina risulta trasmessa all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) presso ANAC.

2.3.4.5 Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio

Con nota del Direttore Generale prot. n. 5084 del 20/01/2021 sono stati nominati:

- il Dott. Paolo Patetta, *Gestore delegato a valutare* e trasmettere alla UIF le comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio e

- i Direttori delle SSCC Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP, Bilancio e contabilità, Provveditorato, Farmaceutica, Patrimonio e gestione tecnica, Sistemi informativi aziendali - S.I.A., Distretto sanitario Savonese, Bormide, Finalese, Albenganese, *Responsabili della segnalazione* chiamati a fornire supporto tecnico al Gestore per la valutazione delle operazioni sospette di riciclaggio oggetto di possibile comunicazione alla UIF.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 345 del 13/05/2021 è stato adottato il "Regolamento aziendale disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione e operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo" secondo le linee guida definite da A.Li.Sa.

2.3.4.6 Il Nucleo di Valutazione Aziendale/Organismo Indipendente di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione Aziendale (in funzione di OIV) ridefinito nella sua composizione dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 192 del 21/03/2024, insieme agli altri organismi di controllo interno dell'Azienda:

a. verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance, organizzativa e individuale, e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
b. attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione connessi all'attività anticorruzione ed alla trasparenza;
c. esprime parere sul Codice di comportamento adottato.

Il Nucleo/OIV predispone la relazione generale sull'attività svolta entro il 30 giugno di ogni anno, inoltre, ai sensi dell'art. 14 lett. g) del D.lgs. n. 150/2009 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 294/2021, verifica sulla completezza, sulla pubblicazione, sull'aggiornamento e sul formato aperto di ciascun documento, dati ed informazioni elencati nella Griglia di Rilevazione.

Tale documentazione è pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente> Controlli e rilievi sull'amministrazione> Organismi di valutazione/nuclei di valutazione.

2.3.4.8 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 949 del 17/12/2018, della Deliberazione del Direttore Generale n. 1121 del 23/12/2021, nonché delle Deliberazioni n. 679 del 29/06/2022, n. 719 del 06/07/2022 e n. 468 del 19/05/2023. Collabora inoltre all'aggiornamento del Codice di comportamento e alla redazione della Relazione annuale.

2.3.4.9 Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO)

A seguito dell'entrata in vigore il 25 maggio 2018 del 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 …" è stato adeguato il codice in materia di protezione dei dati personali.
Con Deliberazione n. 743 del 18/09/2023 è stato nominato RPD aziendale l'Avv. Francesco Lotito.

2.3.4.10 Il Responsabile gestione delle liste di attesa

Secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, recepito dalla Regione Liguria con D.G.R. n. 397 del 17/05/2019 che demanda ad A.Li.Sa. la predisposizione del Piano Regionale di Governo della Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, l'ASL2 ha adottato con Deliberazione n. 833 del 12/11/2019 il proprio programma attuativo individuando inoltre dal 01/11/2020 quale "Responsabile gestione delle liste di attesa" la dott.ssa Anna Maria Amato, giusta la nota del Commissario Straordinario prot. n. 240 del 28/10/2020. Nel 2022 è stata costituita la SSD Gestione liste d'attesa di cui, giusta la Deliberazione n. 1245 del 29/12/2022, è dirigente responsabile la stessa dott.ssa Anna Maria Amato.

2.3.4.11 I Componenti del Servizio ispettivo aziendale

Con Deliberazione n. 542 del 24/07/2018 è stato approvato il regolamento del Servizio Ispettivo Aziendale che ne definisce i compiti e le modalità di funzionamento. Gli attuali componenti sono stati individuati, per il biennio 2023/2024, con Deliberazione n. 107 del 02/02/2023, mentre con Deliberazione n. 549 del 16/05/2023 è stato adottato il Piano dei controlli nell'ambito del Programma annuale del Servizio Ispettivo per il 2023/2024.

2.3.4.12 I dipendenti dell'Azienda ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio e sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.
In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel Codice di comportamento, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e segnalano eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.
Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda ed elencate nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del comparto che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art.1, comma 14, L. 190/2012).
I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza e segnalano le situazioni di illecito. Anche il loro coinvolgimento è decisivo per la qualità del piano e delle relative misure, così come un'ampia condivisione

dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento al quale devono comunque attenersi.

2.3.5 GLI STRUMENTI DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

Il meccanismo normativo in tema di prevenzione degli illeciti e dei fenomeni corruttivi impone, come premesso, un pieno coinvolgimento di tutti i soggetti che gravitano nell'ambito dell'organizzazione aziendale: Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione; Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza; tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Ne deriva che lo scambio informativo e le azioni attuate debbono attuarsi attraverso un sistema di circolo virtuoso sempre più focalizzato sulle specifiche caratteristiche organizzative dell'Azienda e con livelli di approfondimento sempre più affinati, in analogia ai processi di gestione del rischio clinico e del *Risk management*.

Quindi il modello operativo deve essere il seguente:

1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, anche in qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono preposti;
2) il Responsabile della prevenzione della corruzione sovraintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità ed a quelle volte a garantire la piena trasparenza dell'azione amministrativa;
3) il Responsabile della trasparenza sovraintende alle strategie;
4) tutti i dirigenti e dipendenti, ma anche i collaboratori a qualsiasi titolo con l'ASL2 partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, segnalano le situazioni di illecito e di conflitto di interessi.

2.3.6 L'ANALISI DEL CONTESTO

Per avviare i processi di gestione del rischio è importante, esaminare l'ambiente esterno in cui l'organizzazione opera, prendendo in considerazione sul territorio diversi contesti tra loro interconnessi: sociale, politico, economico, finanziario, competitivo, normativo, culturale.

Questi nel loro insieme costituiscono la base ove si consolida l'opinione e la percezione degli *stakeholder*.

L'analisi del contesto interno e operativo invece è un fattore critico per una corretta valutazione del rischio, che include la comprensione degli obiettivi a livello organizzativo, dei sistemi, dei processi, delle risorse, degli indicatori chiave di *performance* così come di altre determinanti.

2.3.6.1 Il contesto esterno

Aspetti generali (elaborazioni su dati Istat)

La Regione Liguria, dai dati ISTAT[9] al 01/01/2024, risulta in Italia quella, il più alto l'indice di vecchiaia[10] pari a 276,7 ed il valore più alto quanto all'indice di dipendenza strutturale[11] cioè 65,1.

La Provincia di Savona fa segnare valori ancor più critici rispetto alla Regione Liguria infatti:

- l'indice di vecchiaia è 296,9;
- valore dell'indice di dipendenza strutturale è 66,2;
- l'età media degli abitanti della provincia è la più alta d'Italia, ossia 50,1 anni rispetto a 47 anni; in altri termini il 29,7% della popolazione è ultrasessantacinquenne.

Per inciso nella provincia di Savona nel 2024 gli ultracentenari sono stati pari allo 0,05% del totale dei residenti.

Un aspetto socioeconomico e sociosanitario riguarda il tasso di inattività[12] che per la provincia di Savona è del 31,5% nel 2023. Il territorio, suddiviso in 69 Amministrazioni comunali, si estende per una superficie di 1.546 km^2, con una densità di circa 172 abitanti/km^2.

La provincia di Savona, sul cui territorio opera l'assistenza e si esplica l'azione della ASL2, ha una popolazione complessiva[4] di 267.584 abitanti al 01.01.2024 (vedi Tabella 1), distribuiti in 69 comuni, suddivisi in quattro Distretti: Savonese (116.667 ab.), Albenganese (59.864 ab.), Finalese (53.436 ab.) e Distretto delle Bormide (37.617 ab.).

Nel periodo estivo grazie ai consistenti flussi turistici sulle coste, così come nell'entroterra, la popolazione potenzialmente assistibile può, a seconda delle zone, perfino raddoppiare.

Dal punto di vista socioeconomico (occupazione, emigrazione dei giovani attivi, contrazione delle nascite, ecc.) e conseguentemente sanitario (aumento delle fasce di età più bisognose di assistenza sociosanitaria) desta preoccupato interesse quanto emerge dal grafico *Popolazione residente 2024* per cui il peso della coorte 0-14 anni sia solo del 10,2%, mentre quella da 65 anni in su ammonti al 29,7% ossia tre volte tanto. Questo ultimo elemento comporta in prospettiva una seria crisi demografica per questo territorio. Il tasso di disoccupazione calcolato per la fascia di età 15-64 anni nella Provincia di Savona è pari a 6,3.

---

[9] http://dati.istat.it/ - https://esploradati.istat.it/

[10] L'*indice di vecchiaia* è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio.

[11] L'*indice di dipendenza strutturale* rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età<=14 e età>=65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). Un valore elevato indica un alto numero di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve farsi carico.

[12] Gli inattivi sono le persone in età 15-64 anni che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o in cerca di occupazione. Il *tasso di inattività* è il rapporto tra le persone inattive e la corrispondente popolazione di riferimento.

Il complesso di questi fattori impatta necessariamente sull'organizzazione e sui servizi di ASL2 e sulla programmazione delle azioni di prevenzione e cura di una popolazione sempre più anziana.
L'area provinciale è di transito verso la Francia e, tramite lo sbocco sul mare, da e verso i paesi del mediterraneo. Secondo i dati ISTAT la Liguria è tra le tre regioni italiane insieme a Sicilia e Sardegna che assorbono quasi la metà del movimento di merci in navigazione di cabotaggio.
Lo stato delle viabilità autostradali e ordinarie con continui cospicui interventi di manutenzione, hanno generato problemi di traffico creando disagi economico-sociali anche sugli spostamenti degli operatori dell'assistenza sanitaria territoriale dei vari Distretti. La necessità di un piano strutturale a tutela dell'assetto idrogeologico del territorio sembra elemento irrinunciabile.
Savona è una provincia italiana che risente delle tensioni economiche (presenti nelle aree industriali in crisi), il tasso di occupazione[13], è variato dal 66,1% nel 2022 al 64,2% nel 2023.
Le aree produttive industriali afflitte da crisi economico-sociali (caratterizzate dalle fragilità derivanti da mancanza di liquidità, capitali, lavoro, reddito), sono quelle in cui si possono insinuare le infiltrazioni della malavita organizzata allo scopo di reimpiegare ingenti masse di denaro derivanti da attività illecite ricollocandolo in attività legali.
Nella fattispecie i reati di usura ed estorsione, pur non presentando una diffusione quantitativamente rilevante in provincia di Savona tendono a manifestarsi sotto nuove forme, che prevedono il coinvolgimento di finanziarie e professionisti, in operazioni di concessioni di credito. Importante, al riguardo, l'attività del Fondo di solidarietà, che eroga contributi in favore degli operatori economici, commercianti, artigiani, liberi professionisti vittime di tali crimini. Più recentemente s'è manifestato su questo territorio il fenomeno crescente e insidioso delle truffe informatiche.
A contrastare questi fenomeni in atto e potenziali la Prefettura di Savona ha provveduto in ottemperanza alla normativa nazionale a predisporre l'Elenco dei fornitori, prestatori di servizi ed esecutori di lavori non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa, operanti nei settori esposti maggiormente a rischio (c.d. "White List"). Tale elenco, non costituisce soltanto uno mezzo che garantisce risparmio di tempi burocratici, ma uno strumento d'elezione per la tutela dell'economia legale nei confronti delle infiltrazioni della criminalità organizzata.
In attuazione di ciò ASL2 ha aderito con Deliberazione n. 172 del 16/3/2016 al "Protocollo per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" promosso dalla Prefettura Ufficio Territoriale del Governo di Savona, esitato nel successivo protocollo di "Intesa per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" adottato con Deliberazione n. 917 del 14/12/2017, che coinvolge Enti locali ed Associazioni di categoria.

[13] Indicatore statistico che misura l'incidenza degli occupati sul totale della popolazione. Si ottiene dal rapporto tra gli occupati tra i 15 e i 64 anni e la popolazione della stessa classe di età.

Nella nostra provincia il periodo estivo, caratterizzato dalla presenza di un rilevante flusso turistico, richiede non solo di supportare le esigenze sanitarie di urgenza per i villeggianti che si sommano ai residenti, ma anche servizi di controllo amministrativo presso i locali pubblici con l'adozione di sistemi di vigilanza specie nelle ore notturne dei fine settimana per contrastare i fenomeni di guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di stupefacenti. Un sistema di sicurezza integrato con la stipula di appositi protocolli di collaborazione tra i componenti del sistema sicurezza è stato costituito per conseguire un efficace controllo territoriale.

Particolarità legata alla demografia della provincia risulta il numero delle c.d. "badanti" che sono impegnate nell'assistenza domiciliare dei pazienti anziani, cui correlare il fenomeno del lavoro sommerso.

La Regione eroga contributi alle famiglie, in particolari condizioni, che si avvalgono di attività assistenziale regolare a domicilio a seguito di dimissione ospedaliera.

L'analisi socioeconomica e ambientale

RIEPILOGO FLUSSI MINISTERO DELLA SALUTE					
	anno	***anno***	***anno***	***anno***	***anno***
ASSISTIBILI	**2019**	***2020***	***2021***	***2022***	***2023***
Popolazione di età (0-14 anni)	26.467	25.660	25.133	24.570	23.783
Popolazione di età (14-65 anni)	157.634	155.626	156.580	154.828	154.420
Popolazione di età (65-75 anni)	34.655	34.866	34.390	33.952	33.912
Popolazione di età (75 anni ed oltre)	43.896	43.438	43.926	43.542	43.572
Totale	**262.652**	**259.590**	**260.029**	**256.892**	**255.687**
Quota ESENTI per reddito su ASSISTIBILI	*28,56%*	*29,28%*	*29,87%*	*27,86%*	*25,36%*
	anno	***anno***	***anno***	***anno***	***anno***
ESENZIONI	***2019***	***2020***	***2021***	***2022***	***2023***
Numero di esenzioni per reddito AUTOCERTIFICATE	26.253	27.019	26.948	26.924	21.876
Numero di esenzioni per reddito MEF	53.715	55.500	58.107	50.890	49.509
Numero di ESENTI per reddito	75.004	76.017	77.673	71.578	64.851
Numero di esenzioni per altri motivi	110.635	109.086	110.003	110.048	111.047

Fonte: Elaborazione ASL2 su Anagrafe Sanitaria della Regione Liguria FLS11

L'ASL2, come si evince dalle precedenti tabelle e grafici, ospita una popolazione in prevalenza di età matura e oltre, con presenza di anziani portatori di vari livelli di disabilità/non autosufficienza e dove non sempre le famiglie sono disponibili/sono in grado di prendersene carico. Si registra anche un significativo numero di esenzioni ticket, per cui la compartecipazione alla spesa sanitaria dei

cittadini tende via via a ridursi a valori sempre minori, sia per l'età (cui si associano pure le patologie croniche), sia per le condizioni economiche, con conseguenze sul bilancio aziendale per quanto riguarda i flussi di cassa.

