



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ  
E ORGANIZZAZIONE  
TRIENNIO 2023-2025**

## **INDICE**

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>2</b>
<b>2. SCHEDA ANAGRAFICA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>8</b>
<b>4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>29</b>
<b>5. MONITORAGGIO .....</b>	<b>42</b>

## **RIFERIMENTI**

1- Piano della Performance 2023-2025: allegato 1

2 - Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) per il triennio 2023-2025: allegato 2

*Responsabili del procedimento:*

*Avv. Maria Paola Compiano*

*RPCT*

*Dott. Marco Russo*

*S.C. Controllo di gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR*

*Dott. Daniele Zappavigna*

*S.C. Organizzazione e sviluppo risorse umane*

## 1. PREMESSA

---

Il DL n. 80/2021, 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” e convertito con modificazioni con Legge n. 113/2021 ha introdotto, con l'articolo 6, per le pubbliche amministrazioni un nuovo strumento programmatico: il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) che assorbe i Piani della Performance, dell'Anticorruzione e della Trasparenza, dei Fabbisogni di Personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Il PIAO è finalizzato a migliorare il coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni, nonché assicurare la semplificazione dell'attività di programmazione e la trasparenza dell'azione amministrativa.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- 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
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali
  - all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati
  - all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- 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;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti.

Con l'introduzione del PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

## Scheda Sinottica

# Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

La recente normativa di attuazione del PNRR (DL n. 80/2021, 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”) ha introdotto per le pubbliche amministrazioni un nuovo strumento programmatico:

### **il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)**

che assorbe i Piani della Performance, dell'Anticorruzione e della Trasparenza e dei Fabbisogni di Personale

Il PIAO è finalizzato a migliorare il coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni, nonché assicurare la semplificazione dell'attività di programmazione e la trasparenza dell'azione amministrativa.

## 2. Scheda anagrafica

<b>ENTE</b>	A.Li.Sa. Sistema Sanitario Regione Liguria
<b>SEDE LEGALE</b>	Piazza della Vittoria, 15 – 16121 Genova
<b>SITO INTERNET ISTITUZIONALE</b>	<a href="https://www.alisa.liguria.it/">https://www.alisa.liguria.it/</a>
<b>TELEFONO (CENTRALINO)</b>	+39 010.548.4162
<b>E-MAIL PEC</b>	protocollo@pec.alisa.liguria.it
<b>CODICE FISCALE/ PARTITA IVA</b>	02421770997

L’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) è stata istituita, con legge regionale 29 luglio 2016, n.17, al fine di promuovere lo sviluppo di un Servizio Sanitario Regionale basato su modalità partecipative, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità, per garantire l’equità di accesso ai servizi erogati dal Sistema e favorendo un’evoluzione equilibrata dello stesso, in sinergia con le politiche sociali, nell’ambito di un percorso di valorizzazione dell’integrazione sociosanitaria.

Con la legge n. 17/2016 sono state attribuite ad A.Li.Sa. funzioni di programmazione operativa e di governance delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale; la legge n. 27/2016 ha rimodulato la *mission* delle Aziende Sanitarie Locali prospettando una maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio-sanitaria.

Due sono i principi fondanti della riforma:

- i. rispondere alle sempre maggiori necessità di governance del sistema, garantendo uniformità di risposte assistenziali a tutti i cittadini liguri;
- ii. rimarcare la necessità di una presa in carico della persona nel suo complesso, rispetto a un’offerta assistenziale spesso frammentata e non definita, in percorsi assistenziali coerenti e appropriati.

Dalla sostanziale modifica del quadro di riferimento istituzionale e normativo, dalla costituzione delle Aziende Socio-sanitarie - chiamate a garantire i nuovi livelli essenziali di assistenza - e, ancora, dalla necessità di perseguire percorsi di efficientamento nell’utilizzo delle risorse dando evidenza pubblica delle modalità del loro impiego, discende, dunque, l’esigenza, da parte della Giunta Regionale, di delineare, con la DGR n. 1380 del 28.12.2022, principi e criteri finalizzati alla redazione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende, Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

L’obiettivo perseguito è quindi quello di “promuovere e favorire omogeneità e standardizzazione della risposta assistenziale sul territorio regionale; presupposto di equità di accesso alle cure ma anche fattore necessario per costituire percorsi assistenziali di continuità territorio-ospedale-territorio e, ancora, elemento imprescindibile per esercitare un’efficace attività di verifica e controllo”.

In particolare, ai sensi dell’art. 3 della L.R. n. 17/2016, modificato con l’art. 29 della L.R. 22/2021, A.Li.Sa. svolge le seguenti funzioni:

- a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione;
- b) la programmazione finanziaria della sanità regionale nel rispetto dei vincoli posti dalla Giunta regionale;
- c) la proposta degli obiettivi dei Direttori delle Aziende sanitarie e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro;
- d) la programmazione, la governance e le politiche relative:
  - i. agli acquisti e agli investimenti in edilizia sanitaria: nell'ambito di tale funzione l'Azienda può impartire direttive su singole procedure o tipologie di procedure;
  - ii. alle risorse umane e tecnologiche;
  - iii. alla formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale;
  - iv. alla sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per la gestione delle risorse professionali;
- e) la definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale, nonché la definizione e il monitoraggio dei costi standard;
- f) il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e sociosanitaria;
- g) la gestione dei sistemi e dei flussi informativi, del sistema di auditing e del controllo interno;
- h) le attività di supporto e di consulenza tecnica alla Giunta regionale anche in forma di studi, ricerche, istruttorie di progetti e servizi di controllo;
- i) la definizione e la stipula degli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e dei contratti con i soggetti erogatori privati accreditati anche con riferimento al sistema di remunerazione delle prestazioni e in generale al sistema del rimborso per prestazione e sistemi connessi e correlati *nonché*:
  - 1) la definizione del fabbisogno delle singole ASL per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza;
  - 2) la definizione del volume massimo delle prestazioni erogabili nel territorio ASL distinto per tipologia e modalità di assistenza anche in relazione alla capacità produttiva delle singole ASL;
  - 3) la definizione del budget da assegnare annualmente alle singole ASL suddiviso per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza ed eventuali variazioni”.
- j) la definizione di direttive in ordine al contenuto di convenzioni da applicarsi ai soggetti del Servizio Sanitario Regionale, anche in un'ottica di valorizzazione delle prassi e delle intese rientranti nella manutenzione evolutiva;
- k) l'attività di controllo del Servizio Sanitario Regionale realizzata anche con modalità e funzioni ispettive e con la verifica dell'andamento generale dell'attività delle Aziende sanitarie trasmettendo le proprie valutazioni e proposte alla Giunta regionale;

- l) le attività di vigilanza e di verifica nei confronti delle Aziende sanitarie, degli IRCCS, degli enti pubblici ed equiparati e degli erogatori privati accreditati, nel rispetto della normativa nazionale;
- m) il monitoraggio delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale che devono rispondere a criteri di appropriatezza e di qualità valutando gli esiti analitici delle funzioni non tariffabili rese dagli erogatori pubblici;
- n) ogni altra funzione attribuita dalle leggi regionali o dalla Giunta regionale.

Occorre ricordare che, con Deliberazione di Giunta regionale n. 1136 del 30/12/2020, è stato avviato un processo di complessiva riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, prevedendo altresì una ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. da sostanzarsi – rispetto ai primi indirizzi impartiti con il sopra citato provvedimento – nel:

- potenziamento delle funzioni di coordinamento, presidio e monitoraggio dell'emergenza sanitaria di qualsiasi natura, ivi comprese quelle relative a epidemie e pandemie;
- concentrazione delle funzioni di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e di programmazione e gestione delle risorse dello stesso in capo all'amministrazione regionale;
- riconduzione della Centrale Regionale di Acquisto nell'ambito della Stazione unica appaltante regionale ai fini di una riforma complessiva di tale plesso organizzativo;

individuando tra le funzioni svolte da A.Li.Sa. le seguenti da ricondursi preliminarmente alla gestione della Giunta regionale:

- programmazione e gestione economico-finanziaria delle misure e degli interventi per la non autosufficienza e per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare;
- procedimenti di autorizzazione alle assunzioni del personale del S.S.R.;
- procedure relative al reclutamento del personale del Servizio Sanitario Regionale.

A detti indirizzi è stata data applicazione attraverso l'approvazione, da parte del Consiglio Regionale, della L.R. 2/2021, di riorganizzazione delle attività di approvvigionamento di beni e servizi nell'ambito regionale, riconducendo, tra l'altro, le funzioni e le relative attività svolte da A.Li.Sa. quale centrale di committenza per l'acquisto di beni e servizi sanitari occorrenti al SSR alla Stazione Unica Appaltante Regionale.

L'obiettivo è pertanto quello di incrementare e qualificare i servizi, mediante la razionalizzazione delle risorse assegnate e l'accentramento delle funzioni tecnico-amministrative.

Scheda sinottica

## Specificità di ALISA

le caratteristiche di ALISA risultano tipiche e ancora innovative nel contesto della amministrazione pubblica regionale del settore della sanità pertanto

**si deve**

continuare a concentrare l'attenzione sulle procedure e sulle attività che per la loro possibile esposizione al rischio corruttivo devono essere privilegiate nella individuazione delle adeguate misure di prevenzione



### 3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

---

#### Valore Pubblico

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e delle persone.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso come nei casi di inefficienza, o di corruzione, le PA devono osservare adeguati modelli di governance e basarsi su logiche di programmazione, controllo e valutazione.

Tuttavia, in tempi di risorse scarse e di esigenze crescenti da parte della comunità, l'unica via per creare Valore Pubblico è imparare a fare leva sul loro patrimonio intangibile.

Le performance intangibili su cui agire sono: il Valore Strutturale (ad es., la capacità organizzativa); il Valore Umano (ad es., le competenze del personale e degli amministratori); il Valore Relazionale (ad es., la rete delle relazioni interne ed esterne all'ente); il Valore Evolutivo (ad es., il livello di digitalizzazione); il Valore ambientale (per misurare la compatibilità delle altre politiche dell'ente con il rispetto e la valorizzazione dell'ambiente); il Valore dell'integrità (ad es. il grado di contrasto della corruzione); il Valore della trasparenza (intesa come capacità sostanziale di rendere visibile a 360° l'ente).

#### Schede Sinottiche

### Il Valore Pubblico

per Valore Pubblico si intende

**il livello di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini**

creato da un'amministrazione pubblica e dalla sua filiera di enti pubblici, privati e no-profit.

Tale nuovo strumento avrà un forte **valore comunicativo**: diventerà una delle modalità con cui le pubbliche amministrazioni comunicano alla collettività obiettivi e azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche ed i risultati che si vogliono ottenere rispetto ai bisogni dei cittadini.

Per produrre valore pubblico occorre un **mix equilibrato di economicità e socialità** che poggi sulla riscoperta e sulla valorizzazione del patrimonio intangibile dell'ente:

**è necessario determinare oggettivamente**

quale sia il **livello di economicità** effettivamente compatibile con la salvaguardia e lo sviluppo anche sociale dei differenti territori, **facendo leva sul patrimonio intangibile** dell'Ente

## Il Patrimonio Intangibile

Le componenti del patrimonio intangibile su cui agire sono:

- il valore Strutturale (ad es. la capacità organizzativa)
- il valore Umano (ad es. le competenze del personale e degli amministratori)
- il valore Relazionale (ad es. la rete delle relazioni interne ed esterne all'ente)
- il valore Evolutivo (ad es. il livello di digitalizzazione)
- il valore Ambientale (per misurare la compatibilità delle altre politiche dell'ente con il rispetto e la valorizzazione dell'ambiente)
- il valore dell'Integrità (ad es. il grado di contrasto della corruzione)
- il valore della Trasparenza (intesa come capacità sostanziale di rendere visibile a 360° l'ente)

### Indicatori di Valore Pubblico

Di seguito sono illustrati gli Indicatori di Valore Pubblico, indicatori di outcome con i quali si intende misurare l'impatto finale delle azioni di A.Li.Sa. sulla società e il territorio, in concorso con altri attori pubblici e privati.

VALORE PUBBLICO		
Descrizione	Indicatore	Target 2023-2025
Aggiornamento Piano Regionale Vaccini	Revisione complessiva della normativa regionale di riferimento	=/↑
Definizione del Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (Panflu 2021-2023) e relative attività di coordinamento	Attivazione misure in risposta ad una eventuale pandemia influenzale	=/↑
Tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici e in risposta ai bisogni assistenziali	Predisposizione linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria	=/↑

## Performance

### **Analisi di contesto**

La programmazione di indirizzo per le azioni che le Aziende sanitarie e socio-sanitarie regionali sono chiamate ad intraprendere è stata realizzata in continuità della gestione del 2022, sulla base degli atti e degli indirizzi vigenti.

### **Azioni di contrasto alla situazione epidemiologica**

Sebbene con il decreto legge del 24 marzo 2022 il Governo ha posto la fine dello stato di emergenza e del sistema dei colori delle regioni a partire dal 1 aprile 2022, la recrudescenza pandemica dovuta alla variante Omicron ha determinato, sul finire del 2021 e nel primo scorcio del 2022, la necessità di rivedere necessariamente le attività legate alla gestione della pandemia, le azioni poste in essere per le campagne vaccinali anti Covid 19, l'adeguamento delle procedure di gestione del paziente in sicurezza sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Pertanto, A.Li.Sa., come negli anni precedenti, si è occupata del coordinamento della campagna vaccinale per la somministrazione delle diverse tipologie di dosi vaccinali, della campagna di informazione e comunicazione, dell'attività di prenotazione delle vaccinazioni tramite il portale Prenotovaccino e di rendicontazione delle dosi e dei lotti dei nuovi vaccini.

Per quanto concerne l'aspetto di gestione dei casi Covid positivi che non necessitano ospedalizzazione, A.Li.Sa., in collaborazione con la Protezione civile nel 2022 e con ASL 3 nel 2023, ha mantenuto operative le Aree sanitarie temporanee come da disposizioni del D.L. del 24 marzo 2022 fino a rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza.

Inoltre, nei primi giorni del 2023, a causa di un quadro epidemiologico assolutamente peculiare, la Regione ha dovuto affrontare un picco influenzale più elevato da quanto è stato attivato il sistema di sorveglianza. Pertanto, sono stati adottati provvedimenti per far fronte all'epidemia influenzale, con l'attivazione di Flu Point, ambulatori dedicati e l'apertura di studi dei medici di medicina generale durante il weekend in collaborazione con l'associazione che li rappresenta, e si sono rivelati una strategia efficace, al fine anche di evitare il pericoloso fenomeno del sovraffollamento dei pronto soccorso liguri.

In concomitanza con le sopracitate azioni, per alleggerire il peso dell'attività di ricovero nei reparti ospedalieri, è stata poi attivata una struttura per assistenza temporanea post ricovero ospedaliero per pazienti affetti da patologie infettive non Covid presso la ASL 3 per i mesi di gennaio e febbraio 2023.

### **Recupero delle liste d'attesa e delle prestazioni invasive a causa dell'emergenza epidemiologica**

A partire dall'anno 2021, per favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti, soprattutto nell'ambito delle prestazioni di diagnostica strumentale, in termini di immediatezza nell'assicurare i volumi produttivi individuati con la DGR 883/2021, sulla base dell'andamento relativo ai valori di produzione espressi per il periodo ottobre – dicembre 2021, si sono intrapresi interventi straordinari e temporanei, sia rispetto ai tetti apposti ai budget di produzione dei soggetti privati accreditati e contrattualizzati per l'anno 2021, sia con riferimento all'apertura delle agende di prenotazione delle prestazioni.

Pertanto, con riferimento alle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale

- PET: total body e neuro;
- Risonanza magnetica con e senza mezzo di contrasto: Neuro, Addome, Mammaria, Prostata;
- Tac con e senza mezzo di contrasto;
- Mammografia;
- Ecografia mammaria;
- Ecocardiocolordoppler;
- Endoscopia Digestiva: gastroscopia e colonscopia;

tramite la DGR n. 1091 del 29/11/2021 sono state impartite le seguenti direttive vincolanti alle ASL ai sensi dell'art. 8 comma 1 della l.r. 41/2006: con riferimento alle sopracitate prestazioni di diagnostica strumentale sono stati eliminati i tetti apposti ai budget degli accordi contrattuali per l'acquisto di prestazioni dai soggetti privati accreditati dell'area di assistenza specialistica ambulatoriale fino al 31 dicembre 2021; è stato disposto che venissero aperte le agende CUP relative alle prestazioni di diagnostica strumentale al 95% dall'1.1.2022 fino al 30 giugno 2022, utilizzando per tale attività risorse pari al budget complessivo per l'anno 2021, con riferimento ai contratti stipulati con i soggetti privati accreditati.