Dal Modello FLS11 (debito informativo verso il Ministero della Salute)[14] riferito agli anni 2019-2023 risulta che chi ha goduto di esenzione per reddito (al netto delle esenzioni per patologia) in media nel periodo di osservazione è del 28,19% sul totale della popolazione assistibile. Questo dato è approssimativamente complementare, nel suo andamento, al tasso di occupazione già rilevato[1] in precedenza, confermando le considerazioni sulla criticità socioeconomiche di questo territorio i cui effetti si manifestano col fenomeno di bassi livelli di reddito dovuti a sottoccupazione[15], inoccupazione[16], disoccupazione[17], con possibili implicazioni di difficoltà di accesso alle cure e perciò di possibile peggioramento dello stato di salute anche in termini di prevenzione.

Si segnala che, a seguito di controlli effettuati dal MEF[18] sulle autocertificazioni presentate dai cittadini, l'ASL2 è costante l'attività al recupero dei ticket non pagati da utenti che hanno fruito di prestazioni in regime di esenzione senza averne diritto, questo fenomeno, ancora persistente, rappresenta un elemento di carente consapevolezza e di senso civico da parte degli utenti.

L'assetto dell'economia provinciale è basato:

- sul porto di Savona-Vado Ligure[19]:
  - Savona
    - terminal rinfuse varie,
    - stazione marittima passeggeri terminal crociere Costa (fino a quattro navi da crociera in contemporanea) e terminal traghetti per la Spagna ed il Marocco,
  - Vado Ligure
    - terminal della frutta e del caffè più importante del Mediterraneo,
    - terminal traghetti per la Corsica e la Sardegna,
    - terminal di prodotti petroliferi per le industrie costiere e le raffinerie dell'entroterra,

[14] Modello FLS. 11 "Dati di Struttura e di Organizzazione della Unità Sanitaria Locale". Con il modello sono rilevati i dati di Struttura e Organizzativi della ASL al 1° gennaio di ciascun anno, tra questi il numero di assistibili per fasce d'età e il numero di assistiti esenti.

[15] Individui che dichiarano di avere lavorato, indipendentemente dalla propria volontà, meno ore di quelle che avrebbero voluto e potuto fare.

[16] Condizione di chi non ha ancora un'occupazione e ne è in cerca per la prima volta, prevalentemente i giovani.

[17] Condizione di chi è rimasto senza lavoro per cause che non dipendono dalla sua volontà, non ha un'altra attività retribuita ed è alla ricerca di un nuovo lavoro.

[18] Ministero dell'Economia e delle Finanze.

[19] Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale: Vado Ligure, Savona, Prà, Genova

        - terminal container all'avanguardia nel Mediterraneo per sviluppo tecnologico (Vado Gateway),
    - sul turismo della c.d. *Riviera delle Palme*,
    - sull'agricoltura con colture di nicchia soprattutto nell'area provinciale di Ponente,
    - sull'industria più concentrata nell'area savonese e delle bormide (vetrerie) e sull'edilizia.

Il turismo in particolare è attivo tutto l'anno sia dalle regioni italiane che dall'estero, rappresentando una importante risorsa nell'economia locale. Ancora nel 2024 il turismo ha fatto risultare un forte rilancio riportando le attività ai livelli anche superiori quelli rilevati ante pandemia.

Tuttavia, l'afflusso turistico nell'area provinciale di milioni di persone all'anno, ospiti o in transito nei nostri porti, pone criticità assistenziali in particolare nei Pronti Soccorso che si ripercuotono sulla organizzazione, ciò aggravato dalla carenza sistemica di specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza.

La crisi occupazionale del settore industriale in cui versano alcune parti di questo territorio può favorire situazioni legate alla depressione e ai suicidi che sono oggetto del monitoraggio del Dipartimento di salute mentale e dipendenze.

Tali considerazioni debbono essere tenute in evidenza per poter fronteggiare le risposte assistenziali adeguate in tutte le condizioni in tutti i periodi dell'anno.

La presenza nel territorio provinciale di strutture sanitarie private accreditate, soprattutto per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, continua ad essere piuttosto marginale se paragonata a quella delle regioni limitrofe.

Il contesto sanitario

Il Contesto sanitario sembra riflettere in parte i dati statistico-demografici ed economico-sociali esposti in precedenza.

Nella popolazione residente sul territorio dell'ASL2:

- 2 soggetti su 5 presentano l'eccesso di peso,
- circa 1 su 10 è obeso,
- solo 1 su 10 consuma almeno 5 porzioni di frutta/verdura consigliate,
- solo 1 su 3 è fisicamente attivo
- 3 persone su 10 sono sedentarie e fra queste,
    - 3 su 10 sono fumatori,
    - 3 su 10 sono in sovrappeso,
    - 4 su 10 sono portatori di diverse patologie (per esempio, ipertensione arteriosa, depressione),
- l'eccesso ponderale e la sedentarietà prevalgono nei maschi, di 50-69 anni, con istruzione media ed economicamente svantaggiati,

- i fumatori rappresentano ¼ della popolazione, tra questi 1 su 4 fuma almeno 19 sigarette al giorno (forte fumatore),
- l'abitudine al fumo prevale nei giovani (18-24 anni) di sesso maschile, con istruzione media e molti problemi economici
- l'alcool è consumato, in generale, da 2/3 della popolazione e
    - almeno 2 soggetti su 10 sono consumatori a maggior rischio,
    - il consumo di alcool a maggior rischio prevale nei giovani fra i 18 e 34 anni, di sesso maschile, con istruzione media-superiore e molte difficoltà economiche,
- il Disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder*) prevale nei giovani (18-34 anni) maschi, più istruiti e senza particolari difficoltà economiche.

Per quanto concerne l'attenzione dei sanitari verso gli stili di vita dei propri assistiti, solo pochi intervistati, che hanno avuto contatti con il proprio medico o altri operatori sanitari nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riferito di essere stati interpellati sulle loro abitudini e ancora meno intervistati hanno riferito di aver ricevuto i consigli di correggerle.

A grandi linee, la maggior parte dei valori riportati sono vicini alle medie regionali e quelle nazionali ad eccezione della percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio (22%), che supera sia la media nazionale sia quella regionale (17-18%). (estratto dal documento Report PASSI ASL2 2015/2016 Sistema di Sorveglianza Nazionale, ultimo disponibile).

Il piano di organizzazione aziendale si inserisce in un contesto di riferimento, il quale deve tener presente alcune importanti variabili ambientali che indirizzano ed in parte "vincolano" i margini di manovra e le possibilità di sviluppo dell'ASL2, in particolare si fa riferimento al versante istituzionale ed all'insieme della domanda sia nell'accezione più ampia del termine, sia rispetto alle specificità del territorio nel quale è inserita ed agisce l'ASL2.

Il Servizio Sanitario Regionale in tutte le sue articolazioni è tenuto a dare risposte operative, rispetto al quadro epidemiologico, al contesto socio-economico, finanziario e della sostenibilità del sistema, a fronte di una sempre maggior necessaria richiesta di assistenziale territoriale, conseguente all'invecchiamento della popolazione, all'aumento della prevalenza della cronicità, fragilità e disabilità oltre che alla necessità di adeguare gli investimenti dell'assistenza ospedaliera al rapido sviluppo delle tecnologie (in ambito della diagnostica per immagini, della diagnostica di laboratorio) e delle terapie specialmente dell'oncologia, delle malattie infettive, dell'alta intensità di cure.

Il profilo sanitario

Il Profilo di salute della popolazione residente elaborato dalla Regione Liguria e disponibile sul portale "A.Li.Sa." delinea le caratteristiche epidemiologiche della popolazione insistente sul territorio ligure, dove si colloca la situazione dell'ASL2:
https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1071&Itemid=455 .

Il Profilo di salute rappresenta uno strumento di facile lettura in cui sono raccolte le informazioni essenziali atte ad individuare le priorità di intervento locali nel campo sanitario, mettendo in evidenza eventuali scostamenti tra bisogni, domanda e offerta di prestazioni, al fine di gestire e pianificare l'organizzazione dei servizi sanitari in modo appropriato e in base alle reali esigenze della popolazione.

Tale strumento individua una serie di indicatori sanitari, tratti da una più ampia raccolta internazionalmente riconosciuta (ECHI short-list[20]) frutto del progetto europeo ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring)[11] con lo scopo di gettare le basi per lo sviluppo di indicatori sanitari (ECHI list) e di avviare l'attuazione di questi indicatori di salute in tutti gli Stati membri dell'UE.

L'ultima rilevazione aggiornata disponibile (2015) rileva tra gli indicatori più significativi, la posizione dell'ASL2 rispetto a:

Stili di vita – popolazione tra i 18-65 anni:

la percentuale di consumo di alcool a maggior rischio (13,590 vs la media regionale di 18,340);

- la percentuale di soggetti obesi (6,920 vs la media regionale di 8,670);
- la più bassa percentuale di soggetti che consumano giornalmente 5 porzioni di frutta/verdura (7,910 vs la media regionale di 15,550).

Malattie croniche:

- Al 1° gennaio 2021 sono stati rilevati i dati di maggior dettaglio relativi alla distribuzione dei malati cronici nelle cinque ASL e la prevalenza per mille abitanti assistiti in ogni ASL, come da tabella sotto riportata:

[20] https://www.epicentro.iss.it/strumenti/echim

A.S.L.	Distribuzione malattie croniche x 1000 abitanti				
	Diabete	Ipertensione arteriosa	Neuropatie	BPCO	Cardiovascolari
A.S.L. 1 IMPERIESE	9479-45,1	31079 - 148	3654 – 17,4	6458 – 30,7	9705 – 46,2
A.S.L. 2 SAVONESE	14669-54,4	43413 - 161	5515 – 20,4	10170 – 37,7	15499 – 57,5
A.S.L. 3 GENOVESE	33172 – 48,9	111741 – 164,9	13792 – 20,4	28202 – 41,6	36066 – 53,2
A.S.L. 4 CHIAVARESE	6377 – 44,9	21411 – 150,8	2729 – 19,2	5293 – 37,3	7003 – 49,3
A.S.L. 5 SPEZZINO	11270 – 52,2	33623 – 155,8	4207 – 19,5	8312 – 38,5	12206 – 56,6
LIGURIA	**74967 – 49,5**	**241267 – 159,2**	**29897 – 19,7**	**58435 – 38,6**	**80479 – 53,1**

Tabella 8 – Malattie croniche – popolazione delle ASL Liguri

Prevalenza % di patologie croniche in soggetti di 65 anni ed oltre							
Cardiopatie	Malattie respiratorie croniche	Tumori	Diabete	Insufficienza renale	Ictus o ischemia cerebrale	Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	Ipertensione
22%	19%	15%	14%	9%	8%	4%	59%

Tabella 9 – Prevalenza Malattie croniche – popolazione ASL 2

Tasso di ospedalizzazione (T.O.):

Il più alto T.O. x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (104,490 vs la media regionale di 96,625);

- Il più alto T.O. ricoveri ordinari per acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (72,460 vs la media regionale di 69,000);
- Il più alto T.O. ricoveri in DH acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (16,842 vs la media regionale di 11,803);
- Il più alto T.O. ricoveri in DH medico acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (16,920 vs la media regionale di 11,980);
- Il T.O. ricoveri per scompenso cardiaco x 100.000 residenti (50-74 anni), (103,720 vs la media regionale di 104,170);
- Il più alto T.O. ricoveri per diabete globale x 100.000 residenti (50-74 anni), (24,490 vs la media regionale di 20,760);
- Il più alto T.O. ricoveri per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni, (367,930 vs la media regionale di 331,640);
- ***Sistema sorveglianza PASSI***:

• La più bassa percentuale di intervistati (50-69 anni) che hanno effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni (30,652 vs la media regionale di 46,128).

Mortalità:

• Per quanto concerne la mortalità per tumori, malattie cardiocircolatorie e mortalità neonatale l'ASL2 si posiziona al di sotto della media regionale, rispettivamente, 254,350 vs 276,410 – 319,790 vs 322,040 – 2,490 vs 3,050;

• La percentuale di suicidi rappresenta invece un valore ben al di sopra della media regionale e cioè 7,220 vs 4,600.

In particolare, l'analisi evidenzia dati rilevanti per una valutazione delle attività poste in essere che sicuramente devono trovare dal confronto uno stimolo al miglioramento fermo restando la tipologia di utenza e la tipologia di popolazione.

2.3.6.2 Il contesto interno

Al fine di dettagliare i contenuti relativi al contesto interno dell'Azienda, si rimanda all'allegata Relazione del Bilancio Consuntivo [pubblicata sul sito aziendale www.asl2.liguria.it nella sezione Amministrazione trasparente > Bilancio][21] nella quale vengono esposti con accuratezza i dati e le informazioni inerenti:

• il territorio servito
• la popolazione assistita
• l'organizzazione aziendale
• la struttura e l'organizzazione dei servizi
• l'attività svolta
• la gestione economico-finanziaria

Il progressivo invecchiamento della popolazione ligure ha determinato un incremento delle patologie età-correlate, con il passaggio da un quadro epidemiologico a forte prevalenza di malattie ad andamento acuto ad un altro in cui sono nettamente prevalente le patologie ad andamento cronico e di pazienti ad alta comorbidità. Il quadro delineato comporta un forte incremento della spesa farmaceutica e dei presidi sanitari oltre ad una richiesta di ricoveri ospedalieri e in RSA.

Ulteriore problema a valenza nazionale è la difficoltà di reperire personale medico soprattutto per alcune specialità (medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, medicina generale, ortopedia, cardiologia). Ciò incide negativamente sulla capacità di risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, ripercuotendosi sulla gestione delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri in elezione, creando le condizioni per le c.d. "fughe" verso le altre regioni confinanti.

[21] https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/bilanci.html?view=default

A tal fine, sulla scorta dei RAO[22] nazionali e delle direttive fornite da A.Li.Sa., è stato nel 2019 deliberato il PRGLA per il triennio 2019-2021 che prevede la costituzione di un Team e di un Responsabile aziendale delle liste e delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali per garantire una corretta risposta alle richieste dei cittadini.

L'ASL2 ha adottato a tale riguardo, con Deliberazione n. 833 del 12/11/2019, il proprio programma attuativo individuando inoltre il 01/11/2020 un nuovo "Responsabile gestione delle liste di attesa" giusta la nota del Commissario Straordinario prot. n. 240 del 28/10/2020. Nel 2022 è stata costituita nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie la SSD Gestione liste d'attesa di cui, con Deliberazione n. 1245 del 29/12/2022, è dirigente responsabile la Dott.ssa Anna Maria Amato. È stato inoltre attivato un apposito numero verde cui gli utenti si possono rivolgere qualora non vengano garantire le prestazioni nei tempi previsti dalle prescrizioni.

Parallelamente, il cambiamento delle condizioni socioeconomiche del territorio ha avuto come effetto l'incremento dei soggetti socialmente in difficoltà, privi di una rete in grado di garantire loro un supporto adeguato.

L'incremento di soggetti "fragili" rende ancor più determinante, rafforzare ed implementare percorsi di collegamento/integrazione tra ospedale e territorio secondo un modello di integrazione, concentrando le altre specialità e dando vita ad una efficace organizzazione territoriale.

Al fine di corrispondere a queste esigenze e nell'ambito dei traguardi previsti nella Missione 6 salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rendere più efficace il SSN, nel 2022 è stato approvato dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze il DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

L'ASL2 ha predisposto i seguenti interventi in ordine alla attuazione del PNRR:

- M6C1 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- M6C1 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di livello I e II);
- M6C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - sub investimenti (COT, Interconnessione Aziendale, Device);
- M6C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative territoriali (Device, Interconnessione aziendale);

[22] *Raggruppamenti di Attesa Omogenea*: rappresenta un modello di lavoro basato sulle priorità cliniche come sistema di governo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per ASL e Aziende erogatrici; definisce, con il coinvolgimento dei medici delle cure primarie [Medici di Medicina Generale (MMG) / Pediatri di Libera Scelta (PLS)] e delle cure secondarie (specialisti ospedalieri e convenzionati), le parole chiave cliniche e i corrispondenti limiti massimi di attesa attribuita al paziente in lista per ciascun gruppo omogeneo di priorità clinica. Vedi anche: https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=819:applicazione-diffusa-priorita-cliniche-prestazioni-specialistiche&catid=100 .

- M6C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità;
- M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature, nuovi progetti e FSC);
- M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile;
- M6C2 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - sub investimento (Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale);
- M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Inoltre, è proseguito il processo di sviluppo di attività strategiche orientate al miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche (ambulatoriali e di ricovero) riconducibili a:

- Coordinamento delle funzioni assistenziali del territorio (Distretti, Reparti di comunità, U.C.C.P. (Unità Complesse di Cure Primarie), A.F.T. (Aggregazione Funzionale Territoriale), Infermieri di Comunità, A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata), U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare integrata);
- Continuità assistenziale ospedale-territorio con percorsi di presa in carico globale della persona;
- Applicazione di linee guida e protocolli rivolti alla prevenzione del rischio clinico ed all'assistenza sicura del paziente;
- Adeguamento flessibile alla domanda di prestazioni sanitarie e sviluppo dell'educazione all'utilizzo consapevole ed appropriato dei servizi sanitari;
- Ridefinizione di offerta di servizi in cooperazione tra aree specialistiche ospedaliere e territoriali;
- Attivazione ed implementazione progressiva delle quote di accesso diretto alle prestazioni ambulatoriali a più elevata domanda (diagnostica di laboratorio, prestazioni radiologiche, cardiologia);
- Sviluppo del sistema di gestione della qualità secondo le norme UNI EN ISO 9001:2015, integrato con il Sistema di gestione del rischio clinico;
- Interventi volti a contenere le aree di maggior "fuga" (ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, oncologia, urologia, ostetricia-ginecologia, cardiologia e riabilitazione).

La rilevazione e misurazione della qualità percepita dagli utenti è un fattore critico di miglioramento continuo (*kaizen*[23]) delle performance delle attività erogate.

[23] "*Kaizen* significa miglioramento. Più precisamente, significa miglioramento continuo nella vita personale, famigliare, sociale e lavorativa. Quando applicato ai luoghi di lavoro, *Kaizen* significa migliorare continuamente

L'ASL2 assicura e programma la rilevazione della soddisfazione della qualità percepita (*customer satisfation*) del cliente/utente, esterno e interno, in tutte le Strutture aziendali[21], soddisfacendo da un lato ai requisiti di Accreditamento istituzionale e dall'altro alla norma UNI EN ISO 9001:2015 per mezzo del Sistema Gestione Qualità aziendale; infatti la misurazione della qualità dei servizi costituisce un sistema di monitoraggio fondamentale e strategico per le amministrazioni pubbliche, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance.

Questa attività trasversale e continua, richiede notevole impegno di risorse in tutte le sue fasi (progettazione, implementazione, analisi e divulgazione dei risultati) che sono da svilupparsi secondo:

- criteri ben definiti e precise metodologie,
- modalità facilmente fruibili dagli utenti,
- chiarezza di contenuti e finalità per stimolare il consenso e la partecipazione.

Nel 2019 la Direzione ha individuato un Gruppo di Lavoro che coinvolge personale delle SSCC Qualità, Accreditamento e Rischio clinico, URP e Relazioni esterne, Sistemi informativi Aziendali, Psicologia Clinica, che ha elaborato il *Piano triennale delle indagini conoscitive 2021-2023*, con l'obiettivo di coordinare, gestire e monitorare l'attività di rilevazione della soddisfazione dell'utenza, coinvolgendo tutte le Strutture aziendali.

Come previsto dal Piano, il Gruppo di Lavoro contatta le Strutture e concorda tempistiche, durata, attuazione, contenuti del questionario e definizione del campione da sottoporre ad indagine.

Secondo il Piano citato la rilevazione della *customer satisfaction* ha coinvolto:

- nel 2021 n. 13 Strutture per l'Area sanitaria e n. 2 Strutture per l'Area Amministrativa;
- nel 2022 n, 42 Strutture per l'Area sanitaria e n. 3 Strutture per l'Area Amministrativa;
- nel 2023 n. 25 Strutture per l'Area sanitaria e n. 3 Strutture per l'Area Amministrativa.

Le risorse umane

La ASL2 è la più grande Azienda operante nella Provincia di Savona per risorse umane impiegate.

L'ASL2 dispone nel 2024 d'un totale di n. 4.741 unità tra personale dipendente e convenzionato inquadrato nei diversi ruoli - sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo - e nelle diverse categorie, profili professionali e discipline.

Tra il personale convenzionato che opera nel territorio si contano n. 172 Medici di Medicina Generale e n. 23 Pediatri di Libera Scelta.

---

coinvolgendo chiunque - manager e operatori allo stesso modo." Masaaki Imai, fondatore di Kaizen Institute. [21]vedi il punto 6 del PNA 2022

Tuttavia, l'insieme del personale sanitario convenzionato e dedicato al territorio mostra comunque una tendenza decrescente dal 2018 al 2024. Ciò appare in distonia con le esigenze strutturali descritte nelle pagine precedenti derivanti dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente nella provincia di Savona.

Sono inoltre presenti nell'ambito provinciale savonese n. 122 Farmacie convenzionate di cui n. 79 effettuano servizio di prenotazione (CUP) per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici) e dove è inoltre possibile effettuare il pagamento del ticket[22] se dovuto, nonché il servizio di Anagrafe Sanitaria.

[22] compartecipazione alla spesa sanitaria

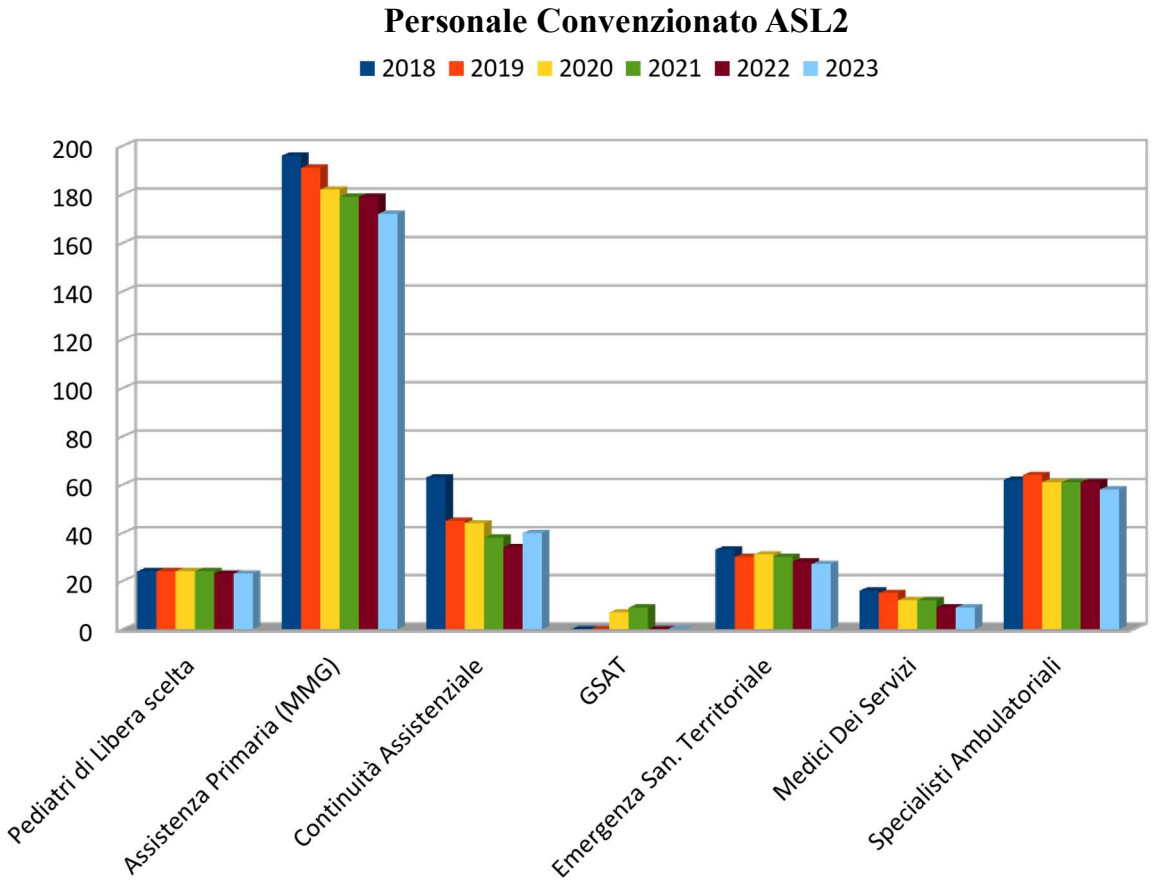


Tabella 10: Consuntivo personale convenzionato

Le Associazioni di volontariato e tutela

Uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi. A tal fine, l'Azienda attua ogni iniziativa utile a realizzare il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza,

anche mediante azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti potenzialmente non accertabili.

Sul territorio dell'ASL2 sono attive numerose associazioni nell'ambito sociosanitario. Allo scopo di continuare a valorizzare e favorire la collaborazione tra queste associazioni e l'ASL2, garantendo un costante confronto con gli organismi di rappresentanza dei cittadini e dei malati, è stato adottato il regolamento del Comitato Misto Consultivo (Deliberazione n. 449 del 14/06/2018). Il Comitato è il luogo di consultazione dell'associazionismo, ove l'Azienda può presentare iniziative e progetti, che vanno ad incidere sulla fruibilità e miglioramento dei servizi e dove le Associazioni a loro volta espongono i propri suggerimenti e le proprie proposte.

Sono attivi "Gruppi di Miglioramento", che mirano ad incentivare la partecipazione dei cittadini nel processo decisionale e nelle fasi di sviluppo e cambiamento dei servizi aziendali rivolti alla cura ed assistenza dei pazienti (*empowerment* del cittadino), in particolare i Gruppi: Liste di Attesa, Accoglienza nell'emergenza (Pronto Soccorso), Diabetologia e Percorso di Cura (che coinvolge anche i Medici di Medicina Generale).

A seguito della Deliberazione n. 536 del 20/06/2023 sono stati rinnovati i Protocolli di Intesa con le Associazioni che hanno richiesto di aderire al Comitato Misto Consultivo. Tutti i Protocolli di Intesa hanno validità di cinque anni a partire dal 01/07/2023 indipendentemente dalla data di sottoscrizione, dopodiché saranno soggetti a nuova sottoscrizione.

Durante il 2024 sono state effettuare indagini di *customer-satisfaction* i cui risultati possono consentire di pianificare azioni correttive e di miglioramento ritenute prioritarie (vedi punto successivo, *Il report dell'URP*). A questo riguardo il ruolo delle associazioni di volontariato può consentire di ampliare i canali di ascolto conducendo indagini che li coinvolgano direttamente[24].

Con nota prot. n. 99910 del 08/10/2024 è stato pubblicato sul sito aziendale un "Avviso agli *stakeholder*", come raccomandato da ANAC, per sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione (anche quale contributo per individuare le priorità di intervento) della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il report dell'URP

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico è chiamato a svolgere le funzioni di garanzia di accesso ai servizi, ascolto delle esigenze, promozione dell'innovazione e della semplificazione, verifica della soddisfazione del cittadino, tramite l'implementazione di processi riguardanti la comunicazione interna e la condivisione delle informazioni tra i diversi uffici e servizi e l'URP stesso.

[24] Vedi il punto 5.3 del PNA 2022

Allo scopo di fornire un quadro sui servizi erogati in una prospettiva di miglioramento continuo ed in completa sinergia con i cittadini e le Strutture interessate, le segnalazioni acquisite sono registrate e rendicontate classificandole principalmente in:

-*reclami:* qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti che attiva un percorso formale di valutazione, un eventuale percorso di mediazione; si chiude con una risposta scritta al cittadino;

-*encomi: s*egnalazione di soddisfazione del cittadino/utente al soggetto erogatore del servizio presentata formalmente e quindi inoltrata alla struttura interessata; si chiude con una nota di ringraziamento al cittadino.

Anno	***2020***		***2021***		***2022***		***2023***		***2024 stima***	
Ambito	***Reclami***	***Encomi***	***Reclami***	***Encomi***	***Reclami***	***Encomi***	***Reclami***	***Encomi***	***Reclami***	***Encomi***
Presidi Ospedalieri	142	153	111	129	83	92	154	132	136	190
Area Territoriale	168	18	131	56	61	29	187	46	166	66
Totale	**310**	**171**	**242**	**185**	**147**	**123**	**341**	**178**	**302**	**256**

Nella tabella sopra sono riportati il numero di reclami ed encomi rilevati dall'URP dal 2020 al 2024 distinta per Presidi Ospedalieri ed Area territoriale e qui sotto in forma grafica.

2.3.7 LE MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE

2.3.7.1 La trasparenza

La trasparenza costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio individuate dalla presente Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza e coinvolge tutti i processi aziendali, essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione legislativamente previsti e alla pubblica conoscenza in ordine ai procedimenti amministrativi, ai rispettivi responsabili e relative tempistiche.

Il D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 è finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa attraverso, da un lato, l'introduzione di forme diffuse di controllo da parte dei cittadini, anche adeguandosi a standard internazionali, dall'altro, attraverso misure che consentono una più efficace azione di contrasto alle condotte illecite nelle pubbliche amministrazioni.

Il provvedimento, infatti, apporta alcune significative modifiche al D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, con l'obiettivo di ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza, prevedendo misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche,

razionalizzando e precisando gli obblighi di pubblicazione, individuando i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza.

Inoltre, è introdotta una nuova forma di accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni (*common law*[25]) è definita *Freedom of information act* (Foia)[25]. Questa forma di accesso innovativo per il nostro ordinamento prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

Con Deliberazione n. 1309 del 28/12/2016 l'ANAC ha adottato le «Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso civico di cui all'Art. 5 comma 2, del D.Lgs. 33/2013», e con Deliberazione n. 1310 le «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016». Quest'ultima ufficializza inoltre l'elenco degli obblighi di pubblicazione vigente sulla base del quale l'Azienda ha individuato gli obblighi di comunicazione/pubblicazione ricadenti sui singoli uffici, con l'individuazione delle responsabilità dei dirigenti.