A seguito dei sopracitati provvedimenti, i dati sul recupero delle prestazioni effettuate dal sistema sanitario regionale pubblico riferiti all'anno 2022 mostrano un significativo incremento rispetto all'anno precedente. Prendendo come riferimento le prestazioni indicate nel Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, il recupero rispetto al 2021 è di circa 140.000 prestazioni (per un valore indicativo di 7 milioni di euro). Analizzando il valore di tutte le prestazioni effettuate (ad eccezione degli esami di laboratorio), l'incremento arriva a 500.000 prestazioni (per un valore di 25 milioni di euro).

Al fine di facilitare l'accesso e velocizzare il sistema di prenotazione degli esami diagnostici, a fine luglio 2022 ha preso il via quella che ha rappresentato una vera novità nella sanità ligure: l'attivazione della piattaforma regionale prenotosalute.regione.liguria.it e rappresenterà il nuovo strumento per i cittadini dovrebbe andare ad agevolare l'attuale sistema di prenotazioni.

Ad inizio 2023, sempre ai fini del potenziamento dell'offerta di prestazioni di diagnostica per immagini per il contenimento dei tempi di attesa e del fenomeno della mobilità passiva presso le altre regioni, è stato deliberato l'esito della manifestazione d'interesse, indetta ai sensi della D.G.R. 393/2022, volta ad assegnare alle ASL un finanziamento di oltre 4 milioni di euro da distribuire alle strutture private per l'esecuzione di prestazioni di diagnostica per immagini per i residenti liguri. Tale provvedimento sarà fondamentale per ridurre drasticamente le liste d'attesa e coprire il fabbisogno complessivo dei liguri per il 2023.

### **L'integrazione ospedale-territorio – il PNRR**

La programmazione sociosanitaria si muove all'interno della cornice definita dai macro obiettivi del PNRR nell'ambito delle Riforme da questo previste, con una grande scommessa sul Territorio, sulla Tecnologia e Digitalizzazione a supporto di tutto il sistema della rete territoriale ed ospedaliera.

Il PNRR costituisce quindi una opportunità per un cambio di paradigma del SSN, a condizione che vengano perseguiti principi di semplificazione, ricomposizione, capillarità, accountability.

Saranno attivati nuovi setting assistenziali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità) implementando processi già in atto e attivando nuovi processi erogativi (medicina di iniziativa, case management, centrali di transitional care-COT); si svilupperà inoltre un sistematico processo di

digitalizzazione dei servizi e quindi di trasformazione delle loro caratteristiche a cui si aggiunge un uso sistematico dei big data per scopi clinici, gestionali e di programmazione.

In base al Decreto del Ministero della Salute del 20/01/2022 di riparto delle risorse del PNRR e del PNC sono stati assegnati alla Regione Liguria le seguenti risorse per le relative misure in sanità (Misura 6):

- M6C2 – Intervento 1.2 - “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” – Interventi di adeguamento antisismico, € 15.343.202,84, a valere sui fondi PNRR, ed € 34.824.460,18 a valere sul Fondo Complementare (FC);
- M6C2 Intervento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi Apparecchiature), € 28.559.779,96 per interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature elettromedicali del SSN ritenute obsolescenti (con oltre 5 anni di vita);
- M6C1 Interventi: 1.2.2: Case della Comunità, 2 Centrali Operative Territoriali, 3 Ospedali di Comunità:
  - o € 44.030.926,66 per la realizzazione di 30 Case della Comunità;
  - o € 24.016.869,09 per la realizzazione di 10 Ospedali della Comunità;
  - o € 2.596.125,00 per la realizzazione di 15 Centrali Operative Territoriali;
  - o € 1.066.071,88 per l’interconnessione aziendale;
  - o € 1.450.742,83 per i device;
- M6C2 Intervento 1.1.2 "Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e DEA II livello)" € 34.827.102,04.

Regione Liguria con la Deliberazione di Giunta regionale n. 169/2022 ha approvato l’elenco degli interventi di cui alla Missione 6 del PNRR individuando le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali operative, con la Deliberazione di Giunta regionale n. 350/2022 ha approvato lo schema di Piano operativo del PNRR (POR) e con la Deliberazione di Giunta regionale n. 467/2022 approva il Contratto istituzionale di Sviluppo per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti (CIS).

Le case di comunità (CdC), in tale ottica, costituiranno il nuovo luogo nel quale verranno forniti tutti i servizi sanitari e sociosanitari di base per costituire un “punto di riferimento vicino e continuativo per la popolazione” in chiave multidimensionale. L’obiettivo è quello di rendere la sanità più accessibile e vicina alle persone attraverso percorsi di assistenza territoriale, per un’assistenza sanitaria domiciliare – in particolare rivolta agli anziani e alle persone più fragili – che consenta di alleviare le pressioni sugli ospedali e di superare le carenze di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali. Nell’ambito del riordino dell’assistenza sanitaria territoriale, il PNRR prevedrà Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case della Comunità, intesi come “porte virtuali” che consentiranno l’ingresso in un percorso unitario di cura con una presa in carico contestuale alla manifestazione del bisogno.

Anche le Centrali Operative Territoriali (COT), assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza ed il territorio, rappresenteranno “il fulcro del sistema” capaci di interconnettere e coordinare tutti i servizi, i presidi e i professionisti della rete sanitaria e sociosanitaria.

Le CdC, pertanto, saranno il nodo centrale dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto, mentre lo strumento attraverso cui avverrà il coordinamento delle reti sarà la COT, vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresenteranno una importante risorsa per il potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale, punto di riferimento residenziale della rete territoriale per il cittadino, a gestione prevalentemente infermieristica, dedicati ai ricoveri brevi e destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, in stretto raccordo con la Medicina Generale. L'OdC contribuirà, pertanto, ad una maggiore appropriatezza delle cure favorendo una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari e facilitando la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Indubbiamente il disegno del PNRR porta a riequilibrare la presa in carico assistenziale spostando l'asse degli interventi dall'ospedale al territorio. Il cambiamento dei modelli organizzativi si dirige verso la formazione di reti, l'abolizione dei 'silos organizzativi' e l'integrazione tra i diversi livelli.

A.Li.Sa. con la Deliberazione n. 462 del 14/12/2021 ha Costituito il gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR in particolare per l'individuazione di un modello di Centrale Operativa Territoriale omogeneo a livello regionale, partendo dalle sperimentazioni già avviate a livello locale per la valorizzazione e la condivisione delle buone prassi già adottate nel corso dell'emergenza epidemiologica da Covid 19.

Il DM 77/2022 costituisce il completamento della riforma dei servizi sanitari, in una logica di continuità assistenziale territoriale, prevedendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale che verranno recepiti all'interno del nuovo Piano sociosanitario regionale in corso di approvazione

Il disegno di riforma delinea un innovativo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale "luogo di cura" assistenza.

## **Emergenza Ucraina**

Regione Liguria e Alisa, in stretta collaborazione con le prefetture e le aziende sanitarie, hanno definito il piano per l'accoglienza dei profughi ucraini nella nostra regione: sono stati attivati da metà marzo 2022 gli infopoint dedicati, collocati presso le stazioni di ogni capoluogo di provincia, presso cui sono stati assegnati i codici STP (straniero temporaneamente presente), sono stati eseguiti i tamponi e predisposte le vaccinazioni necessarie, distribuito materiale informativo sulla prevenzione e sanitario per l'auto-sorveglianza per cinque giorni dall'ingresso.

Per la sistemazione temporanea sono state individuate le prime strutture residenziali (Santa Dorotea a Genova e La Riviera a Savona) per la prima assistenza ai profughi, in vista del trasferimento in strutture dedicate individuate dalle prefetture.

Sono stati stanziati fondi per l'attivazione delle prime misure di assistenza relative al periodo dal 10 al 31 marzo 2022 pari a circa 1.500.000 euro del FSR.

Con le successive ordinanze del Capo di Dipartimento della Protezione Civile n. 881 del 29/03/2022 e n. 895 del 24/05/2022 (ai sensi del DPCM 28 marzo 2022 che ha disposto che la misura di protezione temporanea di cui alla decisione di esecuzione (UE) 2022/382 del Consiglio del 4 marzo 2022, che accerta l'esistenza di un afflusso massiccio di sfollati dall'Ucraina, ha la durata di un anno a decorrere dal 4 marzo 2022 e si applica in favore delle persone che sono sfollate dall'Ucraina a

partire dal 24 febbraio 2022 incluso) sono state attivate ulteriori disposizione in materia di assistenza sanitaria.

Ai sensi dell'articolo 5 dell'OCDPC n. 881/2022 è stato riconosciuto alla Regione, uno stanziamento da parte del Dipartimento della Protezione Civile nazionale volto a sostenere l'assistenza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

In conformità quindi a quanto previsto dal decreto legislativo n. 85/2003 e dalle disposizioni di attuazione adottate, le persone destinatarie della protezione temporanea di cui trattasi sono state equiparate, ai fini dell'accesso al Servizio sanitario nazionale, ai cittadini italiani: pertanto le Questure sono state abilitate al rilascio del codice fiscale in concomitanza con la presentazione della domanda di protezione temporanea, con cui è possibile iscriversi al SSR con esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria con apposito codice esenzione (X22) emanato dal Ministero della Salute a seguito di presentazione di dichiarazione di non svolgimento di attività lavorativa da parte dello straniero.

Per quanto concerne il 2023 prosegue l'attività di accoglienza, soccorso e assistenza alla popolazione ucraina svolta dalla Protezione civile e l'attività di assistenza sanitaria svolta dalle Aziende liguri: ad oggi lo stato di emergenza e la misura di protezione temporanea sono stati prorogati al 3 marzo 2023 ai sensi dell'Art. 1, comma 669, della Legge n. 197 del 29/12/2022.

### **Obiettivi strategici**

Per quanto concerne l'anno 2023 la programmazione delle attività di A.Li.Sa. non ha potuto beneficiare delle linee di indirizzo operative triennali validate dalla Giunta.

Gli obiettivi strategici danno origine a obiettivi aziendali annuali, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

## PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA

### Obiettivo Strategico 1: Programmazione delle risorse economiche

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Definizione dei criteri di riparto del Budget per l'anno 2023 alle Aziende del SSR: trasmissione proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del FSN 2023 alle Aziende del SSR	15%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/05/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 2: Definizione del Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione documento tecnico all'Assessorato e al Dipartimento Salute e Servizi sociali	30%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 3: Aggiornamento Piano Regionale Vaccini**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione documento tecnico al Dipartimento Salute e Servizi sociali	20%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo



## PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA

### Obiettivo Strategico 4: Governance dei processi ospedalieri

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione e condivisione con le Aziende del SSR del documento tecnico in merito le linee di indirizzo regionali sulla gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria	20%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

## PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA

### Obiettivo Strategico 5: Sviluppo e sostegno ai progetti correlati al PNRR: progetto PNRR M6C2 1.3.1 (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni"

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Predisposizione relazione su stato avanzamento del progetto in relazione agli obiettivi dello stesso	10%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

## PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA

### Obiettivo Strategico 6: Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	2023
Grado di trasparenza dell'Amministrazione	5%	- nessun adempimento predisposto (obiettivo non raggiunto) a) aderenza a disposizioni nazionali (obiettivo parzialmente raggiunto) b) aderenza a disposizioni nazionali e regionali (obiettivo non pienamente raggiunto) c) aderenza a disposizioni nazionali, regionali e aziendali (obiettivo pienamente raggiunto)	Aderenza alle disposizioni nazionali, regionali e aziendali

#### Obiettivi di Performance

Per quanto concerne gli obiettivi di performance delle Strutture di A.Li.Sa. si fa riferimento al Piano della Performance dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria per il triennio 2023-2025 di cui all'allegato 1 al presente PIAO, in cui sono dettagliati tutti gli obiettivi programmati per l'anno 2023.

#### Rischi corruttivi e trasparenza

##### **1. Contenuti e obiettivi del PTPCT**

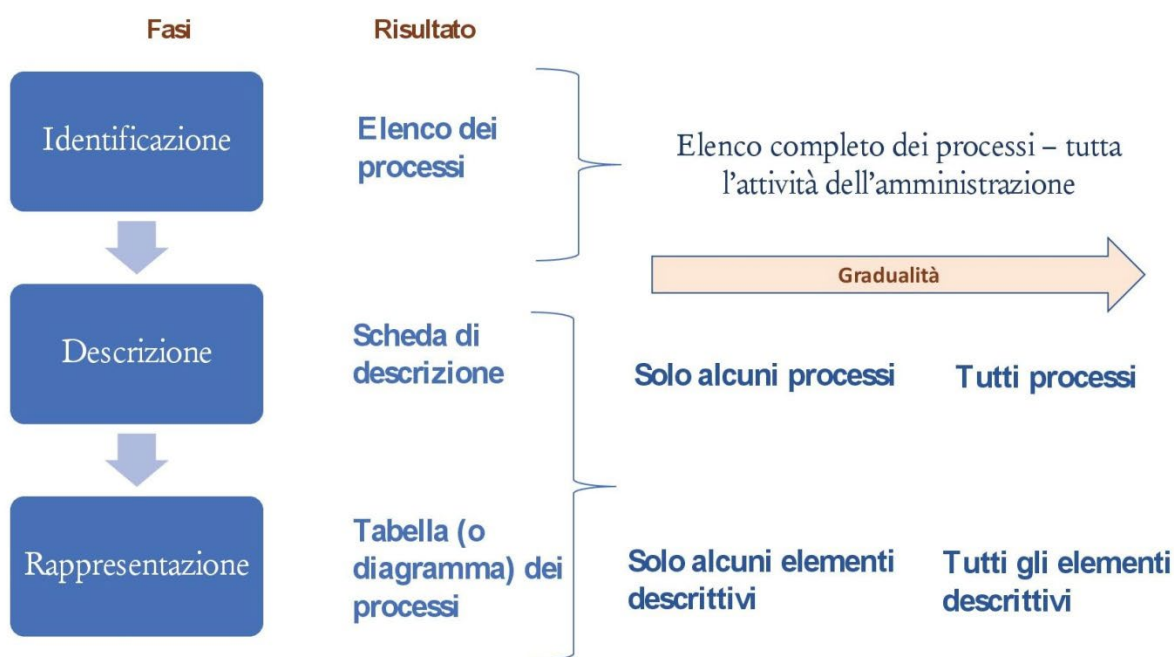
Le pubbliche amministrazioni devono, in base all'art. 1, co.8, legge n. 190/2012, adottare, ogni anno, il piano triennale di prevenzione della corruzione.

Il presente piano costituisce aggiornamento del piano triennale 2022-2024 - adottato con Deliberazione n. 146 del 29 aprile 2022 - ed in esso sono indicati i progetti e le iniziative che A.Li.Sa. intende perseguire per il periodo 2023-2025 e, come già premesso, nella stesura dello stesso si tiene conto degli aspetti definiti dal Gruppo di lavoro regionale secondo le direttive impartite dal Direttore Generale del Dipartimento Salute.