Il TAR Lazio, Sez. I, con Sentenza n. 12288 del 20/11/2020, ha annullato la Delibera n. 586 del 26/06/2019 dell'ANAC, nella quale si dettano "integrazioni e modifiche della Delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, comma 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019".

Ai sensi del D.lgs. n. 162/2019 "Milleproroghe" entro il 30 aprile 2021 doveva essere adottato il regolamento ministeriale in relazione alla pubblicazione dei dati relativi all'art. 14 comma 1 lett. f del D.lgs. 33/2013. Ad oggi detto regolamento non è ancora stato emanato, ed essendo scaduto il termine sulla sospensione delle sanzioni previsto da ANAC. In accordo con il Gruppo RPCT si è rivalutata l'applicabilità delle disposizioni sulla pubblicazione dei dati economico patrimoniali dei dirigenti delle aziende e degli Enti degli SSR alla luce delle indicazioni fornite da Alisa in data 15/07/2020. Nel già menzionato documento era stata prevista la sola acquisizione dei dati patrimoniali e reddituali per i dirigenti nuovi assunti -ai sensi dell'art. 13 comma 3 del D.P.R. 62/2013 - e sospesa l'applicazione dell'art. 14 lett. f.

In riferimento alla questione dell'obbligo tempestivo di pubblicazione e aggiornamento (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013), per venire incontro alle strutture aziendali affinché possano ottemperare agli adempimenti cui sono soggette con semplicità e certezza, con prot. 62727 del 30 giugno 2021, il

[25] Sistema giuridico dei paesi anglosassoni. La formazione del diritto ha origine prevalentemente dalle decisioni del giudice e dalle sentenze del sistema giudiziario anziché da norme giuridiche generali e da codici.

[25] Vedi: https://www.foia.gov.it/foia/

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, sulla base delle indicazioni di pag. 151 della Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, ha ritenuto di indicare che la pubblicazione/aggiornamento di documenti informazioni, dati sia tempestiva quando è effettuata di norma entro quarantacinque giorni dalla disponibilità definitiva degli stessi, salvo nei casi in cui la legge espliciti un differente termine.

Il 5 giugno 2020 è stato adottato con Deliberazione n. 354 il Regolamento per l'esercizio del diritto di acceso agli atti e documenti amministrativi e per il diritto di accesso civico a dati, informazioni e documenti prodotti e detenuti da ASL 2.

La Deliberazione ed il Registro degli accessi sono reperibili sul sito aziendale Home>URP> Accesso agli atti.

Il Regolamento aiuta a verificare la corretta attuazione del principio di trasparenza e l'eventuale adozione di comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione, mentre il Registro degli accessi consente di dar conto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso.

Nella pagina della sottosezione Servizi Erogati>Liste di Attesa della sezione Amministrazione Trasparente sono pubblicate le rilevazioni dei Tempi minimi di attesa giornalieri e l'elenco delle specialità e degli esami prenotabili in ASL 2 secondo il PRLGA, che ha recepito in Liguria il PNGLA.

In merito agli artt. 8 e 14 del D. Lgs. n. 33/2013, che prevedono la pubblicazione tempestiva dei *curriculum vitae* dei dirigenti e degli incaricati di funzione, l'ASL2 ha attivato un sistema informatico di acquisizione continua dei *curriculum vitae* e dei loro aggiornamenti con un modulo da compilare sul portale Intranet aziendale a cura dei dirigenti e degli incaricati di funzione, figure responsabili di questo adempimento da effettuare tempestivamente.

Si allega l'elenco degli obblighi di pubblicazione aggiornato **(Sottosezione 2.3 - Allegato 1)** secondo i riferimenti forniti dal PNA 2022 e ss.mm.ii.

2.3.7.2 La tracciabilità dei procedimenti

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti rimessi alla propria competenza in attuazione di quanto previsto dalla normativa in tema di Amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.) mediante:

a) la *dematerializzazione dei flussi amministrativi*;

b) la *semplificazione dei flussi documentali*;

c) la *standardizzazione di tipologie di provvedimenti*;

d) la *trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi*.

La *tracciabilità dei procedimenti* è misura ordinaria per garantire l'effettività degli interventi organizzativi previsti dal presente piano della prevenzione della corruzione.

L'Azienda gestisce informaticamente con apposite procedure:

- la rendicontazione della libera professione anche presso gli ambulatori esterni all'azienda,
- la gestione di agende/prescrizioni di prestazioni ambulatoriali e per gli interventi chirurgici,
- la cartella clinica elettronica attivata in tutti i reparti e ambulatori,
- l'informatizzazione del protocollo informatico e della emissione informatizzata di delibere e determine e dei loro dei processi per tutti i responsabili delle varie articolazioni aziendali.

2.3.7.3 Il Codice di comportamento

L'Art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 1 comma 44 della L. 190/2012, dispone che ciascuna PA adotti un proprio codice di comportamento che integri e specifichi il Codice di comportamento generale, cui al D.P.R. n. 62/2013 "al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico".

L'ASL2 ha approvato l'aggiornamento del proprio Codice di Comportamento Aziendale con Deliberazione del Commissario straordinario n. 861 del 08/11/2023 recependo:

- l'art. 4 del D.L. 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 ed il conseguente D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81;
- la Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020;
- il documento base del Codice di Comportamento da adottare nelle aziende del Servizio Sanitario Regionale redatto dal "Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali" adottato con Deliberazione n. 1144 del 30/12/2021 (PTPCT 2022-2024).

Il personale dell'ASL2 è stato informato tramite pubblicazione nel sito aziendale sezione Amministrazione trasparente e con avvisi in evidenza sulla intranet aziendale.
Il Direttore S.C. Gestione risorse umane e medicina convenzionata e il Direttore S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP, per le rispettive competenze, devono acquisire una dichiarazione di presa visione del Codice disciplinare, del Codice di Comportamento e degli obblighi sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione contenuti nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, inserendo tale impegno nei contratti per il personale dipendente o con contratto libero-professionale.
Nel corso del 2024, l'UPD ha concluso n. 11 procedimenti dei quali n. 8 hanno dato luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, mentre n. 3 sono esitati in archiviazioni.

sanzione applicata	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
rimprovero scritto	5	1	5	2	3
sospensione dal servizio	3	5	6	1	2
sanzione non conservativa	-	-	1	-	
sanzione pecuniaria	1	-	11	4	1
licenziamento s.p.	-	-	-	1	2
archiviazione	-	-	2	5	
archiviazione[26]	-	-	6	3	3
provvedimenti disciplinari					
categoria	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
dirigenza	5	1	6	6	4
comparto	4	5	25	10	7

Le principali violazioni nei procedimenti dell'UPD hanno riguardato comportamenti non corretti:

- per l'inosservanza di norme o disposizioni aziendali;
- nei confronti dell'Azienda;
- nel rapporto con superiori, colleghi, terzi.

La sanzione irrogata più frequentemente è stata il rimprovero scritto.

La numerosità degli eventi si è ridotta tornando in linea con le rilevazioni di anni precedenti.

Si richiama la opportunità di promuovere l'attività di formazione volta a diffondere principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati anche in relazione alla recente approvazione del nuovo Codice di Comportamento.

2.3.7.4 La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio dell'instaurarsi di relazioni particolari tra amministrazioni, utenti e soprattutto controparti contrattuali, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e il possibile ingenerarsi di aspettativa a risposte di favore, se non addirittura improntate a collusione o illegali.

[26] Connessa a precedente procedimento penale

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 190/2012 (*rotazione ordinaria*).

La rotazione del personale è altresì prevista nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente. Infatti, l'art. 16, comma 1, lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (*rotazione straordinaria*).

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. In tale prospettiva, l'Azienda cura la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne.

Il PNA 2019 ha ribadito l'importanza di tale misura di prevenzione e della necessità di fare un'adeguata programmazione della disciplina della rotazione e dei criteri di applicazione della stessa.

Tenendo conto dei condizionamenti nell'applicazione della rotazione, quello della cosiddetta infungibilità, derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento, sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Con specifico riferimento agli incarichi dirigenziali, la presente Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza intende evidenziare la particolare situazione contingente dell'ASL2, soprattutto con riferimento alla Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale, il cui numero di dirigenti pone in seria difficoltà l'attuazione di meccanismi puri di rotazione, ciò anche in relazione agli effetti derivanti dai pensionamenti del 2023 e previsti nel 2024 che produrranno una *rotazione ordinaria* di fatto, mentre non risultano al momento casi di *rotazione straordinaria*.

La misura della rotazione[27] è stata oggetto di studio e approfondimento da parte del Gruppo di lavoro regionale RPCT e sono apparse subito evidenti le problematicità correlate alla effettiva attuazione della misura. Occorre quindi pianificare bene l'intervento ed operare con criteri di gradualità nell'attuazione della misura accompagnando la stessa con attività di formazione specialistica e affiancamento. Si suggerisce quindi di effettuare una preventiva identificazione delle strutture e degli uffici maggiormente esposti a rischio corruzione destinatari delle procedure di

[27] vedi in proposito *infra,* punto 2.3.4.2

rotazione. Qualora motivatamente la rotazione appaia impossibile o particolarmente complessa si possono ipotizzare misure di prevenzione compensative quali ad esempio la segregazione delle funzioni o altre da attuare possibilmente in modo uniforme a livello regionale nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, per l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il PNA 2022 individua il rispetto del limite temporale di tre anni[28] dell'incarico con una eventuale sola proroga, al fine di assicurare un criterio di rotazione/alternanza in tale ruolo.

2.3.7.5 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti a adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

Nell'ambito del nuovo Codice di comportamento aziendale si è provveduto a specificare gli aspetti connessi all'emersione della situazione di conflitto di interesse anche solo potenziale, con resa di dichiarazione trasparente e motivata da parte dell'interessato al diretto superiore ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che provvederà a conservarla agli atti. A tal fine sono stati predisposti specifici moduli da parte del Gruppo regionale di lavoro, adottati con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 77 del 06/04/2018 e pubblicati sul sito aziendale.

Per il personale non dirigente la segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

[28] PNA 2022 - pag. 52-53 dell'Allegato 3 Parte generale RPCT e struttura supporto

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

L'Azienda ha intrapreso adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse anche attraverso le iniziative di formazione contemplate nella presente Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza.

2.3.7.6 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso.

Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la L. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, in particolare prevedendo che:

- degli appositi regolamenti adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della L. n. 400 del 1988 debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001;
- le amministrazioni adottino dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. 190/ 2012, prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

2.3.7.7 L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario

L'ANAC con Deliberazione n. 149 del 22/12/2014, a seguito di osservazioni formulate da alcune amministrazioni, ha fornito un'interpretazione ed applicazione del D.Lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

La disposizione prevede che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art.1, commi 49 e 50 della L. 06/11/2012 n. 190 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs n. 39/2013.

Tale disposizione in Regione Liguria si applica, per analogia, anche alla figura del Direttore Sociosanitario.

2.3.7.8 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

La L. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

La disposizione stabilisce che *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti

nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006).

I già menzionati soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- il Direttore della SC Gestione risorse umane e medicina convenzionata è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- i direttori delle SS.CC. che si occupano degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore della SC Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001. L'Azienda potrà disporre controlli a campione anche avvalendosi dell'attività del Servizio Ispettivo aziendale.

Il *Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza* ha definito delle procedure per la prevenzione del *pantouflage*[29].

2.3.7.9 La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

La L. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale:

- *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

[29] vedi in particolare:

- il PNA 2022 il capitolo denominato *Il pantouflage* alla pag. 60 e seguenti
- il punto 4.1.2. "Procedure relative allo svolgimento di attività dopo la cessazione del rapporto di lavoro" nell'Appendice alla Sottosezione 2.3 del presente PIAO

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari".

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

I direttori delle SS.CC. (in base a specifiche competenze), nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche in presenza di situazioni di specie sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/2000.

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

2.3.7.10 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

Fuori dei casi di responsabilità personale per calunnia (art. 368 c.p.) o diffamazione (art. 595 c.p.), ovvero di responsabilità civile per fatto illecito ex art. 2043 c.c., il dipendente che denuncia all'autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Il comma 2 dell'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. così recita: *"Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato"*.

Inoltre, la L. n. 179 del 30 novembre 2017 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"* all'art.1, comma 3 dispone: *"l'identità del segnalante non può essere rilevata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del Codice di procedura penale." "nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria…" "Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti alla stessa"*

La stessa norma prevede che la denuncia sia sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della L. 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta non solo con specifico riferimento al procedimento disciplinare, ma anche in ogni contesto successivo alla segnalazione.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivale ad accettazione di segnalazione anonima, in quanto si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo l'obbligo dell'Azienda di prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, laddove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali, cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati, mediante, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, la indicazione di nominativi o qualifiche particolari, la menzione di uffici specifici, la indicazione di procedimenti o eventi particolari.

L'art. 2, comma 1 della L. 179/2017 prevede che all'art. 6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n.231, dopo il comma 2 siano inseriti i seguenti: comma 2 bis lettera c): il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. L'art. 2, comma 1 della L. 179/2017 prevede che all'art.6 del D. Lgs. 8 giugno 2001,

n.231, dopo il comma 2 ter prevede che l'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni di cui al comma 2 bis può essere denunciata all'Ispettorato Nazionale del Lavoro per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'Organizzazione sindacale indicata dal medesimo.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili. La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico. La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito dell'Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. In tal caso, il Responsabile della prevenzione della corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'UPD, quest'ultimo, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- alla SC Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP dell'Azienda. Quest'ultima Struttura valuta, congiuntamente al Direttore Generale, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine dell'ASL;
- all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché riferiscano della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia[30]. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione

[30] Il *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* della ASL2 è stato costituito, ai sensi delle disposizioni vigenti, con Deliberazione n. 994 del 07/10/2022 recante "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi

all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'Azienda per ottenere: a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente; b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato; c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

L'ASL2, sulla base della determinazione adottata dall'ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", e in relazione alle attività svolte dal Gruppo regionale RPCT ha attivato idonee procedure di segnalazione al fine di prevedere la massima tutela del dipendente che effettua la segnalazione di illecito, aderendo tra l'altro alla piattaforma *Whisteblowing PA* fornita da *Transparency International* che da accurati approfondimenti è risultato il sistema più adeguato, aggiornato continuamente ed economico.

Risulta una segnalazione ricevuta tramite il portale riservato https://asl2.whistleblowing.it e tempestivamente riscontrata nel corso del 2024.

Nel corso del 2024 in ottemperanza all'Obiettivo 4, comune a tutte le aziende del SSR e in applicazione del D.Lgs. n. 24/2023, è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 20/09/2024 il "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazioni di disposizioni normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela". (vedi *supra* punto 2.3.2).

2.3.7.11 La formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della azione di prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata può far sì che:

- l'attività amministrativa sia svolta da soggetti consapevoli ove la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni siano assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure), da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione, sia quanto più diffusa in tutti i settori;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza rappresenti l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione ordinaria del personale;

---

lavora e contro le discriminazioni dell'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, ai sensi dell'Art. 57 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - individuazione dei componenti di parte pubblica e di parte sindacale".

- la creazione della competenza specifica necessaria consenta da un lato al dipendente di svolgere la nuova funzione da esercitare in conseguenza della rotazione ordinaria, dall'altro possa essere di supporto allo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate, possa costituire un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative";
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, possa meglio supportare ed orientare l'azione di dipendenti e dirigenti evitando l'insorgere di prassi ed opportunismi contrari alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- sia perpetuata la condivisione più ampia di valori etici, mediante l'approfondimento dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

L'Azienda nel corso del 2024 ha perseguito programmi di formazione per il personale come previsto nel "Piano della formazione aziendale e finanziamento anno 2024".

Dal 2023 l'ASL2 ha attivato il proprio Portale della Formazione che è disponibile al link https://fad.asl2.liguria.it/ rendendosi via via autonoma da ASL3 nella gestione della formazione del personale nella modalità da remoto. Su questa nuova piattaforma sono stati aggiornati, a disposizione di tutto il personale i seguenti nuovi corsi:

- La Legge n. 190 i piani e misure anticorruzione
- Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alle aziende sanitarie
- Incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi
- Codice di comportamento.

Il PNA 2019 definisce la formazione quale misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle

conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

2.3.7.12 I patti di integrità negli affidamenti

I patti d'integrità e/o i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti.

L'AVCP con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons.

St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).

L'Azienda, in attuazione a quanto sopra ha aderito con Deliberazione n. 172 del 16/3/2016 al "Protocollo per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" promosso dalla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Savona, esitato nel successivo protocollo di "Intesa per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" adottato con Deliberazione n. 917 del 14/12/2017.

Per quanto sopra, i direttori delle SS.CC. competenti sono tenuti ad aggiornare gli avvisi, i bandi di gara e le lettere di invito prevedendo l'inserimento di clausole di salvaguardia in ordine al mancato rispetto dei protocolli di legalità o del patto di integrità adottato dall'Azienda.

Le conseguenze della non accettazione espressa di tale clausola e dei patti da essa richiamati dà luogo all'esclusione dalla gara e/o alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, per le acquisizioni, i servizi ed i lavori disposti mediante autorizzazione di spesa e/o in economia.

Conseguentemente, per l'applicazione uniforme delle disposizioni su questo punto, il *Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza*, ha elaborato un documento, condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenente Linee

Guida e uno schema tipo (vedi Allegato 1 in *Appendice* alla Sottosezione 2.3 del presente PIAO). Con nota prot. n. 123929 del 20/12/2023 è stata effettuato il monitoraggio dell'applicazione di quanto previsto nell' "Aggiornamento Patti di Integrità" (Prot. n. 402585 del 25/05/2023 di Regione Liguria - Direzione Generale Dipartimento Salute e Servizi Sociali).

2.3.7.13 Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti

L'ASL2 definisce procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. A tal fine, tutte le fasi procedimentali, da quella iniziale sino a quella conclusiva, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda sono pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali. Il rispetto dei tempi procedimentali costituisce elemento sintomatico della corretta attuazione dei principi in tema di giusto procedimento, correttezza dell'agire amministrativo, e conseguentemente degli obiettivi di prevenzione della corruzione.

2.3.7.14 Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione

Nell'ottica di realizzare un miglioramento continuo degli strumenti preventivi e di tracciabilità delle relative attività implementate, sono individuati degli strumenti trasversali di prevenzione, ulteriori a quelli della trasparenza e del monitoraggio sul rispetto dei termini, ossia:

- l'*informatizzazione dei processi* che può consentire per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo riducendo quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- l'*accesso telematico alle basi dati, documenti e procedimenti, e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti* (D.Lgs. n. 82 del 2005), che consentono la trasparenza dell'amministrazione verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza.

Anche attraverso queste leve possono rafforzarsi le misure organizzative interne di vigilanza e tracciabilità in ordine alle iniziative realizzate nel corso del triennio di vigenza del Piano. L'Azienda è impegnata nello sviluppo della digitalizzazione di tutti i processi, attraverso:

- il sistema di *Information and Communication Technologies* (ICT) aziendale con il rafforzamento della piattaforma *ONESYS* in tutti i punti di erogazione dell'assistenza sanitaria dell'Azienda;
- l'introduzione dell'applicativo della *procedura di libera professione* presso ogni ambulatorio esterno all'azienda con nuovi aggiornamenti programmati per il 2024;
- la *gestione delle agende di prenotazione ambulatoriali e di ricovero ospedaliere*, compresi gli interventi chirurgici come secondo il programma attuativo aziendale e le indicazioni della SSD Gestione delle liste di attesa";
- la *cartella clinica elettronica* gradualmente diffusa in tutti i reparti ospedalieri e ambulatori ospedalieri;
- il *consolidamento dell'informatizzazione dei processi documentali* (sistema FOLIUM-CIVILIA protocollo informatico e procedura deliberazioni/determine) e del *Registro informatico degli accessi*;
- informatizzazione gare per acquisizione di beni e servizi (ARCA-SINTEL) e la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso ANAC in attuazione del Nuovo Codice degli Appalti applicabile anche alle procedure PNRR avviate a partire dal 1° gennaio 2024;
- le procedure previste dalle disposizioni normative sul *NSO (Nodo Smistamento Ordini)* in particolare per quanto concerne gli ordini riguardanti *prestazioni strettamente sanitarie;*
- il Progetto Regionale per la revisione del sistema contabile delle Aziende sanitarie liguri (D.G.R. n. 882/2019) Deliberazione A.Li.Sa. n. 308/2019 recepita con Deliberazione n. 772/2019, che doveva essere portato a termine nel 2023, ma che proseguirà nel 2024.

2.3.8 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

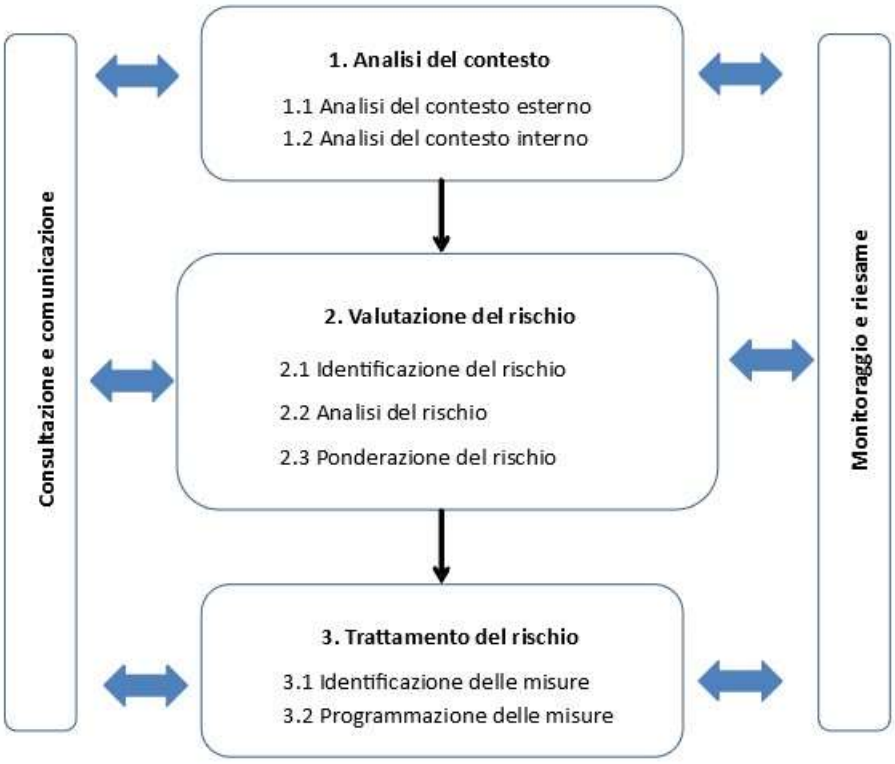
La sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza è un programma delle attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi di attuazione.

Per *rischio* si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per *evento* si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente.

Per *gestione del rischio* si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

Il PNA 2019 prevede che il processo di gestione del rischio di corruzione si articoli nelle fasi rappresentate secondo lo schema di seguito riportato:



2.3.8.1 La "mappatura" dei processi

Consiste nella preventiva individuazione del processo a rischio corruttivo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase; avviene tenendo conto della dimensione organizzativa e delle risorse disponibili (avvalendosi tra l'altro dell'analisi dei processi amministrativi avvenuta con la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 di tutte le strutture Dipartimento Tecnico Amministrativo) consentendo di far emergere le aree aziendali a più elevato rischio corruttivo prevedendo possibili misure di mitigazione. I dati esaminati e la mappatura dei processi sono rappresentati nell'**Allegato 2** della **Sottosezione 2.3**.

2.3.8.2 Analisi del contesto

Vedi integralmente il punto 2.3.6 di questa Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza.

2.3.8.3 La valutazione del rischio

Il processo di valutazione del rischio richiede anche il coinvolgimento dei dirigenti delle aree di rispettiva competenza (**Sottosezione 2.3 - Allegato 2**).

Le fasi principali seguite sono:

• ***Identificazione***

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'amministrazione, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione; tale individuazione è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'ente: a) individuazione del rischio corruzione (evento);

b) indicazione delle “modalità di comportamento corruttivo”;

c) “fattori abilitanti” ovvero delle variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle “modalità di comportamento corruttivo”.

Di seguito l’elenco di macro-fattori che possono costituire un quadro di contesto interno aziendale.

	Fattori abilitanti
A	Assenza/scarsità del personale, impossibilità a garantire la rotazione del personale, accentramento di funzioni ad un unico operatore
B	Mancanza di controlli
C	Assenza di meccanismi di controllo ex-post
D	Mancanza di trasparenza
E	Eccessiva discrezionalità
F	Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche), assenza di criteri preordinati e/o di regole
G	Disomogenea diffusione di competenze del personale (monopolio di competenze)
H	Insufficiente professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)
I	Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)
J	Sopralluogo effettuato da un unico operatore/mancanza rotazione del personale
K	Mancata verifica conflitti di interesse
L	Inadeguata diffusione della cultura della legalità/subcultura organizzativa
M	Pressione commerciale
N	Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)

• ***Analisi***

È la stima del livello di esposizione al rischio, applicando un sistema di misurazione qualiquantitativo secondo le linee dell’ANAC, “in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo” sulla base di questi indicatori:

1. livello di interesse “esterno”
2. grado di discrezionalità del decisore
3. opacità del processo decisionale
4. livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella corruzione
5. grado di attuazione delle misure di trattamento
6. manifestazioni di eventi corruttivi in passato
7. segnalazioni di illeciti
8. procedimenti disciplinari.

La misura del livello di esposizione al rischio risulta essere il prodotto di due fattori: la probabilità dell'evento (sulla base degli indicatori di rischio da 1. a 5.) e l'intensità del relativo impatto (sulla base degli indicatori di rischio da 6. a 8.).

Entrambi i fattori (probabilità e impatto) sono stati declinati in una scala secondo quattro intensità: *molto basso, basso, medio, alto.*

MATRICE DI RISCHIO	**IMPATTO EVENTO**			
PROBABILITÀ EVENTO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
MEDIO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO
MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO

• ***Ponderazione***

La fase di ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire:

-le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;

-le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre alla fase del trattamento il rischio, processi non giudicati particolarmente rischiosi, limitandosi a mantenere attive le misure già esistenti.

2.3.8.4 Il trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione per migliorare le prassi e renderle maggiormente trasparenti ed efficienti (**Sottosezione 2.3 - Allegato 3**).

2.3.9 MONITORAGGIO ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il processo di gestione del rischio si conclude con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia, al termine del processo, della strategia di prevenzione come definita dalle

relative misure. Partecipano a garantire l'attività di monitoraggio, i soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione descritti al punto 4. di questa Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza.

Il monitoraggio può costituire anche uno strumento di autovalutazione attraverso il quale i diversi soggetti interessati vigilano sull'andamento e sullo stato di avanzamento delle varie fasi del processo di gestione del rischio, consentendo interventi di riallineamento coerenti con le fasi previste dal sistema della performance in collaborazione con la SC Centro Controllo Direzionale.

Il *Piano integrato di attività e organizzazione,* che comprende la Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza, mira ad assicurare qualità e trasparenza dell'attività amministrativa procedendo nel monitoraggio continuo della semplificazione dei processi, compreso il diritto di accesso.

Tra le differenti azioni complementari alle misure di prevenzione oggetto di monitoraggio attuate in corso d'anno si riportano:

- la reportistica periodica delle performance aziendali elaborata dalla SC Centro Controllo Direzionale/SS Controllo di gestione, anche tramite il graduale sviluppo del portale del DWH aziendale SAS http://sas-va.asl2.liguria da parte della SC Sistemi informativi e ingegneria clinica;
- i dati quali-quantitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari (vedi *supra* punto 2.3.7.3), dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'URP (vedi *supra* punto 2.3.6.2 *Il Report dell'URP*), delle segnalazioni provenienti dalla piattaforma *whistlewblower* (vedi *supra* punto 2.3.7.10);
- l'attività formativa svolta in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione con i corsi FAD:
  1) *Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alle aziende sanitarie* (https://fad.asl2.liguria.it)
  2) *Incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi* (https://fad.asl2.liguria.it)
  3) *La Legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione* (https://formazione3.asl3.liguria.it)
- l'attuazione del progetto di implementazione di un sistema informatico di acquisizione dei curriculum vitae e dei loro aggiornamenti annuali tramite modulo da compilare (data entry) a cura di dirigenti e incaricati di funzione sul portale Intranet-ASL2 con precompilazione dei dati anagrafici della S.C. Gestione risorse umane e medicina convenzionata e presenti sul sistema informativo aziendale;
- la conferma (vedi nota trasmessa via e-mail al RPCT del 30/11/2021 ed i successivi ulteriori riscontri) per gli uffici della S.C. Gestione risorse umane e medicina convenzionata del "Ruolo di verifica assegnato all'Ufficio del Personale (all'atto dell'assunzione del dipendente)" come definito al punto 4.2) della nota di A.Li.Sa. prot. 5043 20/04/2021 recante "Indicazioni operative

sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013" in relazione a situazioni di inconferibilità / incompatibilità dei dirigenti"[31];

- le attività svolte nel 2024 in attuazione della Delibera ANAC n. 213/2024 recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell'Autorità", che ha predisposto oltre alla Griglia rilevazione al 30/06/2024;
- l'adozione con Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 20/09/2024 del "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazioni di disposizioni normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela" (vedi *supra* punto 2.3.7.10);
- l'adozione della procedura operativa PQA 1225 Rev. n. 1 del 24/08/2023 recante "Partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati" che recepisce quanto elaborato dal Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nel 2022 (https://www.asl2.liguria.it/servizi-dalla-a-alla-z/1276-partecipazione-eventi-sponsorizzati.html);
- l'adozione da parte delle strutture interessate (SC Patrimonio e gestione tecnica, SC Economato e logistica) dell'Aggiornamento dei Patti di Integrità come definito dal Gruppo regionale RPCT;
- il monitoraggio sulle strutture interessate (vedi rispettivamente note n. 123899 del 20/12/2023 e n. 124072 del 20/12/2023):
  - > per l'adozione del Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici nelle Aziende Sanitarie e relativa modulistica elaborato dal Gruppo RPCT;
  - > per l'adozione dell'Aggiornamento delle Procedure sul divieto di *pantouflage*;
- l'Aggiornamento del Codice di Comportamento adottato con Deliberazione n. 861 del 08/11/2023 (vedi *supra* punto 2.3.7.3);
- l'aggiornamento modulistica comune sul conflitto di interessi negli appalti pubblici pubblicati sul sito aziendale (https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/modulistica-regionale/documents/modulistica-regionale-prevenzione-corruzione.html) .