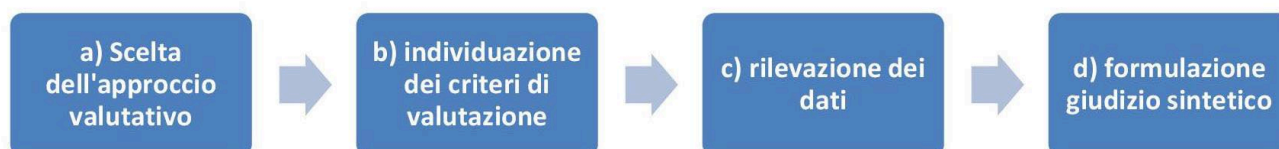
Nel PTPCT sono declinate - in relazione alla effettiva situazione organizzativa di A.Li.Sa. - le indicazioni, gli indirizzi e le prescrizioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Infatti, come previsto dall'art. 1, co. 2-bis, della l. 190/2012, con il PNA l'Autorità anticorruzione fornisce indicazioni alle pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), per coordinare l'attuazione delle strategie finalizzate al contrasto dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

Il PNA 2019 - 2021 ha proposto una diversa metodica, sistematica e graduale, di predisposizione dei Piani Anticorruzione delle singole Amministrazioni, prevedendo la modalità di realizzazione della mappatura dei processi secondo lo schema di seguito riportato:



Inoltre, il PNA prevede la stima del livello di esposizione al rischio attraverso l'analisi così individuata:



Partendo pertanto dalla misurazione dei singoli indicatori, il PNA indica come pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, identificando così le misure di prevenzione da attuare.

## 2. Finalità e contenuti

Il P.T.P.C. è un programma di 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 specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

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.

Spetta al Piano triennale il compito di integrare ed attuare la disciplina dettata dal Piano Nazionale Anticorruzione, e dai successivi aggiornamenti tenendo conto delle specificità e dell'assetto organizzativo di ogni singola amministrazione, provvedendo a eventuali revisioni (con cadenza almeno annuale) delle misure adottate.

In particolare il PNA richiama con forza l'attenzione delle Pubbliche Amministrazioni, al processo di gestione del rischio che:

- costituisce parte integrante del processo decisionale;
- deve interessare tutti i livelli organizzativi, in particolare gli organi di indirizzo, i dirigenti e il RPCT;
- implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo;
- esclude attività di tipo ispettivo o repressive;
- assicura l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni.

Inoltre, il PTPC persegue, in sintesi, le altre seguenti finalità:

- individuare, tra le attività dell'Azienda, quelle più esposte al rischio di corruzione e prevedere meccanismi di neutralizzazione e/o riduzione del rischio. Peraltro, alcune aree a rischio più elevato sono da individuare obbligatoriamente ex art. 1 comma 16 della L. 190/2012 (autorizzazioni e concessioni, scelta del contraente, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, concorsi e prove selettive);
- coinvolgere i dirigenti e tutto il personale dell'Azienda, in particolare quelle addetto alle aree a rischio più elevato, nell'attività di analisi, valutazione, proposta e definizione delle misure previste nel Piano;
- individuare le azioni che l'Azienda deve adottare per prevenire il rischio di corruzione, quali:
  - l'introduzione di adeguate forme di controllo interno;
  - l'adozione – ove possibile – di sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
  - l'attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite

di cui sia venuto a conoscenza;

- l'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle PP.AA.;
  - l'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazioni non soltanto dei doveri di comportamento ma anche delle prescrizioni contenute nel PTPCT;
  - l'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi;
  - l'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni;
  - l'adozione di misure volte a garantire l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
  - l'adozione di specifiche attività di formazione del personale, con particolare attenzione al RPCT, ai dirigenti ed ai dipendenti che collaborano con lo stesso;
- promuovere il pieno assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza di cui al D.Lgs. n. 33/2013.

Scheda sinottica

## Finalità

L'impegno di ALISA nei confronti dell'etica pubblica e dell'integrità del Sistema sociosanitario regionale si è concretizzato, nel corso degli anni, nella organizzazione di contatti e confronti periodici coordinati con le Aziende sanitarie ed i rispettivi Responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), al fine di costruire un vero e proprio network permanente in tema di prevenzione del rischio corruzione.

### 3. Adozione e Pubblicazione

I P.T.P.C.T. debbono essere proposti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e adottati dall'organo di indirizzo di ogni singola amministrazione.

In A.Li.Sa. viene adottato con deliberazione del Direttore Generale (attualmente del Commissario Straordinario), quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Il PTPCT viene pubblicato sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, di A.Li.Sa.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono tenuti a rendere noto il Piano ai rispettivi dipendenti e collaboratori al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, quando si procede a modifiche dello stesso.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno, in ottemperanza all'art. 1, comma 8, della L. n. 190/2012 e ss.mm.ii..con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri soggetti, interni ed esterni, coinvolti nel processo di gestione.

Per l'anno 2022, tenuto conto del perdurare dell'emergenza sanitaria da Covid-19 ed al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse all'elaborazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di differire al 30 aprile 2022 il termine ultimo per la loro predisposizione e pubblicazione

#### **4. Ambito di applicazione**

Il presente Piano si applica, compatibilmente con le specificità delle tipologie di rapporto con A.Li.Sa., oltre che ai dipendenti con contratto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, è inserito il richiamo al Codice di Comportamento vigente;
- la violazione, da parte dei dipendenti dell'Azienda, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare;
- nei contratti di affidamento per la fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, in caso di violazione delle disposizioni del PTPCT e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata da A.Li.Sa. nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

## **5. Soggetti coinvolti e compiti**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione in A.Li.Sa. sono molteplici e partecipano alla predisposizione e all'aggiornamento del PTPCT nonché alla corretta applicazione della normativa in materia di lotta alla corruzione.

Tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti, così come previsto dall'art. 1, comma 44, della L. n. 190/2012. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del RPCT deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione aziendale.

Tutte le articolazioni aziendali sono tenute a fornire il loro supporto collaborativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza secondo le modalità di raccordo concordate con il medesimo.

## **6. Prevenzione della corruzione e Smart Working**

Per ottemperare al dettato del DPCM del 18/10/2020 le PA hanno potuto impiegare in smart working i lavoratori fino al termine dell'emergenza epidemiologica. Infatti, con provvedimenti attuativi della circolare n. 2/2020 emanata dal Ministro della Pubblica Amministrazione, applicativa delle norme legislative emanate in medio tempore (in particolare del D.L. n. 18/2020) era stato previsto dalle PA che il lavoro agile o "smart working" costituisse la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa fino al termine dell'emergenza epidemiologica.

L'applicazione strutturale dello Smart Working alla P.A. ha reso necessario sviluppare una rinnovata strategia di gestione aziendale improntata allo sviluppo del capitale umano ed al miglioramento dell'organizzazione aziendale.

Ciò presuppone sia per l'organizzazione che per l'individuo l'intreccio tra la riconfigurazione agile del lavoro e la mappatura dei processi: la previsione di procedimenti sempre più standardizzati e digitalizzati consentirebbe una migliore focalizzazione sulle attività insite nella mappatura dei processi maggiormente oggetto del rischio corruttivo, essendo le stesse svincolate da tempistiche e localizzazioni predefinite.

La prevenzione della corruzione e lo smart working hanno tre elementi in comune:

- la mappatura dei processi come base dati condivisa per valutare il rischio in un caso e, nell'altro, per valutare quali attività del processo sono o possono essere indipendenti dai fattori tempo e spazio;
- sia il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) sia il Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) sono piani di sviluppo dell'ente ricondotti e integrati nel PIAO;

- la rilevazione dell'attività relazionata dal dipendente in smart working - confrontata con la mappatura dei processi – può contrastare più efficacemente il rischio di corruzione insito nella mancata correlazione tra questi due elementi, rendendo più trasparente il rapporto tra l'attività lavorativa del singolo e le finalità dell'ente.

#### Schede sinottiche

### Prevenzione della Corruzione e Smart Working

L'applicazione strutturale dello Smart Working alla P.A. ha reso necessario sviluppare una rinnovata strategia di gestione aziendale improntata

- ✓ allo sviluppo del capitale umano
- ✓ al miglioramento dell'organizzazione aziendale

Ciò presuppone sia per l'organizzazione che per l'individuo l'**intreccio**

tra la **riconfigurazione agile del lavoro e la mappatura dei processi**

la previsione di procedimenti sempre più standardizzati e digitalizzati consentirebbe una migliore focalizzazione sulle attività insite nella mappatura dei processi maggiormente oggetto del rischio corruttivo, essendo le stesse svincolate da tempistiche e localizzazioni predefinite.

La prevenzione della corruzione e lo smart working hanno tre elementi in comune:

- **la mappatura dei processi** come **base dati condivisa** per valutare il rischio in un caso e, nell'altro, per valutare quali attività del processo sono o possono essere indipendenti dai fattori tempo e spazio;
- sia il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (**PTPCT**) sia il Piano Organizzativo del lavoro Agile (**POLA**) sono piani di sviluppo dell'ente ricondotti e integrati nel **PIAO**;
- **la rilevazione dell'attività relazionata** dal dipendente in smart working - **confrontata con la mappatura dei processi** – può contrastare più efficacemente il rischio di corruzione insito nella **mancata correlazione** tra questi due elementi, rendendo più trasparente il rapporto tra l'attività lavorativa del singolo e le finalità dell'ente.



## **7. Attività Gruppo di Lavoro Interaziendale e Obiettivi 2022**

Per una risposta più organica e coordinata a livello di sistema, l'attività in materia di anticorruzione e trasparenza è stata uniformata e coordinata a livello regionale tramite la partecipazione di tutti i RPCT al Gruppo di Lavoro interaziendale individuato con Deliberazione del Commissario Straordinario di Alisa n. 89 del 20/3/2019 con il compito di "...condividere un percorso comune di formazione, approfondimento e analisi per assicurare l'applicazione omogenea della normativa in materia...".

Successivamente, con DGR n. 957 del 28/10/2021 è stato istituito, presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali, il Gruppo di lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza al fine di dare applicazione uniforme alle direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario e di rafforzare la già avviata collaborazione del Gruppo con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di Regione Liguria, composto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali o proprio delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di A.Li.Sa. e delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del S.S.R.

Infine, con nota prot. n. 22329 del 27.4.2022, il Dipartimento Salute e Servizi Sociali di Regione Liguria ha fornito indicazioni e direttive per la redazione del PIAO nell'intento di favorire un approccio condiviso alle problematiche connesse a organizzazione, performance e anticorruzione a livello regionale.

Ai fini di una redazione uniforme di tale documento, è stato costituito un Gruppo di Lavoro composto dal RPCT di Regione Liguria e dai referenti indicati da ciascuna Azienda sanitaria e sono state fornite linee guida ad hoc, che le singole amministrazioni sono tenute a fare proprie.

Nell'ottica sopra indicata, Regione Liguria - con Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 2551/2022 ad oggetto: "Gruppo di lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla D.G.R. n. 957/2021 e al D.D.G. n. 7878/2021: assegnazione obiettivi 2022" - aveva individuato i seguenti obiettivi per l'anno 2022:

- A. Approfondimento della tematica del conflitto di interessi in sanità e ricerca;
- B. Approfondimento dei collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;
- C. Attività di Formazione per gli RPCT e per il personale delle Aziende e degli Enti del S.S.R.
  - Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;
  - Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
  - Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;

- Approfondimenti sull'articolazione e sviluppo del Piano Integrato Attività e Organizzazione alla luce dei provvedimenti attuativi;

D. Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e l'interpretazione uniforme della normativa in materia;

E. Collaborazione per la realizzazione del PIAO – Piano integrato di attività e organizzazione, in via di definizione;

F. Approfondimento in materia di accreditamento e certificazione ISO 37001 (che specifica le misure e i controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione) e alle risorse necessarie.

Il Gruppo di lavoro, suddiviso nei seguenti sottogruppi: Conflitto di interessi in sanità e ricerca (formazione sponsorizzata, informatori farmaceutici, incarichi extraistituzionali), Attività formative, Patti di integrità, Controllo di gestione (Performance), Attuazione PNA 2022-2024, ha prodotto il consueto Rapporto sulle proprie attività.

Il "Rapporto di attività anno 2022" è stato trasmesso al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali dal Coordinatore del Gruppo, Avv. Laura Oliveri, con prot. n. 58746 del 15/11/2022, e rendiconta le attività svolte e individua le strategie di prevenzione, le iniziative e le progettualità formative per il 2023.

Tra queste assumono particolare rilevanza per Alisa gli approfondimenti relativi alle tematiche che si riportano di seguito:

- **Procedure operative per la partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati**

Pur rivestendo per Alisa un rilievo marginale, l'esame dei potenziali conflitti di interesse e/o interessi economici significativi con l'attività di sponsor/promoter deve essere tuttavia preso in esame.

Infatti, nell'ambito delle attività formative/informative promosse e sponsorizzate da case farmaceutiche e/o fornitori di dispositivi medici o apparecchiature biomedicali, si possono in astratto riscontrare profili di conflitto d'interessi, nel caso in cui i partecipanti alle attività formative abbiano un ruolo decisionale in ordine alle scelte operative.

Tali aspetti - maggiormente rilevanti per le Aziende sanitarie, nell'ambito delle quali i partecipanti all'evento possono intervenire sulla scelta della tipologia dei prodotti da utilizzare nell'attività lavorativa - sono stati oggetto di approfondimento da parte del Gruppo Regionale.

È stato infatti elaborato un documento contenente indicazioni e criteri per la concessione dell'autorizzazione alla partecipazione agli eventi ed è stata studiata e predisposta la relativa modulistica, adottabile dalle singole Aziende.

- **Corso di approfondimento su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e sulla relativa applicazione alle Aziende Sanitarie**

In considerazione delle disposizioni contenute nello schema del PNA 2022 – 2024, è stato ritenuto opportuno rinviare ai primi mesi del 2023 la redazione definitiva dei contenuti del corso.

In ogni caso, il sottogruppo di lavoro ha elaborato un primo approfondimento delle disposizioni vigenti in materia, raccolto materiale relativo a casi concreti e/o direttive di ANAC, e predisposto una prima serie di slide.

- **Approfondimento dei collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance**

L'ANAC ha ribadito che le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza possono pervenire ad un significativo livello di efficacia solo se coordinate con gli strumenti di programmazione degli Enti e connotate nella loro attuazione dalla fattiva partecipazione di tutti i livelli dell'amministrazione.

In particolare, nel tempo, si rende sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della Performance.

Da un lato, infatti, nello schema del PNA 2022 – 2024, viene sottolineato, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico, il collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance.

Dall'altro, con l'introduzione del PIAO (ai sensi del DL n. 80/2021 e dei consequenziali DPR n. 81/2022 e DM 30 giugno 2022, n. 132) si è voluto dare concretezza agli aspetti inerenti l'integrazione dei processi di programmazione, controllo e valutazione.

Pertanto, sia la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge n. 190/2012, che la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici rilevanti ai fini della valutazione annuale del raggiungimento della performance.

In questa cornice normativa, il Gruppo di Lavoro ha verificato che i Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle singole amministrazioni avessero dato priorità, nell'ambito degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, al coordinamento e all'integrazione con il Piano delle Performance.

A tal fine, inoltre, nella relativa relazione, il Gruppo di Lavoro suggerisce di privilegiare - quali migliori soluzioni metodologiche assunte in ciascuna azienda per il piano attuativo degli obiettivi di budget articolato nelle relative schede per struttura - obiettivi caratterizzati da concreta misurabilità con indicatori ben definiti, escludendo obiettivi configurabili quali meri adempimenti normativi.

- **Definizione di criteri comuni per la compilazione della modulistica relativa agli incarichi extra- istituzionali già disciplinati dal nuovo Codice di Comportamento**

Nell'ambito del documento riguardante l'aggiornamento al Codice di comportamento approvato dal Gruppo nel corso del 2021, è stato previsto che il dipendente che richiede di svolgere attività extra-istituzionali è tenuto a rendere una dichiarazione che attesti l'insussistenza di qualsiasi interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza e il "provider", lo "sponsor" o qualunque società o ente privato per il quale il dipendente richiede l'autorizzazione all'incarico.

Ai fini della dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse, è stata approvata una specifica modulistica, la cui formulazione ha presupposto l'adozione di criteri comuni tra le Aziende Sanitarie relativamente alla definizione del concetto di interessi economicamente significativi.

A fronte della difficoltà di definire il concetto di "interesse economicamente significativo" -che fino ad ora è stato interpretato esclusivamente come interesse finanziario - nonché dei relativi parametri oggettivi di individuazione, opererà, per l'anno 2023, uno specifico gruppo di lavoro.

In ultimo, al fine dell'applicazione e dell'interpretazione uniforme della normativa in materia, proseguirà, per l'anno in corso, la collaborazione - avviata nel primo semestre 2022 - tra il Gruppo di Lavoro regionale ed il Responsabile Anticorruzione di Regione Liguria.

Quanto sopra allo scopo di individuare linee di indirizzo comuni per la predisposizione dei PIAO aziendali, dettate dalla necessità di fornire ai vari enti del SSR indicazioni omogenee nella fase di prima applicazione, nonché di proseguire la proficua cooperazione nell'ottica di realizzare la rete di condivisione ed omogeneizzazione auspicata dalla Regione Liguria.

## **8. Programmazione attività e obiettivi 2023**

Con deliberazione n. 1010 del 21.10.2022 la Giunta Regionale ha stabilito gli obiettivi strategici di sistema in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il 2023.

Pertanto, in conformità con quanto previsto dal succitato provvedimento, considerato il lavoro svolto e gli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia, il Gruppo di Lavoro ritiene necessario, per l'anno 2023, approfondire le seguenti tematiche:

- Applicazione del PNA 2022 – 2024 con particolare riferimento all'area di rischio dei contratti pubblici;
- Conflitto di interessi in sanità e ricerca;
- Collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;
- Attività di Formazione per gli RPCT e per il personale delle aziende e degli enti del SSR:
  - Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;
  - Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
  - Approfondimenti su inconfiribilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;
- Definizione procedure per pantouflage;
- Definizione regolamento su rotazione del personale ed eventuali misure compensative;
- Aggiornamento modulistica comune in materia di trasparenza;
- Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e interpretazione uniforme della normativa in materia;
- Predisposizione delle attività propedeutiche per l'accreditamento e la certificazione ISO 37001 che specifica le misure e i controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione;
- Monitoraggio interno per la verifica dell'attuazione delle linee guida e documenti prodotti dal Gruppo Regionale ed approvati dal Direttore del Dipartimento Salute.

Inoltre, il Gruppo si atterrà alle indicazioni e agli obiettivi che eventualmente gli venissero specificamente assegnati da Regione Liguria.

## 9. Obiettivi strategici prioritari in materia di prevenzione della corruzione

I Direttori Generali del SSR hanno l'obbligo, ai sensi dell'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012, di definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per l'aggiornamento della sezione PTPCT interna al PIAO.

A tal fine, considerato che il rispetto degli obblighi di trasparenza è uno tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali stessi, Regione Liguria ha proposto a tutte le Aziende ed Enti del SSR alcuni obiettivi prioritari che, per la loro importanza e trasversalità, si prestano ad un'applicazione comune.

Alisa, pertanto, ha individuato, tra quelli proposti, i seguenti obiettivi strategici:

- 1) Aggiornare la tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022 – 2024;
- 2) Verificare che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento di ogni singola amministrazione siano stati opportunamente modificati per arginare i rischi di conflitto di interesse in relazione alle richieste/comunicazioni di partecipazione ad eventi sponsorizzati da aziende farmaceutiche.

Infine, per quanto concerne l'attività pregressa, si rende necessario portare a piena attuazione, nel corso del 2023, quanto programmato dal Gruppo di Lavoro negli anni precedenti:

- attivazione procedure informatizzate per la gestione del whistleblowing e monitoraggio del numero di segnalazioni pervenute e relativo esito;
- attivazione del registro informatico degli accessi;
- applicazione delle linee guida sulle inconferibilità, incompatibilità, e monitoraggio delle verifiche effettuate;
- applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni;
- attivazione dei corsi sulla gestione del conflitto di interessi e sull'antiriciclaggio.

TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE		
Descrizione	Indicatore	Target 2023
Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione	Aggiornamento della tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022-2024	0 giorni di ritardo rispetto al 31/12/2023
	Verifica che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di comportamento di ogni singola amministrazione siano stati opportunamente modificati per arginare i rischi di conflitto di interesse in relazione alle richieste/comunicazioni di partecipazione ad event sponsorizzati da aziende farmaceutiche	

## 4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

---

### Struttura Organizzativa

L'attuale configurazione organizzativa dell'Azienda, definita in funzione della *mission* aziendale, è ancora quella prevista dall'Atto di Autonomia Aziendale approvato con deliberazione n. 214 del 21 giugno 2021, con modifiche apportate a seguito della direttiva regionale impartita con DGR 18/2022 e a seguito della DGR 302/2022, ma è attualmente in fase di revisione, in considerazione della procedura di adozione del nuovo POA, in corso di perfezionamento.

### **I Livelli di responsabilità organizzativa**

Il modello di gestione operativa dell'Azienda è di tipo dipartimentale, secondo quanto previsto dall'art. 17bis del D.Lgs. 502/1992. oltre al livello dipartimentale, sono previsti diversi livelli di responsabilità di tipo gestionale (incarichi di Struttura) dirigenziali e del comparto (incarichi di funzione organizzativa).

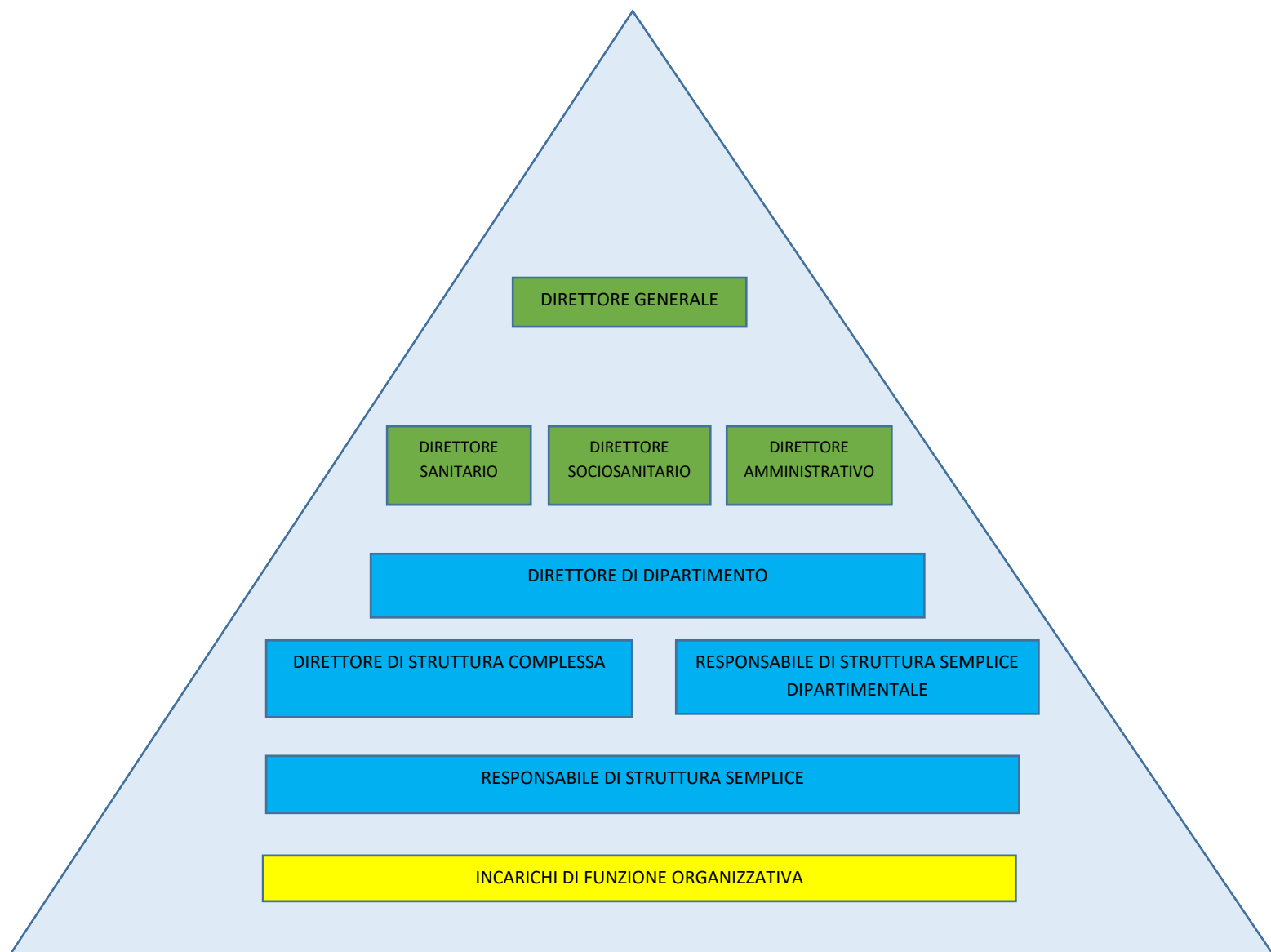
**La struttura organizzativa si articola nei seguenti livelli di responsabilità:**

### **LIVELLI DI RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA**

INCARICHI DI VERTICE

INCARICHI DIRIGENZIALI

INCARICHI DEL COMPARTO



L'ampiezza media delle strutture aziendali è pari a 4,68 unità di personale.

Oltre agli incarichi di tipo gestionale sono previsti incarichi di tipo professionale sia per la dirigenza che per il comparto.

Ciascun incarico, in base a determinati criteri di complessità delle funzioni ad esso assegnate, è classificato in specifiche fasce di graduazione.

## Organizzazione del lavoro agile

### **1. Premessa**

La legge 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove modalità di esecuzione della prestazione di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

Con la legge n. 81 del 22 maggio 2017 vengono disciplinati i contenuti del lavoro agile, che viene definito come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti e caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario o di luogo di lavoro e dal possibile utilizzo di strumenti tecnologici.

Il lavoro agile ha subito una fase di accelerazione con l'emergenza epidemiologica da Covid-19, divenendo "modalità ordinaria" di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il lavoro agile adottato durante la prima fase emergenziale ha avuto caratteristiche e connotazioni differenziate rispetto a quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017. In particolare, la nuova disciplina ha stabilito modalità di applicazione semplificate, in particolare l'assenza di accordo tra le parti.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, nelle amministrazioni pubbliche, il lavoro agile cessa la sua qualificazione di modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, che ritorna ad essere quella svolta in presenza a decorrere dal 15 ottobre 2021, per consentire il massimo supporto alla ripresa delle attività produttive e alle famiglie. A seguire, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 ottobre 2021 ha individuato le modalità organizzative per il rientro in presenza del personale applicato nelle pubbliche amministrazioni.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 ottobre 2021 e con circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, sono poi state fornite ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile anche in considerazione del rischio sanitario correlato al protrarsi della diffusione pandemica degli agenti virali da COVID-19, in particolare prevedendo come condizioni abilitanti al lavoro agile il non pregiudicare o ridurre i servizi all'utenza, la prevalenza del lavoro in presenza rispetto a quello da remoto e l'adozione di strumenti tecnologici che permettano la più assoluta riservatezza delle informazioni e dei dati trattati.

Con il nuovo CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021, siglato il 2/11/2022, è stata definita per la prima volta dopo l'esperienza pandemica, a livello contrattuale nazionale la disciplina del lavoro agile (Capo I del Titolo V)

### **2. Livello di attuazione e modalità operative del lavoro agile**

#### 2.1 Periodo emergenziale

Prima della fase pandemica l'Azienda aveva intrapreso un percorso volto a migliorare la qualità delle attività svolte e a conciliare la vita privata e la vita lavorativa attraverso la flessibilità delle modalità



lavorative. Attraverso la partecipazione ai progetti “Rete Cittadina Lavoro Agile e Benessere Organizzativo” prima e “Lavoro Agile per il Futuro della PA” poi, l’Azienda era approdata all’inizio del 2020 all’adozione di un regolamento sul lavoro agile, che a causa della pandemia è rimasto disapplicato fino all’ottobre 2021.

L’esperienza pandemica ha portato ad una evidente accelerazione per quanto riguarda il lavoro agile in A.Li.Sa. È stata saltata la fase iniziale, che doveva essere di sperimentazione, passando subito ad un utilizzo massiccio del lavoro da remoto. Fin da subito è stata utilizzata una VPN aziendale che ha garantito la sicurezza delle attività svolte da remoto e un sistema di telefonia Awaya per il collegamento alla rete di telefonia fissa dell’Azienda.

Su 114 unità di personale, 105 hanno svolto attività da remoto durante la fase emergenziale.

## 2.2 Applicazione dopo la fase emergenziale

Terminata alla data del 15/10/2021 la fase dell’utilizzo eccezionale del lavoro agile dovuta alla pandemia, è iniziata l’applicazione dell’istituto del lavoro agile secondo il regolamento aziendale, che prevede, secondo la normativa vigente, la stipula di un accordo individuale tra datore di lavoro e lavoratore al fine di attivare la modalità di lavoro agile.

L’accesso al lavoro agile può avvenire:

a) su richiesta individuale del lavoratore;

b) per scelta organizzativa da parte del Responsabile di struttura, previa adesione del dipendente.

In entrambi i casi per poter procedere con la stipula dell’accordo individuale è necessaria la presentazione da parte del responsabile di un progetto in cui siano evidenziate le attività interessate, gli obiettivi, il periodo, gli indicatori di risultato e il monitoraggio.

Particolare attenzione è posta anche alla salute e alla sicurezza nello svolgimento del lavoro agile, in applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: come previsto dall’art. 22 del D.Lgs. 81/2017. Il lavoratore interessato allo *smart working* deve sottoscrivere apposita informativa in materia, contenente l’indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in *smart working*.

In un’ottica di tutela del lavoratore, peraltro, si dà applicazione alle vigenti disposizioni INAIL (circolare n. 48 del 2 novembre 2017), assicurando il diritto alla tutela contro gli infortuni nel luogo prescelto per la prestazione, laddove questi siano correlati all’attività lavorativa e occorsi nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per il lavoro agile o la sede aziendale.

Per quanto attiene al profilo degli obblighi di riservatezza sui dati trattati, si evidenzia che il ricorso a forme di lavoro agile non comporta alcun cambiamento organizzativo sostanziale dell’Azienda in relazione alla tutela dei dati personali sia del dipendente, che di terzi, eventualmente presenti in banche dati, dovendosi unicamente adattare l’organizzazione esistente alla nuova modalità lavorativa. Il lavoratore “agile” è già designato quale autorizzato al trattamento dei dati personali ai sensi e con le modalità previste dalla normativa vigente e, sempre nel rispetto dei principi normativi,

è tenuto ad utilizzare il software che gli è stato fornito e ad applicare le misure di sicurezza che gli competono, a salvaguardia dei dati.

Il dipendente deve ottemperare agli obblighi di riservatezza sia sulle informazioni in suo possesso sia sulle banche dati a disposizione e deve prestare la sua attività con diligenza. In particolare, deve curare che, in occasione delle operazioni di trattamento effettuate, i dati personali non siano soggetti a rischio distruzione o perdita anche accidentale e si assicura che le informazioni non siano accessibili a persone non autorizzate o che non vengano svolte operazioni di trattamento non consentite. Il trattamento dei dati, in particolare la loro raccolta e conservazione deve essere conforme ai principi di liceità, correttezza, pertinenza. L'Azienda ha comunque deciso di predisporre un'ulteriore informativa "Addendum Privacy - Protezione dei dati Personali – Lavoro Agile" sui comportamenti da adottare durante il lavoro da remoto, che viene consegnata e firmata dal lavoratore al momento della stipula dell'accordo individuale.

La fase c.d. di smart working ordinario ha portato ad oggi alla stipula di 25 accordi individuali di lavoro agile, poco più del 25% del personale presente in azienda e tutti stipulati da personale facente parte del comparto, con un totale di 783 giornate lavorate in smart working nel 2022.

Molti degli accordi stipulati a tempo determinato, perché al momento così è previsto dal Regolamento Aziendale, sono stati di volta in volta prorogati sulla base di valutazioni positive in merito agli obiettivi raggiunti e alla continuità di gestione dell'attività lavorativa. Al momento in relazione allo svolgimento dell'attività svolta in lavoro agile non si è evidenziata alcuna criticità.

Restano al di fuori del regolamento le situazioni eccezionali relative ai lavoratori fragili regolati da specifica disciplina normativa, che al momento risultano essere due unità.