[31] […] Il Responsabile dell'Ufficio del Personale individua al proprio interno un dipendente che dovrà condurre l'istruttoria per verificare l'assenza di situazioni di inconferibilità / incompatibilità dei dirigenti […].

Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura organizzativa dell'A.S.L. 2 - Azienda Sociosanitaria Ligure è definita nel relativo Atto di Autonomia Aziendale, approvato, da ultimo, con Deliberazione n. 494 del 10.07.2024. Sono Organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento. In qualità di organo di vertice dell'Azienda, il Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali. L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale e di area vasta in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-

breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

Nell'organizzazione Aziendale, sono definiti i seguenti livelli di responsabilità dirigenziali:

- Direzione di Dipartimento
- Direzione di Struttura Complessa
- Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale
- Responsabile di Struttura Semplice

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitari (art. 17 bis D.lgs. 502/92) la cui disciplina, costituzione, organi e funzionamento sono disciplinati nel V° Capo della L.R. 41/06 e s.m.i. (art. 38 e seguenti). L'Azienda assume il modello dipartimentale quale strumento organizzativo ottimale per favorire le capacità di cooperazione e sostenere livelli di responsabilità diffusi, in modo da ottenere, pur valorizzando l'iniziativa e le professionalità individuali, il superamento dell'organizzazione verticale.

Il dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari che perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti. Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregati al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di comportamenti clinico-assistenziali e regole condivise.

Il Dipartimento, salvo deroghe della Giunta Regionale, aggrega almeno quattro strutture organizzative complesse e può comprendere anche strutture organizzative semplici dipartimentali, ma non può di norma, superare la dimensione di otto unità operative complesse. Inoltre, le vigenti disposizioni normative prevedono per le aziende sociosanitarie uno specifico assetto organizzativo per quanto attiene il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Psichiatria e Dipendenze ed il Dipartimento Materno Infantile. Il Dipartimento Strutturale inter-distretto ed inter-presidio costituisce per l'ASL 2 il principale e rilevante modello organizzativo ed è composto da Strutture Complesse e Semplici dipartimentali omogenee per tipologia di attività e di personale.

La struttura complessa (S.C.) è la componente organizzativa del Dipartimento che svolge una funzione od un complesso di funzioni omogenee o affini nell'ambito delle attività dipartimentali. Ogni struttura complessa è dotata di autonomia organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal Direttore del Dipartimento e dalla Direzione Generale e viene diretta da un dirigente nominato in conformità alle procedure stabilite dalla vigente normativa. Caratteristiche principali della struttura complessa sono la flessibilità organizzativa e la compatibilità gestionale con la missione aziendale.

La Struttura Semplice (S.S.) è una componente organizzativa del Dipartimento (S.S.D.) o della Struttura Complessa (S.S.C.) e svolge una funzione o un complesso di funzioni a cui è attribuita una autonomia funzionale per ragioni organizzative, di efficienza o di specificità professionale. La Struttura Semplice ha valenza dipartimentale quando le funzioni svolte attengono competenze afferenti a più strutture del Dipartimento, ovvero rivestono carattere di particolare rilevanza nell'organizzazione aziendale.

I requisiti necessari per la costituzione di una Struttura Semplice Dipartimentale sono la gestione di settori specialistici o di articolazioni organizzative svolte presso presidi aziendali (ospedalieri o territoriali) privi della specialità in oggetto a livello aziendale.

Il numero di strutture semplici previste deriva dalla complessità organizzativa dell'Azienda ed è coerente con gli indirizzi normativi regionali e nazionali.

La graduazione delle posizioni dirigenziali all'interno dell'Azienda viene definita nel rispetto dei vigenti CC.CC.NN.L. Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Area Funzioni locali (P.T.A.), in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

In oggi, per quanto attiene la Dirigenza Area Sanità , tale graduazione è definita è sancita da uno degli Accordi in materia di rigraduazione degli incarichi dirigenziali, sottoscritti tra l'Amministrazione dell'A.S.L. 2 Sistema Sanitario Regione Liguria e le OO.SS. dell'Area Sanità, e precisamente:

- "Sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali della Dirigenza Area Sanità (artt. 21 e 69 del C.C.N.L. 23 gennaio 2024 Area Sanità" – Prot. n. 29398 del 20/03/2024 – sottoscritto in data 19 marzo 2024

Relativamente alla Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (P.T.A.), vige l'Accordo recante "Sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali dell'Area Funzionali Locali (Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali) nell'ambito dell'A.S.L. 2" - Prot. n. 54395 del 31.05.2024 – sottoscritto in data 30 maggio 2024 tra l'Amministrazione dell'A.S.L. 2 Sistema Sanitario Regione Liguria e le OO.SS. dell'Area Funzioni Locali in materia di criteri per la graduazione delle posizioni dirigenziali, correlate alle funzioni e alle connesse responsabilità, ai sensi dell'articolo 64, comma 1, lettera a), del C.C.N.L. 17 dicembre 2020 dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa). Nell'organizzazione Aziendale, sono inoltre definiti i livelli di responsabilità per il personale del Comparto, come stabiliti dal C.C.N.L. 2 novembre 2022 relativo al personale Comparto Sanità, con particolare riferimento al Titolo III ("Ordinamento professionale") - Capo III "Sistema degli Incarichi", nel quale vengono definite le tipologie di incarico, la graduazione delle stesse e le relative procedure di assegnazione, caratterizzate da trasparenza, oggettività e imparzialità delle scelte, nonché dalla verifica delle competenze, quale componente fondamentale del sistema classificatorio del personale.

I suddetti livelli di responsabilità, come definiti contrattualmente, si sostanziano nelle tipologie di incarico seguenti, e precisamente:

- Incarico di posizione (personale Area di Elevata Qualificazione)
- Incarico di funzione organizzativa (personale Area dei professionisti della salute e dei Funzionari)
- Incarico di funzione professionale (personale Area dei professionisti della salute e dei Funzionari – Area degli Assistenti – Area degli Operatori), articolato a sua volta in:
  - incarico di "professionista specialista" (ruolo sanitario e sociosanitario)
  - incarico di "professionista esperto" (ruolo sanitario e sociosanitario)
  - incarico di "funzione professionale" (tutti i ruoli)

In coerenza con l'impianto contrattuale ed in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, attraverso lo strumento del "Regolamento per l'affidamento, la valutazione e la revoca degli Incarichi del personale dell'Area del Comparto" adottato con la Deliberazione n. 681 del 10/08/2023, l'Azienda ha stabilito, tra l'altro, le graduazioni connesse a ciascuna tipologia di Incarico sopra elencata.

Per quanto attiene alla definizione delle Aree contrattuali ed il sistema classificatorio del personale, si rinvia a quanto previsto dai CC.CC.NN.L. relativi al personale Area Sanità di qualifica dirigenziale e non nel tempo vigenti.

I ruoli del personale operante nel Servizio Sanitario nazionale sono cinque, anch'essi definiti contrattualmente, e precisamente:

- ruolo sanitario
- ruolo sociosanitario
- ruolo professionale
- ruolo tecnico

ruolo amministrativo

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'Azienda ritiene il lavoro agile una misura organizzativa che può certamente contribuire ad una migliore conciliazione tra i tempi di vita e quelli lavorativi, nonché ad una più razionale ed efficace resa della prestazione lavorativa, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, nell'ottica di perseguimento, tra l'altro, dei seguenti obiettivi, e precisamente:

- diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della *performance*;
- valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- riprogettare gli spazi di lavoro.

Come evidenziato dalle Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'Amministrazione di appartenenza ed il lavoratore o la lavoratrice per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità scelte per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- flessibilità dei modelli organizzativi e delle modalità di lavoro;
- autonomia nell'organizzazione del lavoro e responsabilizzazione sui risultati;
- utilità per l'Amministrazione e benessere del lavoratore;
- digitalizzazione e rinnovamento dei processi aziendali;
- cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;

In conformità a tali principi, l'implementazione di un'efficace organizzazione del lavoro agile può tradursi in una maggiore flessibilità lavorativa e autonomia, con la conseguenza di un migliore bilanciamento tra vita e lavoro, una maggiore responsabilità e, quindi, una maggiore produttività.

In coerenza con le Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto 8 ottobre 2021, recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile,

previo confronto con le Organizzazioni Sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Di norma, le aree di attività in cui potrà essere espletata l'attività "*smartabile*" sono riferibili ai servizi amministrativi ed alle attività territoriali attinenti all'area amministrativa. Vengono fatte salve particolari situazioni nell'area sanitaria che consentano l'applicazione del lavoro agile, secondo la discrezionalità del Direttore/Dirigente Responsabile che valuta l'istanza di attivazione del lavoro agile formulata dal/dalla dipendente.

Potenzialmente, anche a rotazione, le seguenti attività possono essere svolte in modalità agile, qualora ricorrano le seguenti condizioni minime:

- possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- possibilità utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- possibilità da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- disponibilità del/della dipendente o, in alternativa, possibilità di fornitura dall'Azienda (nei limiti della disponibilità), della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- assenza di pregiudizio nell'erogazione dei servizi rivolti a pazienti, cittadini, ovvero soggetti interni/esterni destinatari delle prestazioni istituzionali aziendali, che deve, pertanto, essere assicurata con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Non rientrano, nelle attività che possono essere svolte in remoto, neppure a rotazione, quelle relative a:

- personale del ruolo amministrativo, tecnico, professionale e/o sanitario, impegnato in servizi e/o attività da rendere necessariamente in presenza;
- personale preposto ad attività sanitaria/clinica/assistenziale che richieda inderogabilmente la presenza fisica;
- personale assegnato a servizi che richiedono presenza per controllo accessi (varchi aziendali);
- personale preposto a servizi di vigilanza, ispezione e controllo da rendere inderogabilmente *in loco*;

- personale assegnato a servizi *di line* per i quali costituisce presupposto inderogabile, ai fini dell'erogazione del servizio stesso, la presenza fisica (interfaccia fisica con l'utenza, interna od esterna).

Al Direttore/Dirigente Responsabile, di concerto con il Direttore del Dipartimento di afferenza, è demandata la valutazione della richiesta del lavoratore o della lavoratrice in ordine all'effettiva possibilità di ricomprendere le attività da eseguire fra quelle "*smartabili*", di cui sopra.

L'applicazione del lavoro agile avviene nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, in considerazione e compatibilmente con l'attività in concreto svola dal dipendente presso l'Amministrazione.

L'ambito di gestione dell'organizzazione del lavoro è strettamente connesso, inoltre, alla misurazione e valutazione della *performance,* in quanto condizione abilitante per il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati e per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure è caratterizzato dall'attribuzione a tutti i dipendenti di obiettivi riconducibili ad obiettivi di *budget* afferenti al sistema di misurazione e valutazione vigente.

Alla luce di quanto sopra, l'attuazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della *Performance*.

Nella disciplina di dettaglio relativa alla *performance* per ciascuna annualità di riferimento si ipotizza l'inserimento del lavoro agile come modalità che costituisce parte integrante e sostanziale del complesso di attività tese al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di *performance* con i risultati attesi, identificando le cause dello scostamento rispetto al livello atteso.

In relazione ai comportamenti organizzativi che misurano come gli obiettivi sono stati raggiunti, attraverso il confronto tra comportamenti attesi ed i comportamenti agiti, devono in futuro trovare adeguata collocazione anche i comportamenti correlati alle figure dello "*smartworker*" (fruitore

della modalità del lavoro agile) e del "*distance manager*" (figura responsabile che esercita funzioni di coordinamento a distanza).

Ai sensi delle Linee Guida sul Piano organizzativo del lavoro agile emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, si possono individuare indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance:

- indicatori riferiti allo stato di implementazione, i quali sono utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo dello stesso nella medesima organizzazione;
- indicatori riferiti alla performance organizzativa che sono utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo stesso;
- indicatori riferiti alla performance individuale che forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Agli indicatori sullo stato di implementazione del lavoro agile si dovranno poi aggiungere indicatori di economicità, di efficienza e di efficacia.

In tal senso le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono ad oggi in linea di massima le medesime anche perché il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività tuttavia in prospettiva di messa a regime della modalità di lavoro agile sarà comunque necessario sviluppare riflessioni in ordine ad un'eventuale revisione/integrazione dei comportamenti non solo in termini di peso relativo (cosa che il sistema di misurazione e valutazione della performance vigente già prevede) ma anche in termini di "nuove" competenze che il dipendente dovrà essere in grado di esprimere.

Dal punto di vista della prestazione individuale la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia favoriscono senza dubbio nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata ma a fronte di questi potenziali benefici sarà però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

Attraverso il lavoro agile, l'Azienda ritiene che, nel medio-lungo termine, si possano conseguire benefici in termini di migliore allocazione delle risorse, anche per mezzo di differenti modelli

organizzativi, contemperando le esigenze di tutela della salute e continuità dell'attività amministrativa con le necessità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, garantendo nel contempo un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

Su tali presupposti è sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure (Articolo 14, Legge 7 agosto 2015, n. 124, e ss.mm.ii. - Articolo 6, D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.i., convertito, con modificazioni, nella L. 6 agosto 2021, n. 113)", adottato con provvedimento deliberativo n. 729 del 06/07/2022.

Successivamente è stato pubblicato sulla intranet aziendale "l'Avviso al personale dipendente – comunicazione in materia di lavoro agile (*smartworking*) applicazione del P.O.L.A. Aziendale", al fine di fornire precise indicazioni ai dipendenti che, in presenza delle condizioni previste dal POLA, hanno potuto presentare la richiesta di attivazione del lavoro agile utilizzando l'apposita modulistica reperibile sulla piattaforma Aziendale.