### 2.3 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

I principali soggetti aziendali coinvolti nel processo di attuazione del lavoro agile sono i seguenti con le rispettive competenze:

- Dirigenti, quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi nell'ambito delle strutture di propria competenza, gli stessi assumono un ruolo fondamentale nell'attuazione del lavoro agile:
  - a) valutare le richieste di *smart working* del personale afferente la propria struttura e eventualmente autorizzarle;
  - b) procedere al monitoraggio ed alla verifica dell'attività svolta dal lavoratore in *smart working*, ponendo particolare attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa;
  - c) garantire costantemente il corretto e regolare funzionamento della struttura che non può assolutamente essere pregiudicato per effetto del ricorso all'utilizzo del lavoro agile.
- S. C. Organizzazione e Sviluppo delle Risorse Umane:
  - a) Predisposizione e revisione del Regolamento aziendale per l'applicazione del lavoro agile sulla base di cambiamenti normativi e/o contrattuali
  - b) supporto alle Direzioni di struttura per le ipotesi di eventuali problematiche applicative nell'attuazione della Regolamentazione aziendale in materia;

- c) programmazione e predisposizione di adeguate iniziative formative, sia per il personale dirigenziale che di comparto, utili a garantire la piena ed efficace applicazione dell'istituto in esame;
  - d) predisposizione degli accordi individuali, previa verifica della congruità con la disciplina normativa, contrattuale e regolamentare;
  - e) autorizzazione del dipendente all'uso dell'apposito giustificativo tramite portale aziendale.
- S.C. Progettazione e Sviluppo del Sistema Informativo, Gestione del Dwh e dei Sistemi Decisionali: attività di supporto tecnico in ordine alle modalità di corretto svolgimento della prestazione lavorativa da remoto, provvedendo anche a garantire – progressivamente, nel corso del periodo di attuazione del Piano – la provvista di apparati digitali e tecnologici adeguati allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile.
  - Organizzazioni Sindacali: vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuative per l'implementazione del lavoro agile, in particolare esprimono il loro parere in merito all'adozione di un nuovo Regolamento Aziendale;
  - Organismo Interno di Valutazione (O.I.V): può fornire supporto nella predisposizione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile.

#### 2.4 Requisiti tecnologici

L'Azienda continua ad utilizzare il sistema di collegamento VPN, che garantisce tutte le funzionalità e gli applicativi presenti in ufficio, permettendo al dipendente di lavorare come se fosse sul posto di lavoro, garantendo la sicurezza dei dati trattati e delle attività svolte e permettendo la condivisione dei dati.

In particolare, per implementare la sicurezza della connessione è in fase di adozione un sistema di sicurezza di secondo livello, che prevede un'ulteriore operazione oltre all'inserimento delle credenziali per l'accesso da remoto. Oltre a tali credenziali, per poter accedere alla modalità di lavoro da remoto, sarà previsto l'utilizzo di un codice OTP (One Time Password) che verrà di volta in volta generato e inviato all'utente tramite SMS.

Continua ad essere utilizzato per tutto il personale che lavora da remoto un sistema di telefonia che permette la deviazione delle chiamate dall'ufficio ai lavoratori in smart working. Tale sistema permette anche di visualizzare ed eventualmente rispondere a chiamate dirette ad altro personale dello stesso ufficio, come se si fosse fisicamente alla propria scrivania.

Nel corso del 2023 si darà seguito al percorso di consolidamento degli attuali strumenti per lo svolgimento dell'office collaboration. A tal proposito dal 1 gennaio 2023 è stato acquisito specifico applicativo "TEAMS", facente parte del pacchetto Office 365, per consentire la partecipazione a riunioni, corsi di formazione e conferenze anche da remoto.

Per quanto riguarda la strumentazione informatica ad oggi i lavoratori agili utilizzano ancora PC di loro proprietà o nella loro disponibilità, nelle more di una riorganizzazione, che permetta l'utilizzo di strumentazione informatica aziendale anche in caso di lavoro da remoto. Nel corso del 2022 sono

stati acquistati 15 laptop che potranno essere utilizzati anche per il lavoro da remoto. L'azienda comunque prevede per il prossimo triennio di effettuare ulteriori acquisti di strumentazione informatica da utilizzare per il lavoro agile.

## 2.5 Percorsi formativi

Buona parte dei corsi di formazione viene ancora gestita a distanza. In particolare per accompagnare il processo di cambiamento connesso allo sviluppo del lavoro agile, l'Azienda ha previsto a fine 2022 corsi di formazione relativi alla nuova disciplina in materia di lavoro agile del nuovo CCNL 2019-21 del Comparto Sanità, applicato al personale non dirigente dell'Azienda.

In un'ottica di sviluppo del lavoro agile, che concorra non solo a conciliare i tempi di vita e lavoro, ma soprattutto contribuisca a rafforzare l'organizzazione del lavoro per obiettivi e risultati, a migliorare servizi, attività e pianificazione del lavoro, anche attraverso un'implementazione della digitalizzazione delle stesse, alla quale sicuramente il lavoro agile ha dato e potrà continuare a dare una forte spinta, l'Azienda ha in previsione di continuare ad attuare specifici percorsi formativi per i lavoratori e per i dirigenti, il cui ruolo è fondamentale in questa fase di cambiamento che la Pubblica Amministrazione sta vivendo.

Per la dirigenza potranno essere definiti percorsi formativi con l'obiettivo di meglio comprendere i punti di forza e le criticità del lavoro agile, con particolare attenzione al lavoro per obiettivi, alla valutazione dei lavoratori agili, alla gestione dei colloqui di feedback. Significativo rilievo sarà dato anche al miglioramento della leadership ed alla capacità di gestione e sviluppo delle risorse umane e alle competenze trasversali (soft-skill) per un miglioramento generale dell'efficienza e del clima organizzativo.

I percorsi formativi rivolti al comparto avranno l'obiettivo di fornire ulteriori linee guida per la gestione delle attività in smart working, oltre che focalizzare aspetti afferenti all'organizzazione del lavoro per obiettivi/risultati, alle modalità di interazione e collaborazione attraverso strumenti digitali e alle competenze trasversali (soft-skill).

## 2.6 Mappatura processi e attività per il lavoro agile

Durante la fase pandemica è stata effettuata una rapida ricognizione delle attività svolgibili da remoto e la mappatura che ne è derivata è stata fortemente caratterizzata dall'emergenza sanitaria in corso, in cui l'Azienda è stata fortemente coinvolta. Tale mappatura è ancora in fase di revisione.

## **3. Sviluppo del lavoro agile, obiettivi e strategie (2023/2025)**

Alla luce dell'esperienza maturata durante la pandemia e della nuova disciplina adottata nel CCNL di riferimento, l'Azienda nel triennio 2023/2025 è intenzionata a continuare a promuovere lo sviluppo di un'organizzazione agile che permetta non solo ai dipendenti di conciliare la propria vita lavorativa con quella familiare, ma consenta soprattutto un miglioramento del servizio pubblico

attraverso l'innovazione organizzativa, la semplificazione e la digitalizzazione delle procedure e dei processi.

#### Obiettivi:

- aumento della produttività e qualità del lavoro
- acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza
- riduzione delle assenze dal servizio
- risparmi economici in termini di spese correlate alla prestazione di lavoro in presenza fisica
- miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata
- maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali
- maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione
- maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro
- diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati
- conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance
- promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea
- promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali
- contribuzione allo sviluppo sostenibile

#### Strategie:

- Promuovere il cambiamento organizzativo incrementando l'utilizzo del lavoro in modalità agile
- Sviluppare le competenze organizzative e digitali del personale attraverso formazione specifica per il personale e in particolar modo per la dirigenza
- Procedere alla revisione del Regolamento aziendale sul lavoro agile al fine di essere in linea con le nuove dinamiche organizzative e disposizioni normative e contrattuali
- Continuare a rinnovare la strumentazione tecnologica attraverso l'acquisto di nuovi strumenti informatici, in particolare computer portatili e sistemi di videocomunicazione.

#### 4. Monitoraggio del lavoro agile

Appare fondamentale in una fase di work in progress come quella attuale un efficace sistema di verifica e monitoraggio delle attività svolte in lavoro agile.

Di seguito sono riportati gli indicatori di Performance Individuale che devono essere monitorati dal Direttore/Dirigente Responsabile:

Monitoraggio dell'attuazione del lavoro agile in Azienda	
Dimensione	Indicatore
Efficacia Quantitativa	n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali
Efficacia Qualitativa	Qualità del lavoro effettuato attraverso la valutazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile
Efficienza Temporale	Tempistica di completamento pratiche, procedimenti, servizi in lavoro agile/Tempistica di completamento pratiche, procedimenti, servizi in presenza

Mensilmente ogni dirigente responsabile compila un report relativo alle giornate lavorate da remoto dai propri collaboratori, con l'elenco delle attività svolte dagli stessi. La valutazione dell'attività svolta in smart working ad oggi non ha rivelato problematiche o criticità ed infatti, come già accennato, gli accordi a tempo determinato sono stati tutti portati a termine e praticamente tutti prorogati, previo parere favorevole dei dirigenti responsabili.

Appare utile valutare, oltre alle stime di efficacia ed efficienza, anche le ricadute organizzative e la componente del benessere lavorativo e sociale generate dall'implementazione del lavoro agile.

In particolare, si potranno utilizzare i seguenti indicatori:

Monitoraggio dell'attuazione del lavoro agile – impatto interno ed esterno	
Dimensione	Indicatore
Quantità	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali
	% giornate lavoro agile / giornate lavorative totali
Qualità Percepita	% dirigenti/responsabili soddisfatti del lavoro agile dei propri collaboratori
	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti

	Soddisfazione per genere: A) % donne soddisfatte B) % uomini soddisfatti
Impatto economico interno	Minori spese rispetto alla prestazione in presenza
Impatto economico esterno	Dipendenti: risparmio nei trasferimenti
Impatto sociale	Dipendenti: Riduzione ore per trasferimento casa-lavoro Dipendenti: Migliore bilancio Vita-Lavoro
Impatto ambientale	Collettività: minor livello di Emissioni di Co2 (< KM percorsi) Collettività: risparmio carta (< stampe)

### Piano triennale dei fabbisogni

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), introdotto dall'articolo 6, comma 2, del Decreto Legislativo n. 165/2001, ha valenza triennale, con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che vengono aggiornate annualmente a livello regionale.

Il fabbisogno di personale viene definito tenuto conto del criterio dell'effettiva presenza (FTE).

Il Piano costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Il Piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente.

Con DGR n. 1380 del 28.12.2022 la Regione Liguria ha adottato le nuove linee guida per la revisione degli Atti di Autonomia Aziendale, per cui l'assetto organizzativo di A.Li.Sa. è in fase di revisione. Alla luce di ciò, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale non risulta ancora adottato, per cui la previsione di seguito riportata deve considerarsi provvisoria, in quanto suscettibile di variazioni a seguito della prevista adozione del nuovo Atto di Autonomia Aziendale, secondo le nuove linee guida previste dalla Regione Liguria per le Aziende del S.S.R.

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2023							
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2022 (in FTE)	Cessazioni 2023	Assunzioni 2023	Dotazione prevista per il 2023 (n. unità)	Dotazione prevista per il 2023 (in FTE)	NOTE
			n. unità	n. unità			
<b>RIEPILOGO GENERALE</b>							
<b>DIRIGENZA</b>	Dirigenza Medica	11,7	1	5	19	16	
	Dirigenza Veterinaria	2,5	0	0	3	3	
	Dirigenza Sanitaria	8	2	1	8	7	
	Dirigenza PTA	15,2	1	2	18	16	
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>37,4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>48</b>	<b>41,4</b>	
<b>COMPARTO</b>	Personale Infermieristico	7	0	0	8	7	
	Personale tecnico - sanitario	2	0	4	8	6	
	Personale riabilitazione	0	0	0	0	0	
	Personale della prevenzione	0	0	0	0	0	
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	8	0	4	15	12	
	O.S.S. e O.T.A.	0	0	0	0	0	
	Personale amministrativo	69	3	20	100	86	
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>86</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>131</b>	<b>111</b>		
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>123,4</b>	<b>7</b>	<b>36</b>	<b>179</b>	<b>152,4</b>		

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) completo verrà quindi adottato non appena verrà revisionato l'assetto aziendale secondo la già citata DGR n. 1380 del 28.12.2022.



Per quanto concerne la dotazione di personale, a regime essa è allo stato attuale individuata in circa 179 unità, tra Comparto e Dirigenza ma, naturalmente, come detto sopra, sarà oggetto di rivisitazione a seguito delle modifiche che interverranno a seguito della revisione dell’Atto di Autonomia Aziendale.

A gennaio 2023 A.Li.Sa. consta di 104 unità di personale in servizio attivo presso l’azienda, suddivise come segue:

<b>CATEGORIA PROFESSIONALE</b>	<b>N. DIPENDENTI</b>	<b>% DI GENERE</b>	
B	12	Femmine	50%
		Maschi	50%
C	20	Femmine	80%
		Maschi	20%
D	40	Femmine	87%
		Maschi	13%
DIRIGENTI	32	Femmine	62,5%
		Maschi	37,5%
Totale complessivo	104	Femmine	74%
		Maschi	26%

Tale dato, a differenza di quello contenuto delle schede annuali relative al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, non prende in considerazione il personale in aspettativa non retribuita e il personale in comando, assegnazione provvisoria o distacco presso altro ente.

## Formazione

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale del personale e per la realizzazione degli obiettivi programmati dall'Azienda.

La formazione oltre a essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali; è strettamente legata alle strategie aziendali e alle politiche di gestione delle risorse umane. Pertanto la formazione del personale è considerata in A.Li.Sa. una vera e propria strategia di sviluppo non solo professionale ma anche personale volta ad aumentare, oltre alle competenze specifiche per ogni settore, anche il *commitment* e il senso di appartenenza all'Azienda; uno strumento necessario per *creare cultura*.

L'attività formativa si realizza attraverso un'analisi dei bisogni formativi che coinvolge tutte le unità operative e tutti gli operatori del sistema, una pianificazione delle iniziative, una valutazione dell'efficacia non solo in termini quantitativi (quanti corsi, quanti operatori, quante risorse economiche) ma anche in termini qualitativi (quali innovazioni, quali atteggiamenti, quali nuove competenze).

Come disposto dall'atto aziendale, la funzione di *Formazione-Aggiornamento del Personale di A.Li.Sa.* è di competenza della S.C. Organizzazione e Sviluppo delle Risorse Umane che, con la predisposizione del Piano Formativo Aziendale (PFA) provvede, annualmente, a effettuare una ricognizione e un'analisi dei fabbisogni formativi con il coinvolgimento dei Direttori di Area e di Dipartimento, che provvedono ognuno per la propria competenza a formulare proposte, coerentemente agli obiettivi regionali e aziendali e ai settori di interesse prioritario con particolare riguardo ai processi di innovazione tecnologica e organizzativa e dando priorità agli eventi accreditati ECM.

Nell'ambito e nei limiti dei budget assegnati alle aree e ai dipartimenti, il Direttore di Area e di Dipartimento definisce le priorità e individua i bisogni formativi del personale afferente, garantendo:

- l'attinenza dei contenuti scientifici della formazione rispetto al ruolo professionale;
- il rispetto del principio di rotazione tra i vari profili professionali e nello stesso profilo, tra tutti i professionisti, al fine di garantire servizi più qualificati e una fruizione il più ampia e trasversale possibile.

La S.C. Organizzazione e Sviluppo delle Risorse Umane raccoglie le proposte formative da parte dei Direttori di Area, ne analizza la congruenza con gli obiettivi aziendali ed elabora un piano formativo che sarà approvato con deliberazione del Direttore Generale, previa informazione alle OO.SS. ai sensi dell'art. 4 CCNL 21/05/2018.

Il budget per la formazione viene determinato annualmente nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia, degli obiettivi regionali, delle priorità aziendali.

Al finanziamento delle attività di formazione si provvede utilizzando una quota annua non inferiore all'1% del monte salari relativo al personale del comparto, come previsto ex CCNL 21.05.2018, comunque nel rispetto dei vincoli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia.

In sede di approvazione del Piano Formativo Aziendale, a ciascuna Area viene assegnata una quota del budget, secondo i criteri via via definiti nel PFA stesso e in base agli obiettivi aziendali contenuti nel Piano medesimo, alle priorità e alla numerosità del personale.

I costi relativi ad iniziative che interessano più aree, vengono imputati alle stesse in proporzione al numero di partecipanti, mentre quelle che interessano tutto il personale, e quindi con ricaduta trasversale su tutte le aree, trovano copertura su una quota di budget a tale scopo accantonata centralmente.

## 5. MONITORAGGIO

---

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.



**PIANO DELLA PERFORMANCE  
TRIENNIO 2023-2025**



## **INDICE**

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO .....	3
2. A.LI.SA. E LE SUE FUNZIONI.....	4
3. ANALISI DI CONTESTO E AZIONI DI CONTRASTO ALLA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA .....	9
4. SISTEMA DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	14
5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE.....	17
6. GLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA DI A.LI.SA. ....	21
7. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	21

## **ALLEGATO A) OBIETTIVI 2023 DIREZIONI/DIPARTIMENTI**

## 1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

---

Come stabilito dalla normativa nazionale e regionale si definisce con il presente documento il Piano della Performance per l'anno 2023.

Il Piano della Performance illustra l'insieme degli obiettivi e dei risultati che l'Azienda vuole perseguire nel prossimo triennio 2023/2025.

Il ciclo di programmazione e valutazione prevede, a regime, un monitoraggio intermedio dell'andamento degli obiettivi individuati, la verifica finale e la misurazione l'anno successivo dell'esito delle attività previste e dei risultati raggiunti.

In continuità con gli obiettivi che hanno caratterizzato la gestione fino al 2022, la Direzione di A.Li.Sa. definisce un piano delle performance che prevede alcune linee strategiche che permeano la programmazione dell'anno in corso.

La predisposizione del presente documento è coordinata dalla S.C. Controllo di Gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR, in collaborazione con la S.C. Organizzazione e sviluppo risorse umane, con la supervisione del Direttore Generale di A.Li.Sa.

Particolare attenzione è stata posta al miglioramento della significatività e misurabilità degli obiettivi grazie al supporto metodologico dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il Piano è strutturato nel seguente modo:

- > descrizione sintetica delle attività proprie di A.Li.Sa., lo stato della sua organizzazione e la configurazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- > obiettivi strategici per l'anno in corso;
- > obiettivi operativi per il 2023 della Direzione strategica;
- > misure da intraprendere per migliorare l'attività di gestione e misurazione della performance;
- > programmazione annuale e obiettivi operativi per il 2023 delle macro-articolazioni organizzative dell'Azienda Ligure Sanitaria.

Il Piano e gli atti successivi sono pubblicati sul sito internet aziendale nella apposita sezione dell'area "Amministrazione Trasparente".

## 2. A.Li.Sa. E LE SUE FUNZIONI

---

Il processo di riforma del Servizio Sanitario Ligure ha ad oggi due punti fermi nella L.R. n. 17/2016, istitutiva di A.Li.Sa., e nella L.R. 27/2016, recante “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 socio sanitaria”.

Con la legge n. 17/2016 sono state attribuite ad A.Li.Sa. funzioni di programmazione operativa e di governance delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale; la legge n. 27/2016 ha rimodulato la *mission* delle Aziende Sanitarie Locali prospettando una maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio-sanitaria.

Due sono i principi fondanti della riforma:

- i. rispondere alle sempre maggiori necessità di governance del sistema, garantendo uniformità di risposte assistenziali a tutti i cittadini liguri;
- ii. rimarcare la necessità di una presa in carico della persona nel suo complesso, rispetto a un’offerta assistenziale spesso frammentata e non definita, in percorsi assistenziali coerenti e appropriati.

Dalla sostanziale modifica del quadro di riferimento istituzionale e normativo, dalla costituzione delle Aziende Socio-sanitarie - chiamate a garantire i nuovi livelli essenziali di assistenza - e, ancora, dalla necessità di perseguire percorsi di efficientamento nell’utilizzo delle risorse dando evidenza pubblica delle modalità del loro impiego, discende, dunque, l’esigenza, da parte della Giunta Regionale, di delineare, con la DGR n. 7 del 17.01.2017, principi e criteri finalizzati alla redazione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende, Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, con l’obiettivo di rideterminarne gli assetti organizzativi e tracciare indirizzi per l’organizzazione dell’Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.).

L’obiettivo perseguito è quindi quello di “promuovere e favorire omogeneità e standardizzazione della risposta assistenziale sul territorio regionale; presupposto di equità di accesso alle cure ma anche fattore necessario per costituire percorsi assistenziali di continuità territorio-ospedale-territorio e, ancora, elemento imprescindibile per esercitare un’efficace attività di verifica e controllo”.

A.Li.Sa. è istituita quale organismo che, nel rispetto dei piani e dei programmi deliberati dal Consiglio Regionale della Liguria e dei principi, indirizzi e direttive dettati dalla Giunta Regionale, persegue “la realizzazione e lo sviluppo di un servizio sanitario ligure fondato in particolare su modalità partecipative basate su percorsi di condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell’impiego delle risorse al fine di garantire l’equità di accesso ai servizi ricompresi nel Servizio Sanitario Regionale. Favorisce un’evoluzione equilibrata del Servizio Sanitario Regionale in sinergia con le politiche sociali in un percorso di valorizzazione dell’integrazione sociosanitaria, con particolare attenzione alle specifiche esigenze del territorio, dei suoi cittadini e, in generale, degli aspetti che emergono dal tessuto sociale regionale, in un’ottica di leale collaborazione tra Regione, enti locali e i soggetti che partecipano allo sviluppo e al miglioramento del sistema sanitario regionale” (art. 2, c. 1, L.R. n. 17/2016).

A.Li.Sa., sulla base degli indirizzi di programmazione annualmente dettati dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessorato alla Sanità, nell'ambito delle funzioni di cui all'art. 3 della L.R. n. 17/2016, favorisce, propone, supporta o adotta direttamente strategie per:

- a) la rilevazione continua dei dati;
- b) l'aggregazione dei soggetti erogatori;
- c) il consolidamento e l'organizzazione delle reti di specialità anche in un'ottica di sviluppo di nuovi punti di alta specialità;
- d) il monitoraggio e la classificazione dello stato dell'edilizia sanitaria tenuto conto anche delle tecnologie esistenti;
- e) lo sviluppo delle funzioni di controllo anche del tipo "audit" e "financial audit" e del sistema informativo;
- f) lo sviluppo del sistema autorizzativo sanitario e di accreditamento istituzionale instaurando efficaci relazioni con il sistema dei controlli regionali;
- g) lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale;
- h) l'elaborazione di modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, al fine di assicurare alla persona la continuità di cura e di assistenza promuovendo un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie con il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e delle farmacie di comunità;
- i) l'implementazione e l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale coinvolgendo le autonomie locali nel rispetto delle competenze istituzionali di ciascun soggetto pubblico e privato che opera sul territorio.

In particolare, ai sensi dell'art. 3 della L.R. n. 17/2016, modificato con l'art. 29 della L.R. 22/2021, A.Li.Sa. svolge le seguenti funzioni:

- a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione;
- b) la programmazione finanziaria della sanità regionale nel rispetto dei vincoli posti dalla Giunta regionale;
- c) la proposta degli obiettivi dei Direttori delle Aziende sanitarie e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro;
- d) la programmazione, la governance e le politiche relative:
  - i. agli acquisti e agli investimenti in edilizia sanitaria: nell'ambito di tale funzione l'Azienda può impartire direttive su singole procedure o tipologie di procedure;
  - ii. alle risorse umane e tecnologiche;
  - iii. alla formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale;
  - iv. alla sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per la gestione delle risorse professionali;



- e) la definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale, nonché la definizione e il monitoraggio dei costi standard;
- f) il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria;
- g) la gestione dei sistemi e dei flussi informativi, del sistema di auditing e del controllo interno;
- h) le attività di supporto e di consulenza tecnica alla Giunta regionale anche in forma di studi, ricerche, istruttorie di progetti e servizi di controllo;
- i) la definizione e la stipula degli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e dei contratti con i soggetti erogatori privati accreditati anche con riferimento al sistema di remunerazione delle prestazioni e in generale al sistema del rimborso per prestazione e sistemi connessi e correlati *nonché*:
  - 1) la definizione del fabbisogno delle singole ASL per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza;
  - 2) la definizione del volume massimo delle prestazioni erogabili nel territorio ASL distinto per tipologia e modalità di assistenza anche in relazione alla capacità produttiva delle singole ASL;
  - 3) la definizione del budget da assegnare annualmente alle singole ASL suddiviso per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza ed eventuali variazioni”.
- j) la definizione di direttive in ordine al contenuto di convenzioni da applicarsi ai soggetti del Servizio Sanitario Regionale, anche in un’ottica di valorizzazione delle prassi e delle intese rientranti nella manutenzione evolutiva;
- k) l’attività di controllo del Servizio Sanitario Regionale realizzata anche con modalità e funzioni ispettive e con la verifica dell’andamento generale dell’attività delle Aziende sanitarie trasmettendo le proprie valutazioni e proposte alla Giunta regionale;
- l) le attività di vigilanza e di verifica nei confronti delle Aziende sanitarie, degli IRCCS, degli enti pubblici ed equiparati e degli erogatori privati accreditati, nel rispetto della normativa nazionale;
- m) il monitoraggio delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale che devono rispondere a criteri di appropriatezza e di qualità valutando gli esiti analitici delle funzioni non tariffabili rese dagli erogatori pubblici;
- n) ogni altra funzione attribuita dalle leggi regionali o dalla Giunta regionale.

Le suddette attribuzioni potranno essere oggetto di parziale revisione, a seguito delle determinazioni assunte dalla Giunta Regionale con propria D.G.R. n. 1136/2020, con la quale l’Amministrazione regionale ha manifestato l’intendimento di procedere alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, ridefinendo, in primo luogo, il ruolo di A.Li.Sa. e definendo, a tali fini, i seguenti indirizzi:

- a. potenziamento, presso A.Li.Sa., delle funzioni di coordinamento, presidio e monitoraggio dell’emergenza sanitaria di qualsiasi natura, ivi comprese quelle relative a epidemie e pandemie;

- b. ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. nell’ambito del Sistema Sanitario Regionale, sulla base di una complessiva revisione organizzativa degli assetti di quest’ultimo;
- c. concentrazione delle funzioni di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e di programmazione e gestione delle risorse dello stesso in capo all’amministrazione regionale;
- d. riconduzione della Centrale Regionale di Acquisto nell’ambito della Stazione Unica appaltante regionale ai fini di una riforma complessiva di tale plesso organizzativo.

Con riguardo al precedente punto d), si rappresenta che, con L.R. n. 2 del 5.03.2021, sono state emanate disposizioni in ordine al *“Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell’affidamento di lavori pubblici e strutture di missione”*, con le quali è stato previsto, tra l’altro, che, a decorrere dal 1° maggio 2021, le funzioni di centrali di committenza svolte da A.Li.Sa. ai sensi della L.R. n. 14/2007 e ss.mm.ii., siano trasferite alla Regione, nell’ambito della Stazione Unica Appaltante Regionale, con conseguente trasferimento del personale del comparto assegnato all’area Centrale Regionale di Acquisto di A.Li.Sa. presso Regione Liguria.

Nell’ambito della predetta D.G.R. n. 1136/2020, sono state inoltre individuate specifiche funzioni svolte da A.Li.Sa. che vengono preliminarmente ricondotte alla gestione:

- della Giunta Regionale – Dipartimento Salute e Servizi Sociali;
- programmazione e gestione economico-finanziaria delle misure e degli interventi per la non autosufficienza e per il “Dopo di Noi” per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare;
- procedimenti di autorizzazione alle assunzioni del personale del S.S.R.;
- delle Aziende, degli Enti e degli Istituti del S.S.R.;
- procedure relative al reclutamento del personale del Servizio Sanitario Regionale, con possibilità di svolgimento di procedure centralizzare sulla base di indicazioni e direttive regionali.

L’obiettivo è pertanto quello di incrementare e qualificare i servizi, mediante la razionalizzazione delle risorse assegnate e l’accentramento delle funzioni tecnico-amministrative.

### **DOTAZIONE ORGANICA**

La dotazione organica di A.Li.Sa. è stata approvata, nel suo ultimo aggiornamento, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 214 del 21/06/2021.

Ai sensi dei cc. 3 e 3-bis dell’art. 8 della L.R. n. 17/2016, istitutiva di A.Li.Sa., la dotazione organica aziendale è determinata con corrispondente riduzione della consistenza delle dotazioni organiche da parte degli enti di provenienza del personale con effetto dalla data di trasferimento dello stesso.

Nello specifico, A.Li.Sa., ai fini del perseguimento delle proprie funzioni istituzionali, ha determinato il seguente fabbisogno di personale:

RIEPILOGO GENERALE

RIEPILOGO GENERALE	Dirigenza						Personale non dirigente												Totale Dirigenza	Totale Comparto	Totale Generale
	Medica	Vet.ria	Sanitaria	Prof.le	Tecnica	Amm.va	Ruolo sanitario			Ruolo prof.le			Ruolo tecnico			Ruolo Amm.vo					
							B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D			
DENOMINAZIONE																					
STRUTTURE ALLA DIRETTA DIPENDENZA DEL DIRETTORE GENERALE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4	1	0	8	8
DIPARTIMENTO PER IL COORDINAMENTO DI ATTIVITÀ SOVRA AZIENDALI E DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE GENERALE	0	0	2	0	0	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	4	6	8	16	24
DIPARTIMENTO PREVENZIONE, EPIDEMIOLOGIA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	6	0	0	0	1	3	0	0	4	0	0	0	0	5	2	2	3	10	10	26	36
DIPARTIMENTO INNOVAZIONE E RICERCA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	1	0	1	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	3	2	4	4	13	17
AREA DIPARTIMENTALE SANITARIA	4	3	4	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	2	7	6	12	20	32
AREA DIPARTIMENTALE SOCIOSANITARIA	5	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	4	0	5	6	6	18	24
AREA DIPARTIMENTALE AMMINISTRATIVA	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	11	4	24	28
TOTALE	16	3	7	0	1	17	0	0	15	0	0	0	3	5	7	16	35	44	44	125	169

Tale dotazione organica sarà oggetto di revisione a seguito dell'approvazione del nuovo atto di autonomia aziendale ai sensi della D.G.R. 1380 del 28/12/2022.

L'ammontare effettivo del personale dipendente e in posizione di comando da altri Enti/Aziende in servizio alla data del 1° gennaio 2023, può essere invece così riassunto:

CATEGORIA PROFESSIONALE	N. DIPENDENTI	% DI GENERE	
<b>B</b>	12	Femmine	50%
		Maschi	50%
<b>C</b>	20	Femmine	80%
		Maschi	20%
<b>D</b>	40	Femmine	88%
		Maschi	13%
<b>DIRIGENTI</b>	31	Femmine	65%
		Maschi	35%
<b>Totale complessivo</b>	103	Femmine	75%
		Maschi	25%

L'azienda, in coerenza con la propria legge istitutiva, persegue una politica di progressivo reclutamento di personale, attuata tramite procedure pubbliche di selezione del personale, sia dirigenziale che del comparto e/o tramite accordi convenzionali tra A.Li.Sa. medesima, le Aziende, gli Enti e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale, nonché Regione Liguria, aventi per oggetto il comando o distacco funzionale presso A.Li.Sa. di idonee professionalità.

Tali azioni finalizzate alla piena soddisfazione dei fabbisogni assunzionali di A.Li.Sa. proseguiranno anche nel corso del triennio 2023-2025, in coerenza con gli obiettivi strategici dell'Azienda, nonché

dei vincoli legislativi, contrattuali ed economico-finanziari discendenti dalla vigente disciplina nazionale e regionale.

### **L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

L'attuale modello organizzativo delineato dall'Atto di autonomia aziendale approvato, nel suo ultimo aggiornamento, con Deliberazione n. 214 del 21/06/2021, è in fase di revisione a seguito della definizione delle linee di indirizzo regionali per la predisposizione gli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie approvate con D.G.R. 1380 del 28/12/2022.