Si evidenzia, al riguardo, che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile viene assicurato secondo quanto stabilito dalle norme vigenti in materia e secondo i seguenti principi:

- non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- garantire sempre un'adeguata rotazione del personale che può prestare la propria attività in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, fatte salve situazioni di gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari (quali condizioni di fragilità o, comunque, meritevoli di maggior tutela), che consentono, su valutazione del relativo Direttore / Dirigente Responsabile, di derogare al suddetto principio di prevalenza della prestazione in presenza;
- dotare il personale che ne è sprovvisto di apparati digitale e tecnologici adeguati alla prestazione in modalità agile che deve essere espletata.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati autorizzati allo svolgimento del lavoro agile n. 50 dipendenti, previa acquisizione del prescritto "Accordo individuale relativo all'espletamento di lavoro agile nell'ambito della struttura di appartenenza" corredato degli allegati "Informativa in materia di salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'articolo 22, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii. – allegato all'accordo individuale, nonché delle "Linee guida lavoro agile", effettuando le previste comunicazioni sulla Piattaforma Clic Lavoro, Portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Nello schema di seguito riportato è individuato il dettaglio delle Strutture interessate e dei profili professionale che hanno fruito dell'istituto in questione. Si evidenzia che, nell'ambito del contingente sopra individuato, rientrano, altresì, n. 15 unità che hanno attestato situazioni gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, in ragione delle quali, così come definite dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.12.2023.

LAVORO AGILE - PERSONALE ATTIVATO - AGGIORNAMENTO DICEMBRE 2024		
STRUTTURA DI APPARTENENZA	N.	PROFILO PROFESSIONALE
S.C. DISTRETTO SANITARIO ALBENGANESE	**1**	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
S.C. DISTRETTO SANITARIO SAVONESE	**1**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO – VIDEOTERMINALISTA
S.C. ANZIANI E DISABILI	**1**	COAD. AMM.VO
	1	TSRM
	1	INFERMIERE
S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	**1**	INFERMIERE
	1	ASSISTENTE SOCIALE
S.S.D. MEDICINA DEL LAVORO	**1**	ASSISTENTE AMM.VO
S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	**1**	INFERMIERE
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	**2**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	COLL.PROF.SAN. INFERMIERE
	1	DIRIGENTE MEDICO
S.C.IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	**2**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
	1	COAD.AMM.VO SENIOR
S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	**1**	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	DIRIGENTE INGEGNERE
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI, COMUNICAZIONE E URP	**4**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	3	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATOTE TECN. VIDEOTERMINALISTA
	2	COLL. AMMINISTRATIVO
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	**2**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OP. TECNICO VIDEOTERMINALISTA
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
S.C. PATRIMONIO E GESTIONE TECNICA	**1**	OPERATORE TECNICO (1F SU 5G)
S.C.GESTIONE RISORSE UMANE E MEDICINA CONVENZIONATA	**1**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	COADIUTORE AMM.VO
	1	COLL.AMM.VO
S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	**2**	ASSISTENTE TECNICO INFORMATICO
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO
	1	COLL. TECNICO PROFESSIONALE
S.C. GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE E FONDI CONTRATTUALI	**1**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
S.S.D. ASSISTENZA CONSULTORIALE	**1**	ASSISTENTE SOCIALE
S.C. FARMACEUTICA	**1**	OPERATORE TECNICO
S.C. PROVVEDITORATO	**1**	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
S.C. FORMAZIONE,INNOVAZIONE,SVILUPPO PROFESSIONALE E DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	**1**	TECNICO DI LAB. BIOMEDICO
TOTALE N. 50 UNITA'		

Si rileva, infine, come, i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, recentemente sottoscritti, nell'ambito del triennio di contrattazione 2019-2021, abbiano, tra l'altro, previsto l'introduzione del c.d. "lavoro da remoto", quale modalità di resa della prestazione lavorativa diversa per modi, tempi e finalità rispetto al lavoro agile, in quanto caratterizzata, non da un approccio per obiettivi, ma da una mera modificazione del luogo di resa della prestazione di lavoro.
Alla luce di quanto sopra, l'Azienda ha avviato l'iter di aggiornamento del POLA, anche attivando, ai sensi del vigente quadro normativo e contrattuale, le previste interlocuzioni con le parti sindacali, all'esito delle quali si potrà procedere all'approvazione del nuovo impianto regolamentare, presumibilmente entro il primo semestre 2025.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) 2025 – 2027

- INQUADRAMENTO NORMATIVO
- CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 31/12/2024
- PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2025
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2025
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNI 2025-2027

INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obietti di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.
Tale adempimento è previsto dall'articolo 6 ("Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale ha previsto, ai commi 2 e 3, 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……(omissis)……Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione*

dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente".

L'articolo 4 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e)e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", introducendo l'art 6-*ter* del citato D.Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii., ha demandato ad apposite linee guida della Funzione Pubblica la definizione dei criteri e dei principi ai quali devono attenersi le amministrazioni pubbliche nella programmazione del fabbisogno di personale.

Sostanzialmente, le amministrazioni, nell'ambito del PTFP, possono quindi procedere annualmente alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento. Il PTFP rappresenta la spesa potenziale massima per le amministrazioni.

L'attività di programmazione dei fabbisogni deve contemplare l'eventuale ripensamento, ove necessario, anche degli assetti organizzativi. Il PTFP è un importante strumento per dare anche conto di quali azioni le amministrazioni hanno posto in essere, per alleggerire le strutture organizzative, eliminare le duplicazioni e razionalizzare gli assetti.

Dopo aver verificato la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa, mobilità interna ed esterna, il PTFP indica, nel rispetto dei criteri illustrati e del regime delle assunzioni le scelte da operare con riferimento al reclutamento di nuove personale con le modalità di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nonché con le procedure di reclutamento speciale previste dalla legge, tra cui quelle dell'articolo 20 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e)e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante "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, nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, all'articolo 6 ("Piano integrato di attività e organizzazione") ha previsto che "*per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la*

qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)".

La Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale è stata individuata quale sezione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80,e ss.mm.ii., recante *"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".*

Il Piano, pertanto:

a) ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
b) definisce la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale , correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., contempla gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne.

In particolare, il comma 2 del suddetto art. 6 del D.L. 80/2021, e ss.mm.ii., stabilisce che il Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: *"compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2021 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 legge b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali".*

Il presente documento, tenuto conto di quanto previsto dalla D.G.R. Liguria 7 luglio 2023, n. 659, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno di forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2025, 2026 e

2027 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali *trend* che interessano il campo di azione sanitario in generale.

Tale piano sarà suscettibile di ulteriori modificazioni e integrazioni a breve termine alla luce di nuove indicazioni regionali legate all'evoluzione del quadro normativo ed economico nazionale.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle sopra richiamate *"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogno di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 173 del 27 luglio 2018.

Tali Linee sono state approvate con D.M. 8 maggio 2018, recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche", secondo le quali, tra l'altro, viene superato il concetto di dotazione organica come contenitore statico dal quale partire per la definizione del fabbisogno di personale, a favore di un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il piano triennale del fabbisogno di personale, ivi stabilendosi che l'unico parametro vincolante per le amministrazioni è costituito dalla spesa potenziale massima per il personale, entro il quale il piano dovrà assestarsi per definire la consistenza di personale e individuare i posti da ricoprire, in coerenza con la propria capacità assunzionale.

La programmazione del fabbisogno di personale (PTFP) si configura come un atto di programmazione che deve esser adottato dal competente organo deputato all'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii..

Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

a) quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, tenendo presente che, sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri che consentano di definire un fabbisogno standard per attività omogenee o per processi da gestire;
b) qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare;

Intenzione delle linee di indirizzo è favorire cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati sulle logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni di carichi di lavoro superate sul piano dell'evoluzione normativa e dell'organizzazione del lavoro e delle professioni, lasciando libertà agli organi di indirizzo politico - amministrativo in relazione alle specificità di ciascuna amministrazione ed ai rispettivi ordinamenti.

L'approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale, ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema.

Nella predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, l'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure si pone l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in linea con gli obiettivi definiti nel ciclo della *performance* e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale, adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere eventuali modifiche nel corso del tempo, ove ci si trovi a fronte di situazioni non prevedibili, non programmabili e/o non preventivabili, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il risultato di una continua analisi dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali.

Il presente Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira a principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 31/12/2024

Al 31/12/2024 il quadro del personale in servizio pari a 4.649 unità, ripartito come risulta dalle seguenti tabelle:

31 DICEMBRE 2024	
Personale Dipendente	4.307
Contratti di lavoro "flessibili"	40
Personale Convenzionato	302
TOTALE	4.649

Personale Dipendente	31 DICEMBRE 2024		
	A tempo indet.	A tempo det.	Totale
Dirigenza	636	75	711
Comparto	3.536	60	3.596
TOTALI	4.172	135	4.307

Contratti di lavoro "Flessibili"	31 DICEMBRE 2024
Incarichi libero professionali	40
Interinali	0
Co.Co.Co.	0
TOTALI	40

Personale Convenzionato	31 DICEMBRE 2024
Pediatri di Libera scelta	24
Assistenza Primaria (MMG)	164
Continuità Assistenziale	32
GSAT	0
Emergenza San. Territoriale	20
Medici Dei Servizi	6
Specialisti Ambulatoriali	56

DIRIGENZA SANITARIA	**DIRETTORE S.C.**	**34**
	DIRETTORE S.C. - DISTRETTO SANITARIO	**3**
	DIRETTORE S.C. - VETERINARIO	**1**
	DIRETTORE S.C. - PROFESSIONI SANITARIE	**1**
	DIRIGENTE MEDICO	**556**
	DIRIGENTE VETERINARIO	**16**
	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	**4**
	DIRIGENTE BIOLOGO	**21**
	DIRIGENTE FARMACISTA	**20**
	DIRIGENTE PSICOLOGO	**32**
	DIRIGENTE SANITARIO RESP SERV. P.P.	**1**
	DIRIGENTE FISICO	**5**
	DIRIGENTE FISICO	**5**
TOTALE		**694**
DIRIGENZA PTA	**DIRETTORE S.C. – AMMINISTRATIVO**	**4**
	DIRETTORE S.C. – ANALISTA	**1**
	DIRETTORE S.C. – INGEGNERE	**1**
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	**8**
	DIRIGENTE INGEGNERE	**2**
	DIRIGENTE ANALISTA	**1**
TOTALE		**17**
COMPARTO		**3596**
TOTALE		**4307**

La consistenza della dotazione organica è il punto fondamentale da cui partire per operare una programmazione efficace poiché, come è già stato specificato nella precedente sezione relativa al richiamo delle fonti normative, il D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce che tutte le determinazioni relative all'avvio delle procedure per il reclutamento sono adottate sulla base della
programmazione triennale del fabbisogno del personale, specificando che tale documento risulta propedeutico alle procedure per l'assunzione di personale nella P.A., indipendentemente dalla modalità di acquisizione.

La programmazione del fabbisogno avviene, quindi, nel rispetto della normativa vigente, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento, sia nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa vigente, in coerenza con l'attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell'atto aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli obiettivi di salute assegnati alla Direzione aziendale.

La definizione dei fabbisogni di personale è anche condizionata dalla pandemia di Covid-19 che, per la sua intensità e durata ha fortemente condizionato l'attività operativa e assistenziale dell'Azienda e che, ancorché terminata la dichiarazione dello stato di emergenza, sta costringendo in ogni caso, nei suoi effetti post-pandemici, a rivisitare modelli e assetti organizzativi e a implementare nuove attività e nuove funzioni sia sul livello assistenziale ospedaliero che in termini offerta di servizi assistenziali territoriali.

L'Azienda in questa prospettiva nuova è chiamata a ripensare, anche in una visione prospettica, le proprie strategie, adeguando la risposta sanitaria alla nuova domanda di salute, che probabilmente è destinata a modificarsi in maniera strutturale anche per i prossimi anni, con evidenti ricadute anche sulla definizione dei fabbisogni assunzionali e sulle nuove priorità, ferme restando le direttive, le linee e gli indirizzi che perverranno da parte dell'Autorità Regionale in tale ambito.

Dal punto di vista metodologico, per definire il fabbisogno di risorse umane delle diverse Strutture, si è tenuto conto in via prioritaria delle cessazioni verificatesi nei periodi pregressi, nonché delle richieste formulate dai Direttori di Dipartimento e delle indicazioni fornite dalla Direzione aziendale, utili per la realizzazione di un *chek up* interno sulla attuale dotazione di risorse umane, sulla allocazione delle risorse all'interno dei Dipartimenti e sulla possibilità di una più efficiente distribuzione delle stesse, anche alla luce delle aree che hanno subito un maggior depauperamento di unità cessate e non sostituite, fornendo alla Direzione spunti e indicazioni utili sugli effettivi fabbisogni e sulle priorità assunzionali correlate agli obiettivi assegnati.

L'elaborazione del Programma Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) è stato implementato coerentemente alle informazioni fornite, e viene sviluppato secondo una previsione di reclutamento pluriennale da realizzarsi nel triennio 2025/2027.

In questo quadro, si è tenuto in debita considerazione sia dell'età anagrafica più elevata di una parte della popolazione dipendente, sia che alcuni profili professionale risultano di difficile reperimento nel mercato occupazionale non solamente a livello regionale, ma addirittura al livello nazionale.

PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2025

Preliminarmente, occorre tenere presente che, per quanto concerne il personale del Comparto, le procedure di reclutamento e selezione saranno predisposte tenendo conto del sistema di classificazione del personale, così come definito dal C.C.N.L. 2 novembre 2022 del Comparto Sanità, relativamente sia alle Aree di afferenza, sia ai profili professionali ivi delineati.

Il Piano delle assunzioni 2025 - 2027 ha tenuto conto necessariamente delle direttive regionali in tale ambito, con particolare riferimento alle disposizioni vigenti di cui all'articolo 7, comma 1, della L.R. Liguria 24 dicembre 2010, n. 22, e ss.mm.ii., che dispone testualmente che "*è fatto divieto agli enti del settore regionale allargato, come individuato ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 24 gennaio 2006, n. 2 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Liguria. Legge finanziaria 2006) e successive modifiche e integrazioni, di procedere ad assunzioni di personale a tempo determinato o indeterminato se non previa autorizzazione regionale*".

La Legge Regionale 29 luglio 2016, n. 17, di istituzione di A.Li.Sa. e recante indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria, all'art. 3 ha assegnato ad A.Li.Sa. medesima, tra le altre cose, la competenza in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria (comma 1), precisando che tra le funzioni svolte dalla stessa figurano la programmazione finanziaria della sanità regionale, nonché la programmazione, la *governance* e le politiche relative alle risorse umane (comma 2 lett. b e lett. d).

Inoltre, la Legge Regionale 18 novembre 2016, n. 27, "Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006 n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla Legge Regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.LI.SA.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria", ha attribuito ulteriori competenze ad A.Li.Sa. per quanto concerne l'ambito sanitario e sociosanitario, incluso, come detto, quello delle politiche assunzionali e delle risorse umane nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

Tanto premesso, è verosimile affermare che il quadro assunzionale rimane fortemente condizionato dal permanere dello stato post emergenziale.

Particolare attenzione è stata posta, quindi, alle direttive in merito impartite da Regione Liguria, che ha nel tempo emanato linee ed indirizzi finalizzati ad agevolare la ripresa del sistema salute, anche mediante la ripresa dell'elezione e l'elaborazione di piani smaltimento delle liste d'attesa,

integrando in tale percorso un nuovo piano sociosanitario e mettendo in campo una programmazione di medio e lungo periodo che prevede la partecipazione delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie e ospedaliere, nell'intento di utilizzare le risorse disponibili per elevare il livello dei servizi e potenziare lo sviluppo economico del territorio.