## **3. ANALISI DI CONTESTO E AZIONI DI CONTRASTO ALLA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

---

La programmazione di indirizzo per le azioni che le Aziende sanitarie e sociosanitarie regionali sono chiamate ad intraprendere è stata realizzata in continuità con la gestione del 2022, sulla base degli atti e degli indirizzi vigenti.

### **Azioni di contrasto alla situazione epidemiologica**

Sebbene con il decreto legge del 24 marzo 2022 il Governo abbia posto la fine dello stato di emergenza e del sistema dei colori delle regioni a partire dal 1 aprile 2022, la recrudescenza pandemica dovuta alla variante Omicron ha determinato, sul finire del 2021 e nel primo scorcio del 2022, la necessità di rivedere necessariamente le attività legate alla gestione della pandemia, le azioni poste in essere per le campagne vaccinali anti Covid 19, l'adeguamento delle procedure di gestione del paziente in sicurezza sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Pertanto A.Li.Sa., come negli anni precedenti, si è occupata del coordinamento della campagna vaccinale per la somministrazione delle diverse tipologie di dosi vaccinali, della campagna di informazione e comunicazione, dell'attività di prenotazione delle vaccinazione tramite il portale Prenotovaccino e di rendicontazione delle dosi e dei lotti dei nuovi vaccini.

Per quanto concerne l'aspetto di gestione dei casi Covid positivi che non necessitano ospedalizzazione, A.Li.Sa., in collaborazione con la Protezione civile nel 2022 e con ASL 3 nel 2023, ha mantenuto operative le Aree sanitarie temporanee come da disposizioni del D.L. del 24 marzo 2022 fino a rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza.

Inoltre, nei primi giorni del 2023, a causa di un quadro epidemiologico assolutamente peculiare, la Regione ha dovuto affrontare un picco influenzale più elevato da quando è stato attivato il sistema di sorveglianza. Pertanto sono stati adottati provvedimenti per far fronte all'epidemia influenzale, con l'attivazione di Flu Point, ambulatori dedicati e l'apertura degli studi dei medici di medicina generale durante il weekend in collaborazione con l'associazione che li rappresenta, che si sono

rivelati una strategia efficace, anche al fine di evitare il pericoloso fenomeno del sovraffollamento dei pronto soccorso liguri.

In concomitanza con le sopracitate azioni, per alleggerire il peso dell'attività di ricovero nei reparti ospedalieri, è stata poi attivata una struttura per assistenza temporanea post ricovero ospedaliero per pazienti affetti da patologie infettive non Covid presso la ASL 3 per i mesi di gennaio e febbraio 2023.

### **Recupero delle liste d'attesa e delle prestazioni invasive a causa dell'emergenza epidemiologica**

A partire dall'anno 2021, per favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti, soprattutto nell'ambito delle prestazioni di diagnostica strumentale, in termini di immediatezza nell'assicurare i volumi produttivi individuati con la DGR 883/2021, sulla base dell'andamento relativo ai valori di produzione espressi per il periodo ottobre – dicembre 2021, si sono intrapresi interventi straordinari e temporanei, sia rispetto ai tetti apposti ai budget di produzione dei soggetti privati accreditati e contrattualizzati per l'anno 2021, sia con riferimento all'apertura delle agende di prenotazione delle prestazioni.

Pertanto, con riferimento alle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale

- PET: total body e neuro;
- Risonanza magnetica con e senza mezzo di contrasto: Neuro, Addome, Mammaria, Prostata;
- Tac con e senza mezzo di contrasto;
- Mammografia;
- Ecografia mammaria;
- Ecocardiocolordoppler;
- Endoscopia Digestiva: gastroscopia e colonscopia;

tramite la DGR n. 1091 del 29/11/2021 sono state impartite le seguenti direttive vincolanti alle ASL ai sensi dell'art. 8 comma 1 della l.r. 41/2006: con riferimento alle sopracitate prestazioni di diagnostica strumentale sono stati eliminati i tetti apposti ai budget degli accordi contrattuali per l'acquisto di prestazioni dai soggetti privati accreditati dell'area di assistenza specialistica ambulatoriale fino al 31 dicembre 2021; è stato disposto che venissero aperte le agende CUP relative alle prestazioni di diagnostica strumentale al 95% dall'1.1.2022 fino al 30 giugno 2022, utilizzando per tale attività risorse pari al budget complessivo per l'anno 2021, con riferimento ai contratti stipulati con i soggetti privati accreditati.

A seguito dei sopracitati provvedimenti, i dati sul recupero delle prestazioni effettuate dal sistema sanitario regionale pubblico riferiti all'anno 2022 mostrano un significativo incremento rispetto all'anno precedente. Prendendo come riferimento le prestazioni indicate nel Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, il recupero rispetto al 2021 è di circa 140.000 prestazioni (per un valore indicativo di 7 milioni di euro). Analizzando il valore di tutte le prestazioni effettuate (ad eccezione degli esami di laboratorio), l'incremento arriva a 500.000 prestazioni (per un valore di 25 milioni di euro).

Al fine di facilitare l'accesso e velocizzare il sistema di prenotazione degli esami diagnostici, a fine luglio 2022 ha preso il via quello che ha rappresentato un vero cambiamento nella sanità ligure: l'attivazione della piattaforma regionale prenotosalute.regione.liguria.it, il nuovo strumento per i cittadini che dovrebbe andare ad agevolare l'attuale sistema di prenotazioni.

Ad inizio 2023, sempre ai fini del potenziamento dell'offerta di prestazioni di diagnostica per immagini per il contenimento dei tempi di attesa e del fenomeno della mobilità passiva presso le altre regioni, è stato deliberato l'esito della manifestazione d'interesse, indetta ai sensi della D.G.R. 393/2022, volta ad assegnare alle ASL un finanziamento di oltre 4 milioni di euro da distribuire alle strutture private per l'esecuzione di prestazioni di diagnostica per immagini per i residenti liguri. Tale provvedimento sarà fondamentale per ridurre drasticamente le liste d'attesa e coprire il fabbisogno complessivo dei liguri per il 2023.

### **L'integrazione ospedale-territorio – il PNRR**

La programmazione sociosanitaria si muove all'interno della cornice definita dai macro obiettivi del PNRR nell'ambito delle Riforme da questo previste, con una grande scommessa sul Territorio, sulla Tecnologia e Digitalizzazione a supporto di tutto il sistema della rete territoriale ed ospedaliera.

Il PNRR costituisce quindi una opportunità per un cambio di paradigma del SSN, a condizione che vengano perseguiti principi di semplificazione, ricomposizione, capillarità, accountability.

Saranno attivati nuovi setting assistenziali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità) implementando processi già in atto e attivando nuovi processi erogativi (medicina di iniziativa, case management, centrali di transitional care-COT); si svilupperà inoltre un sistematico processo di digitalizzazione dei servizi e quindi di trasformazione delle loro caratteristiche a cui si aggiunge un uso sistematico dei big data per scopi clinici, gestionali e di programmazione.

In base al Decreto del Ministero della Salute del 20/01/2022 di riparto delle risorse del PNRR e del PNC sono stati assegnati alla Regione Liguria le seguenti risorse per le relative misure in sanità (Misura 6):

- M6C2 – Intervento 1.2 - “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” – Interventi di adeguamento antisismico, € 15.343.202,84, a valere sui fondi PNRR, ed € 34.824.460,18 a valere sul Fondo Complementare (FC);
- M6C2 Intervento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi Apparecchiature), € 28.559.779,96 per interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature elettromedicali del SSN ritenute obsolescenti (con oltre 5 anni di vita);
- M6C1 Interventi: 1.2.2: Case della Comunità, 2 Centrali Operative Territoriali, 3 Ospedali di Comunità:
  - o € 44.030.926,66 per la realizzazione di 30 Case della Comunità;
  - o € 24.016.869,09 per la realizzazione di 10 Ospedali della Comunità;
  - o € 2.596.125,00 per la realizzazione di 15 Centrali Operative Territoriali;
  - o € 1.066.071,88 per l'interconnessione aziendale;
  - o € 1.450.742,83 per i device;

- M6C2 Intervento 1.1.2 "Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e DEA II livello)" € 34.827.102,04.

Regione Liguria con la Deliberazione di Giunta regionale n. 169/2022 ha approvato l'elenco degli interventi di cui alla Missione 6 del PNRR individuando le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali operative, con la Deliberazione di Giunta regionale n. 350/2022 ha approvato lo schema di Piano operativo del PNRR (POR) e con la Deliberazione di Giunta regionale n. 467/2022 approva il Contratto istituzionale di Sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti (CIS).

Le case di comunità (CdC), in tale ottica, costituiranno il nuovo luogo nel quale verranno forniti tutti i servizi sanitari e sociosanitari di base per costituire un "punto di riferimento vicino e continuativo per la popolazione" in chiave multidimensionale. L'obiettivo è quello di rendere la sanità più accessibile e vicina alle persone attraverso percorsi di assistenza territoriale, per un'assistenza sanitaria domiciliare – in particolare rivolta agli anziani e alle persone più fragili – che consenta di alleviare le pressioni sugli ospedali e di superare le carenze di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali. Nell'ambito del riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, il PNRR prevedrà Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case della Comunità, intesi come "porte virtuali" che consentiranno l'ingresso in un percorso unitario di cura con una presa in carico contestuale alla manifestazione del bisogno.

Anche le Centrali Operative Territoriali (COT), assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza ed il territorio, rappresenteranno "il fulcro del sistema" capaci di interconnettere e coordinare tutti i servizi, i presidi e i professionisti della rete sanitaria e sociosanitaria.

Le CdC, pertanto, saranno il nodo centrale dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto, mentre lo strumento attraverso cui avverrà il coordinamento delle reti sarà la COT, vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresenteranno una importante risorsa per il potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale, punto di riferimento residenziale della rete territoriale per il cittadino, a gestione prevalentemente infermieristica, dedicati ai ricoveri brevi e destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, in stretto raccordo con la Medicina Generale. L'OdC contribuirà, pertanto, ad una maggiore appropriatezza delle cure favorendo una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari e facilitando la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Indubbiamente il disegno del PNRR porta a riequilibrare la presa in carico assistenziale spostando l'asse degli interventi dall'ospedale al territorio. Il cambiamento dei modelli organizzativi si dirige verso la formazione di reti, l'abolizione dei 'silos organizzativi' e l'integrazione tra i diversi livelli.

A.Li.Sa. con la Deliberazione n. 462 del 14/12/2021 ha Costituito il gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR in particolare per l'individuazione di un modello di Centrale Operativa Territoriale omogeneo a livello regionale, partendo dalle sperimentazioni già avviate a livello

locale per la valorizzazione e la condivisione delle buone prassi già adottate nel corso dell'emergenza epidemiologica da Covid 19.

Il DM 77/2022 costituisce il completamento della riforma dei servizi sanitari, in una logica di continuità assistenziale territoriale, prevedendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale che verranno recepiti all'interno del nuovo Piano sociosanitario regionale in corso di approvazione

Il disegno di riforma delinea un innovativo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale "luogo di cura" e assistenza.

### **Emergenza Ucraina**

Regione Liguria e Alisa, in stretta collaborazione con le prefetture e le aziende sanitarie, hanno definito il piano per l'accoglienza dei profughi ucraini nella nostra regione: sono stati attivati da metà marzo 2022 gli infopoint dedicati, collocati presso le stazioni di ogni capoluogo di provincia, presso cui sono stati assegnati i codici STP (straniero temporaneamente presente), sono stati eseguiti i tamponi e predisposte le vaccinazioni necessarie, distribuito materiale informativo sulla prevenzione e sanitario per l'auto-sorveglianza per cinque giorni dall'ingresso.

Per la sistemazione temporanea sono state individuate le prime strutture residenziali (Santa Dorotea a Genova e La Riviera a Savona) per la prima assistenza ai profughi, in vista del trasferimento in strutture dedicate individuate dalle prefetture.

Sono stati stanziati fondi per l'attivazione delle prime misure di assistenza relative al periodo dal 10 al 31 marzo 2022 pari a circa 1.500.000 euro del FSR.

Con le successive ordinanze del Capo di Dipartimento della Protezione Civile n. 881 del 29/03/2022 e n. 895 del 24/05/2022 (ai sensi del DPCM 28 marzo 2022 che ha disposto che la misura di protezione temporanea di cui alla decisione di esecuzione (UE) 2022/382 del Consiglio del 4 marzo 2022, che accerta l'esistenza di un afflusso massiccio di sfollati dall'Ucraina, ha la durata di un anno a decorrere dal 4 marzo 2022 e si applica in favore delle persone che sono sfollate dall'Ucraina a partire dal 24 febbraio 2022 incluso) sono state attivate ulteriori disposizioni in materia di assistenza sanitaria.

Ai sensi dell'articolo 5 dell'OCDPC n. 881/2022 è stato riconosciuto alla Regione, uno stanziamento da parte del Dipartimento della Protezione Civile nazionale volto a sostenere l'assistenza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

In conformità quindi a quanto previsto dal decreto legislativo n. 85/2003 e dalle disposizioni di attuazione adottate, le persone destinatarie della protezione temporanea di cui trattasi sono state equiparate, ai fini dell'accesso al Servizio sanitario nazionale, ai cittadini italiani: pertanto le Questure sono state abilitate al rilascio del codice fiscale in concomitanza con la presentazione della domanda di protezione temporanea, con cui è possibile iscriversi al SSR con esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria con apposito codice esenzione (X22) emanato dal Ministero della Salute a seguito di presentazione di dichiarazione di non svolgimento di attività lavorativa da parte dello straniero.



Per quanto concerne il 2023 prosegue l'attività di accoglienza, soccorso e assistenza alla popolazione ucraina svolta dalla Protezione civile e l'attività di assistenza sanitaria svolta dalle Aziende liguri: ad oggi lo stato di emergenza e la misura di protezione temporanea sono stati prorogati al 3 marzo 2023 ai sensi dell'Art. 1, comma 669, della Legge n. 197 del 29/12/2022.

## 4. SISTEMA DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

---

Ai fini dell'attuazione dei principi generali di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 150/2009 e limitatamente agli ambiti di applicazione congruenti con il C.C.N.L. Sanità, il sistema di valutazione e misurazione della performance di A.Li.Sa., ad oggi prevede:

- La misurazione della performance e dei risultati dell'organizzazione nel suo insieme e dei dirigenti, finalizzata al miglioramento continuo;
- La misurazione e la valutazione della performance finalizzate al miglioramento delle attività svolte, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;
- La previsione del ciclo di gestione della performance con l'adozione del Piano della Performance e della Relazione sulla Performance;
- I principi e i criteri per la misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- La nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione quale garante del processo di misurazione e valutazione della performance.

Il Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance prevede la formulazione del Piano della Performance quale documento programmatico triennale contenente sia i macro-obiettivi affidati dalla Regione, che la loro articolazione in obiettivi operativi annuali e l'anno successivo, la presentazione della Relazione sulla Performance quale documento di rendicontazione dei risultati raggiunti.

Per ciò che riguarda **gli obiettivi**, la loro definizione avviene "a cascata", dagli obiettivi strategici triennali a quelli annuali, declinati a livello di Azienda, di Struttura, fino ad arrivare agli obiettivi individuali dei responsabili di posizione organizzativa ed al collegamento del personale del comparto ad un obiettivo della struttura di appartenenza.

A fronte degli obiettivi di Direzione, individuati, ai sensi del D.lgs. n. 502/92, il Direttore Generale di A.Li.Sa. e le Direzioni delle Aree Dipartimentali, d'intesa con i singoli dirigenti, assegnano a ciascuna articolazione organizzativa specifici obiettivi di struttura, abbinando ad ogni obiettivo indicatori e target di risultato, al fine di misurarne a consuntivo il grado di realizzazione. Tali obiettivi possono coincidere con gli obiettivi individuali del Dirigente incaricato della responsabilità della struttura/posizione dirigenziale.

Gli obiettivi annuali, suddivisi per area / struttura dipartimentale, sono individuati all'interno delle singole schede descrittive degli obiettivi annuali riportate nell'allegato sub A) al presente documento

Per ogni obiettivo annuale viene definito l'indicatore di misurazione dell'obiettivo ed il target da raggiungere, cioè, il valore in termini quantitativi, qualitativi o di tempo.