Al riguardo, la programmazione assunzionale risulta informata a criteri di attenta ed oculata gestione delle risorse assegnate all'Azienda, per cui gli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo sono stati improntati, ove possibile, a criteri tesi a garantire:

- un'efficiente programmazione delle attività e di gestione delle risorse;
- un corrispondente miglioramento della capacità di pianificazione e controllo e l'implementazione di tecniche orientate alla pianificazione e al controllo delle risorse economiche, accompagnati dalla finalizzazione a migliori risultati servizio-costo, a favore di un'economicità del servizio quali-quantitativo;
- un approccio predefinito che consenta di assicurare che ogni attività necessaria all'ottenimento del risultato atteso sia realizzata;
- una politica finanziaria orientata all'efficienza, all'efficacia e all'economia, nel quadro delle risorse regionali assegnate;
- azioni amministrative e progetti agiti con il criterio principale della sostenibilità, nel rispetto dei tetti di spesa definiti sia dalla normativa nazionale, sia dalle disposizioni regionali nella loro globalità;
- attenzione costante alla effettiva perseguibilità delle scelte amministrative.

Le azioni messe in campo per operare una programmazione efficace hanno comportato un significativo impegno sotto il profilo organizzativo e gestionale, per cui l'Azienda, *in primis*, ha coinvolto le Strutture aziendali non sanitarie al fine di operare piani di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse umane al proprio interno, possibilmente privilegiando scelte di potenziamento dei servizi di *line*, ovvero di maggior prossimità al cittadino/utente, il tutto nel quadro di azioni finalizzate a recuperare efficienza e produttività, anche mediante rivisitazione dei processi di lavoro, riallocazione di funzioni ed attività e redistribuzione ponderata e razionale dei carichi di lavoro.

In tale quadro, la programmazione delle assunzioni 2025 – 2027 risulta contraddistinta da scelte prudenziali anche per quanto concerne la dotazione organica aziendale e le relative consistenze economico-finanziarie, privilegiando, da un lato, il mantenimento di livello dei servizi esistenti e, dall'altro, azioni di carattere temporaneo, eventualmente con orizzonti temporali circoscritti e di medio periodo, che consentono, comunque, spazi di manovra e margini di rivisitazione del proprio attuale assetto organizzativo e gestionale, in ragione del mutevole contesto

nel quale l'Azienda deve operare, continuando a fornire risposte adeguate alla collettività relativamente ai servizi erogati.

D'altro canto, già con la D.G.R. n. 194/2020 (le cui direttive hanno mantenuto efficacia anche per l'anno 2024 ed i cui principi manterranno validità anche per gli esercizi successivi) Regione Liguria aveva evidenziato che costituisce "*responsabilità primaria del top management aziendale – e quindi dei Direttori Generali, coadiuvati per rispettive competenze dai Direttori Sanitari, dai Direttori Sociosanitari e dai Direttori Amministrativi – aver proceduto prioritariamente alla riallocazione delle risorse e del personale in servizio, nonché alla razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi e delle strutture, ai fini di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi e l'ottimale funzionamento delle strutture senza nuovi o maggiori oneri di finanza pubblica*" e che "*il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, da un lato, e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, dall'altro, costituiscono, in ogni caso, condizioni irrinunciabili per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e che, pertanto, è necessario adottare misure tese a garantire che il servizio stesso sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, nell'ottica di mantenimento e costante miglioramento degli standard, dell'adeguamento strutturale e tecnologico e dell'efficiente organizzazione dei servizi*".

In sintesi, anche per il triennio 2025 – 2027 risultano impegnate non solamente le singole Aziende Sanitarie ma il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che costituisce obiettivo inderogabile del Sistema Sanitario Regionale, in coerenza con le norme – anche speciali ed emergenziali - vigenti e con gli indirizzi e obiettivi derivanti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale.

In correlazione a quanto sin qui evidenziato, le politiche del personale per il triennio 2025 – 2027 e, particolarmente, per l'annualità 2025, si conformano ai seguenti principi, desumibili dalle direttive regionali, e precisamente:

- gestione rigorosa ed oculata degli organici, attraverso la programmazione e la pianificazione delle assunzioni - quale momento fondamentale per determinare, sia in termini quantitativi che qualitativi, il fabbisogno di personale nel medio periodo –, tenuto conto delle effettive necessità assistenziali, degli indirizzi e obiettivi discendenti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, nonché in coerenza con i vincoli normativi e finanziari vigenti e con gli indirizzi impartiti dall'Amministrazione regionale in materia di contenimento della spesa;

- opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, attraverso l'adeguata calendarizzazione delle immissioni in servizio, la distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio finanziario e lo sviluppo di processi di redistribuzione e riqualificazione del personale, incentivando la sinergia interna e la condivisione di risorse umane e competenze, nonché favorendo il ricambio generazionale;
- compatibilmente con gli spazi di manovra finanziari e con le norme di riferimento, progressiva riduzione delle forme di lavoro atipiche e/o riconducibili al fenomeno del c.d. "precariato", privilegiando la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato e la realizzazione di azioni strutturali interne, a vantaggio di soluzioni improntate a maggior stabilità, fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata, al fine di garantire i servizi essenziali previsti, anche attraverso la facoltà di avvalersi delle procedure previste all'art. 1, comma 268, lettera b) della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e ss.mm.ii.;
- adeguata attenzione per quanto concerne il ricorso a forme flessibili di impiego, ai fini della coerenza della programmazione (ove contempli tali tipologie) con i requisiti ed i presupposti normativi – con particolare riferimento all'art. 36 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nel rispetto delle norme nel tempo emanate relative all'individuazione di forme speciali di reclutamento, connesse ad alcune note carenze di particolari profili professionali dell'ambito sanitario (in particolare medici specialisti), e in ordine alla necessità di sostenere azioni di potenziamento delle attività di abbattimento liste di attesa, anche connesse al periodo post-emergenziale.

Per quanto concerne le azioni concrete per l'esercizio 2025, anche in relazione alle necessità sopra evidenziate, risultano impiegati gli strumenti messi a disposizione dall'ordinamento, e precisamente:

- ricorso alle assunzioni straordinarie di cui al D.L. n. 35/2019 (L. n. 60/2019) (c.d. Decreto Calabria) che dispone misure urgenti sul sistema sanitario della regione Calabria e detta una nuova disciplina relativa all'esercizio della professione medica da parte dei medici specializzandi;
- ricorso a quanto previsto dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, così come modificato dal decreto Legge 27 gennaio 2022, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 20 marzo 2022, n, 25, dall'art. 1, c. 528, della Legge 29 dicembre 2022, n. 197, nonché, da ultimo, dall'art. 4, cc. 9 – quinquiesdeceies e 9 sexiesdecies, del Decreto Legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 febbraio 2023, n. 14, del Decreto Legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito, con

modificazioni, dalla L. 29 aprile 2024, n. 56, che prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2025 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale dirigenziale e non dirigenziale dei ruoli sanitario, sociosanitario e amministrativo, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 31 dicembre 2024 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2024, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive;

- trattenimento in servizio di Dirigenti Medici: nella disciplina vigente (articolo 15- *novie*s del D.Lgs. 502/1992), la prosecuzione del servizio dei dirigenti medici del S.S.N. è consentita oltre il limite del sessantacinquesimo anno, su richiesta dell'interessato, fino al raggiungimento del quarantesimo anno di servizio effettivo - purché non si superi il limite dei 70 anni di età.

  Poiché la norma stabilisce espressamente che tali stabilizzazioni dovranno avvenire "secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione", anche in questo caso si applicano le linee e le direttive impartite dalla Regione Liguria.

Nel prospetto Allegato n. 5 sono riportate le procedure selettive indette o che si prevede di espletare nel corso del 2025.

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2025 (Allegato n. 4)

Con riferimento ai criteri di definizione utilizzati nel formulare la previsione di acquisizione di personale, si è tenuto conto:

- della necessità di garantire la funzionalità ed ottimizzazione delle risorse compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio e nel rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di spesa di personale e di dotazioni organiche;
- dell'esigenza di assicurare un opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni, non tanto sotto il profilo della mera sostituzione delle "teste", quanto in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, ponendo attenzione affinché il rapporto entrate/uscite non generi incrementi di spesa, attraverso l'adeguata pianificazione

delle immissioni in servizio e una distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio;

- dell'esigenza di dare graduale attuazione al Processo di Organizzazione Aziendale (P.O.A.), parte integrante e sostanziale dell'Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 2 approvato, in ultimo, con le Deliberazioni n. 494 del 10.07.2024 e n. 601 del 23.08.2024, che, come previsto all'art. 3, comma 1-*bis*, del D. Lgs. 502/1922, costituisce strumento indefettibile per la massima valorizzazione dell'esigenza di autonomia imprenditoriale e di flessibilità decisionale dell'Azienda, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla competente Autorità Regionale, per modo che alle Direzioni Strategiche aziendali sono demandati gli obiettivi di governo delle peculiarità territoriali e, al contempo, gli obiettivi istituzionali/pubblicistici di tutela dell'interesse pubblico, attraverso la responsabilità di indirizzo, programmazione e controllo per quanto concerne i servizi di competenza da erogare alla collettività.

  Ciò in quanto il Processo di Organizzazione Aziendale (P.O.A.) costituisce, tra l'altro:

  a) strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo;

  b) modello tendenziale cui l'Azienda prevede di allinearsi nel periodo di validità del Processo stesso;

  c) atto di definizione dei processi organizzativi aziendali quale metodologia previsionale di medio-lungo periodo attraverso la quale viene elaborata la programmazione operativa applicata agli ambiti aziendali;

  d) atto finalizzato alla completa definizione dell'organizzazione aziendale secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, nelle scelte e nella sua responsabilità nel perseguire e raggiungere gli obiettivi fissati dalla Regione;

  e) documenti di preminente programmazione;

  f) elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, sia per le azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi aziendali.

Pertanto, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, dovendo necessariamente tenere conto delle eventuali modifiche e/o integrazioni del Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.), che potranno essere disposte dall'Azienda in qualunque momento, anche con modalità "a stralcio", sulla base delle esigenze organizzative di volta in volta emergenti, mediante adozione di separati ed appositi provvedimenti, non può che essere uno strumento di macro programmazione del fabbisogno del personale, estremamente flessibile e malleabile all'interno dell'attuale contesto aziendale, ma pur sempre nel rispetto della cornice normativa di riferimento.

Pertanto, l'Azienda:

a) ha valutato opportunamente le professionalità presenti e quelle mancanti nella propria dotazione organica, tenendo in debita considerazione gli inevitabili effetti del *turn-over* ed effettuando, *in primis*, un'analisi ponderata del proprio fabbisogno, previa individuazione di indicatori e parametri che, partendo dalle informazioni già in possesso o comunque acquisite dalle proprie banche dati con metodi ragionati e sistematizzati, hanno consentito di definire, ottimizzare e razionalizzare quantitativamente e qualitativamente i propri fabbisogni;
b) ha individuato previamente le professionalità infungibili, non fondandole esclusivamente su logiche di mera sostituzione, ma orientando le scelte in base a criteri di priorità, di efficace ed efficiente organizzazione del lavoro e di miglioramento dell'offerta dei servizi al cittadino, focalizzando l'attenzione sui profili specifici la cui acquisizione non risulta procrastinabile per garantire il corretto funzionamento delle attività istituzionali e il perseguimento della *mission* aziendale;
c) ha tenuto conto dell'esigenza di ottemperare alle norme e agli indirizzi vigenti in materia di programmazione e gestione delle risorse umane, ivi inclusi quelle relative all'utilizzo delle forme di lavoro flessibile, alle quali l'Azienda farà ricorso ai fini di sopperire le esigenze contingenti, temporanee ovvero straordinarie, nonché per potenziare e/o sostenere progetti, in particolare riferibili ad attività di abbattimento di liste di attesa.

Si rappresenta, infine, che l'Azienda, nel corso dell'annualità 2025, si riserva di attivare specifici avvisi di stabilizzazione del personale sanitario, sociosanitario e amministrativo, dirigenziale e non dirigenziale, assunto a tempo determinato con procedure selettive, previsto dall'art. 1, comma 268, Legge 30.12.2021, n. 234, e ss.mm.ii. ("Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024") (c.d. Legge di Bilancio 2022), e ss.mm.ii., ove in possesso del requisito dei 18 mesi di servizio alla data del 31.12.2023, che abbiano svolto almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 01.01.2020 e il 31.12.2024, al fine di valorizzare e non disperdere le competenze nel tempo acquisite da detto personale. Quanto sopra, fermo restando e nel rispetto delle specifiche norme disciplinanti l'accesso ai ruoli della Pubblica Amministrazione.

Al fine di monitorare l'andamento della spesa del personale, il quadro assunzionale 2024 viene mensilmente verificato e confrontato con il tetto di spesa regionale fissato dalla D.G.R. n. 659 del 7.07.2023 in Euro 214.941.086, in attesa delle nuove indicazioni a livello regionale.

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni 2025-2027, esso è stato elaborato in via previsionale, sulla base dei dati storici delle cessazioni degli ultimi anni, e prevede la totale copertura del turn over.

Vedi:

Allegato 4: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2025/2026/2027

Allegato 5: Procedure di reclutamento anno 2025

4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Le attività di monitoraggio relative alle sottosezioni 2.1 Valore Pubblico e 2.2 Performance avvengono secondo le modalità stabilite dal D.lgs. 150/2009.

L'azienda, come meglio descritto nei paragrafi 2.1.1. e 2.2.1, sulla base degli obiettivi definiti monitora il grado di attuazione e raggiungimento degli stessi, anche al fine di fine di intraprendere azioni correttive in caso di scostamenti dal target stabilito.

Nell'ambito del sistema di monitoraggio e valutazione delle performance l'azienda riconosce il ruolo fondamentale del Nucleo di Valutazione/Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che svolge un'azione propositiva in ordine alla verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione aziendale.

4.1 MONITORAGGIO PREVENZIONE E CORRUZIONE

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione alla corruzione e trasparenza sono descritte nella sezione 2.3.9.

Il RPCT predispone e cura la pubblicazione della Relazione annuale ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012.

5.ALLEGATI

5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3

Allegato 1: Obblighi di pubblicazione

Allegato 2: Catalogo mappatura processi e valutazione rischi

Allegato 3: Programmazione misure prevenzione

Appendice: Rapporto sulle attività svolte nel 2024 dal Gruppo di lavoro interaziendale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria ai sensi della DGR n. 957 del 28/10/2021.

5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.2

Allegato A: MOD 1485 Modulo di richiesta;

Allegato B: MOD 1486 Accordo individuale per la prestazione in lavoro agile;

Allegato C: MOD 1487 Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'articolo 22, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii.

Allegato D: Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni

5.3 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.3.

Allegato 4: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2025/2026/2027

Allegato 5: Procedure di reclutamento anno 2025