In base agli obiettivi strategici annuali di A.Li.Sa. sono assegnati per ogni Area Dipartimentale e per ciascuna struttura/posizione dirigenziale da un minimo di 1 ad un massimo di 5 obiettivi organizzativi "collegati" (logicamente) ad uno o più degli obiettivi strategici annuali dell'Azienda. Tali obiettivi sono assegnati quali obiettivi individuali del Direttore/Dirigente incaricato della responsabilità della struttura/posizione dirigenziale.

Oltre agli obiettivi "organizzativi" collegati a quelli della Direzione/Dipartimento di appartenenza, possono essere assegnati a ciascun Dirigente altri obiettivi individuali specifici.

La fissazione degli obiettivi individuali, dei relativi pesi e degli indicatori di risultato, avviene:

A) per il Direttore Generale di A.Li.Sa. con deliberazione della Giunta Regionale, ai sensi della l.r. 41/2006 e ss.mm.ii.;

B) per i Direttori delle Aree Dipartimentali a cura del Direttore Generale di A.Li.Sa.;

C) per i Dirigenti a cura del Direttore Generale o del Direttore di Area o di Struttura Complessa;

D) per il personale del comparto a cura del rispettivo Dirigente.

I Direttori di Area/Dipartimento e i Dirigenti di Struttura sono tenuti ad effettuare **un monitoraggio costante dell'andamento della performance organizzativa** di propria competenza al fine di attivare le eventuali azioni correttive.

A tal fine semestralmente ogni Direttore di Area/Dipartimento e i Dirigenti di Struttura effettuano il monitoraggio dell'andamento dell'attività e degli obiettivi di propria competenza individuando le eventuali modifiche da apportare alle schede obiettivo.

Nella fase di valutazione intermedia potrà essere richiesta la sostituzione e/o modifica degli obiettivi assegnati qualora situazioni eccezionali e imprevedute al momento della loro definizione dovessero evidenziare l'opportunità di modificare uno o alcuni di questi.

La sostituzione e/o la modifica di uno o alcuni obiettivi dirigenziali e dei relativi indicatori è sottoposta alla verifica da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il quale potrà richiedere chiarimenti in proposito.

Gli obiettivi assegnati con il presente provvedimento saranno oggetto di specifica disamina, in ordine al loro grado di raggiungimento o alla loro eventuale non valutabilità, anche in riferimento all'incidenza su detti obiettivi delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in corso relativa alla pandemia da virus Covid-19.

La valutazione delle prestazioni individuali del personale si riferisce a tre elementi fondamentali:

- il grado di raggiungimento della performance organizzativa dell'Azienda;
- il grado di raggiungimento di specifici obiettivi individuali predeterminati o il contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi collettivi della struttura di appartenenza;

- l'adeguatezza delle competenze e dei comportamenti organizzativi dimostrati nell'espletamento delle attività e/o compiti assegnati.

Gli ambiti di valutazione incidono sul punteggio complessivo della valutazione individuale con pesi diversi a seconda della categoria di appartenenza e dell'incarico rivestito come indicato nella tabella seguente:

	OBIETTIVI ANNUALI DI ALISA	OBIETTIVI DI STRUTTURA/INDIVIDUALI	COMPETENZE/COMPORTEMENTI
DIRIGENTI	5%	60%	35%
RESPONSABILI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA	0%	40%	60%
PERSONALE DI CATEGORIA A-B-C-D (senza p.o.)	0%	30%	70%

Il periodo di riferimento della valutazione è quello che intercorre dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

Il sistema di valutazione delle prestazioni di cui al presente documento è rivolto al personale dirigente e non dirigente dipendente a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando, distacco o analoghi istituti in forza alle strutture di A.Li.Sa.

Il sistema non si applica ai dipendenti che prestino servizio presso altri Enti in posizione di comando, di distacco o analoghi istituti.

La responsabilità della valutazione compete:

- A) per quanto riguarda il Direttore Generale di A.Li.Sa: alla Giunta Regionale;
- B) per quanto riguarda i Direttori di Area/Dipartimento al Direttore Generale di A.Li.Sa.;
- C) per quanto riguarda i Dirigenti ai Direttori di Area (o di S.C.) o al Direttore Generale;
- D) per quanto riguarda il personale del comparto al rispettivo Dirigente.

La valutazione sul conseguimento degli obiettivi aziendali annuali di A.Li.Sa. compete all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Appare comunque utile, in questa sede, fornire una rappresentazione sintetica delle fasi principali che sottendono all'intero processo di valutazione, nonché della sequenza logica con la quale le stesse si susseguono sino alla conclusione del ciclo della performance.

## CICLO DELLA PERFORMANCE



## 5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Per quanto concerne l'anno 2023 la programmazione delle attività di A.Li.Sa. non ha potuto beneficiare delle linee di indirizzo operative triennali validate dalla Giunta. Gli obiettivi strategici, articolati così come descritto nel precedente capitolo, danno origine a obiettivi aziendali annuali, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 1: Programmazione delle risorse economiche**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Definizione dei criteri di riparto del Budget per l'anno 2023 alle Aziende del SSR: trasmissione proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del FSN 2023 alle Aziende del SSR	15%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/05/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 2: Definizione del Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione documento tecnico all'Assessorato e al Dipartimento Salute e Servizi sociali	30%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 3: Aggiornamento Piano Regionale Vaccini**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione documento tecnico al Dipartimento Salute e Servizi sociali	20%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 4: Governance dei processi ospedalieri**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Trasmissione e condivisione con le Aziende del SSR del documento tecnico in merito le linee di indirizzo regionali sulla gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria	20%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 5: Sviluppo e sostegno ai progetti correlati al PNRR: progetto PNRR M6C2 1.3.1 (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni"**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Predisposizione relazione su stato avanzamento del progetto in relazione agli obiettivi dello stesso	10%	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b> a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA LIGURE SANITARIA**
**Obiettivo Strategico 6: Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione**

INDICATORI			
Indicatori di misurazione:	Peso	Grado di raggiungimento dell'indicatore	2023
Grado di trasparenza dell'Amministrazione	5%	- nessun adempimento predisposto (obiettivo non raggiunto) a) aderenza a disposizioni nazionali (obiettivo parzialmente raggiunto) b) aderenza a disposizioni nazionali e regionali (obiettivo non pienamente raggiunto) c) aderenza a disposizioni nazionali, regionali e aziendali (obiettivo pienamente raggiunto)	Aderenza alle disposizioni nazionali, regionali e aziendali

## 6. GLI OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE E DELLA DIREZIONE STRATEGICA DI A.Li.Sa.

Per quanto riguarda il Direttore Generale di A.Li.Sa., nell’attesa che le competenti strutture di Regione Liguria formalizzino gli atti per l’assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie liguri per l’anno 2023, si individuano i seguenti obiettivi.

Obiettivi 2023	Indicatore	Target (entro il 31.12.2023)
Definizione del Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025	Redazione del documento tecnico del PSSR 2023-2025	Trasmissione documento tecnico all'Assessorato e al Dipartimento Salute e Servizi sociali
Definizione dei criteri di riparto del Budget per l'anno 2023 alle Aziende del SSR	Predisposizione della proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del budget 2023 alle Aziende del SSR	Trasmissione al Dipartimento Salute e Servizi sociali della proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del budget 2023 alle Aziende del SSR
Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (Panflu 2021-2023): attività di coordinamento, monitoraggio e aggiornamento in armonia con le disposizioni ministeriali.	Attività di coordinamento, monitoraggio e aggiornamento del Panflu 2021-2023	Trasmissione documentazione attraverso i flussi informativi ministeriali
Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	La quota dell'indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l'ente registri ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per il 50% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; c) è riconosciuta per il 75% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; d) è riconosciuta per il 90% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.	a) 0% per ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; c) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; d) 90% per ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.

Gli obiettivi della Direzione Strategica di A.Li.Sa. sono stati assegnati in analogia con quelli del Direttore Generale con la nota prot. n. RI/53 del 28/01/2022.

I suddetti obiettivi sono riportati nella seconda pagina dell'allegato sub A) al presente documento.

## 7. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Gli interventi di miglioramento dovranno tenere conto dell'esiguità delle risorse a disposizione e della necessità di formare nuove risorse ai fini della gestione e del mantenimento del sistema di valutazione.

In particolare, si ravvisa la necessità di promuovere:

- > maggiore sinergia con la programmazione sanitaria e sociosanitaria del Servizio Sanitario Regionale;
- > maggiore sinergia tra il ciclo della performance e le azioni del PTPCT;
- > il rafforzamento del sistema di controllo e monitoraggio strategico degli obiettivi;
- > l'interazione con i portatori di interesse esterni e interni;
- > la fissazione di standard di qualità dei servizi.

Il Piano delle performance, nella sua presente stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.





## **ALLEGATO A) OBIETTIVI 2023 DIREZIONI/AREE DIPARTIMENTALI**

**DIREZIONE STRATEGICA**

<b>Struttura Organizzativa</b>	<b>Obiettivo annuale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target 2023</b>
Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e Direzione Sociosanitaria	Definizione del Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025	Redazione del documento tecnico del PSSR 2023-2025	Trasmissione documento tecnico all'Assessorato e al Dipartimento Salute e Servizi sociali
Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e Direzione Sociosanitaria	Definizione dei criteri di riparto del Budget per l'anno 2023 alle Aziende del SSR	Predisposizione della proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del budget 2023 alle Aziende del SSR	Trasmissione al Dipartimento Salute e Servizi sociali della proposta tecnica con la definizione dei criteri di riparto del budget 2023 alle Aziende del SSR
Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e Direzione Sociosanitaria	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (Panflu 2021-2023): attività di coordinamento, monitoraggio e aggiornamento in armonia con le disposizioni ministeriali.	Attività di coordinamento, monitoraggio e aggiornamento del Panflu 2021-2023	Trasmissione documentazione attraverso i flussi informativi ministeriali

Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e Direzione Sociosanitaria	Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	La quota dell'indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l'ente registri ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per il 50% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; c) è riconosciuta per il 75% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; d) è riconosciuta per il 90% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.	a) 0% per ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; c) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; d) 90% per ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.
--	---	---	--

DIPARTIMENTO PREVENZIONE, EPIDEMIOLOGIA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLI

Struttura Organizzativa	Obiettivo annuale	Indicatore	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Partecipazione a gruppi di lavoro su tematiche programmatiche e controllo aree di competenza	Delibere costituzioni gruppi di lavoro e attivazione con relativi verbali	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023:</b> -oltre 15 gg di ritardo (obiettivo non raggiunto) a) entro 15 gg di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) b) entro 10 gg di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) c) 0 gg di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Sviluppo interazioni operative aziendali	Partecipazione ad incontri e produzione documenti e atti conseguenti	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023:</b> -oltre 15 gg di ritardo (obiettivo non raggiunto) a) entro 15 gg di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) b) entro 10 gg di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) c) 0 gg di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione e aggiornamento piano di preparedness con monitoraggio evoluzione pandemica e mantenimento flussi informativi	Edizione piano con revisioni	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023:</b> -oltre 15 gg di ritardo (obiettivo non raggiunto) a) entro 15 gg di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) b) entro 10 gg di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) c) 0 gg di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo
		Trasmissione flussi informativi	-nessuna trasmissione (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%

SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documentazione relativa al Piano Strategico Operativo Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU 2021/2023).	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documentazione relativa a PNRR M6 – C2-2.2 – Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Intervento 2.2.2 Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere .	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documenti/analisi previsti nell'ambito dei DIAR.	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione di report previsti dai flussi routinari istituiti dal Ministero (Monitoraggio Covid 19, LEA, Piani di recupero, ecc.)	Proporzione di report predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 90% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione >91% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%

SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione di documenti e/o analisi di dataset previsti nell'ambito della programmazione sanitaria con focus sul governo delle liste di attesa, attività chirurgica programmata e del sistema urgenza emergenza	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 90% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione >91% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Supporto alla attività di programmazione sociosanitaria (Es. PSSR, Cruscotto di monitoraggio, governance PNRR/DM77)	Proporzione report predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 90% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione >91% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documenti/analisi previsti per la campagna vaccinale COVID-19	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documenti/analisi previsti nell'ambito dei DIAR Onco-Ematologico e DIAR Laboratori, Diagnostica Clinica e per Immagini	Proporzione di report predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Partecipazione ad attività di Programmazione Socio-sanitaria (Governance PNRR/DM 77, Strutture residenziali, Analisi fabbisogno, Benchmark ecc.)	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%

SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione report/analisi previsti nell'ambito della Programmazione Sanitaria	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 90% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione >91% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione report/analisi previsti dai flussi routinari istituiti dal Ministero e/o (COVID -19, LEA ecc.)	Predisposizione di documenti programmatori e di verifica	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) evidenza della predisposizione dei documenti (obiettivo pienamente raggiunto)	evidenza della predisposizione dei documenti
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Verifica e analisi grado di affollamento dei DEA e Pronto Soccorsi liguri con cadenza settimanale	Numero di analisi effettuate rispetto alle richieste	a) <50% (obiettivo non raggiunto) b) tra il 51% e il 69% (obiettivo parzialmente raggiunto) c) tra il 70% e il 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) d) ≥100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Verifica e analisi distribuzione trasporti in emergenza con mezzi di soccorso nei DEA e Pronto soccorso liguri con cadenza settimanale	Numero di analisi effettuate rispetto alle richieste	a) <50% (obiettivo non raggiunto) b) tra il 51% e il 69% (obiettivo parzialmente raggiunto) c) tra il 70% e il 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) d) ≥100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione documenti/analisi inerenti l'emergenza sanitaria	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	a) <50% (obiettivo non raggiunto) b) tra il 51% e il 69% (obiettivo parzialmente raggiunto) c) tra il 70% e il 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) d) ≥100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione report/analisi previsti dai flussi del Ministero della salute	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 89% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) > 90% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%
SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione di analisi e report ai fini delle attività di Prevenzione e Programmazione di A.Li.Sa.	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 89% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) > 90% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%

SC Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione	Predisposizione di analisi, report e altri documenti ai fini delle attività della S.S. Unità di Sorveglianza e risposta per le situazioni emergenziali	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 89% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) > 90% (obiettivo pienamente raggiunto)	>90%
SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Proporzione di Aziende ed Enti Sanitari pubblici che aderiscono all'indagine regionale di prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza	(N. Ospedali pubblici aderenti/N. totale ospedali Ospedali pubblici) x 100	-indagine regionale non effettuata (obiettivo non raggiunto) a) < 20% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra il 20% e il 49% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) pari o superiore al 50% (obiettivo pienamente raggiunto)	≥50%
SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni)	"OKkio alla SALUTE" - VII raccolta dati (a.s. 2022-23)	- nessuna attività correlata (obiettivo non raggiunto) a) formazione referenti aziendali (obiettivo parzialmente raggiunto) b) reclutamento scuole campionate (obiettivo non pienamente raggiunto) c) rilevazione e raccolta dati (obiettivo pienamente raggiunto)	Rilevazione e raccolta dati
SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Coordinamento per l'implementazione e la certificazione annuale del Piano Regionale della Prevenzione, in collaborazione con il Settore Tutela della Salute negli ambienti di vita e di lavoro del Dipartimento Salute - Regione Liguria	Rendicontazione 2022 e attività 2023 del tavolo regionale di coordinamento e dei relativi sottotavoli dei Programmi Predefiniti	- nessuna attività (obiettivo non raggiunto) a) rendicontazione A.P. (obiettivo parzialmente raggiunto) b) 1 riunione (obiettivo non pienamente raggiunto) c) almeno 2 riunioni (obiettivo pienamente raggiunto)	Almeno 2 riunioni



<p>SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia</p>	<p>Monitoraggio attività vaccinali in regione Liguria e rendicontazione su richiesta del Ministero</p>	<p>Raccolta e analisi coperture</p>	<p>- nessuna rilevazione delle coperture vaccinali nelle AASSLL (obiettivo non raggiunto)  a) raccolta ed elaborazione locale delle coperture vaccinali aziendali (obiettivo parzialmente raggiunto);  b) raccolta, elaborazione locale delle coperture vaccinali aziendali e calcolo coperture regionali (obiettivo non pienamente raggiunto);  c) raccolta, valutazione delle coperture vaccinali regionali e rendicontazione al Ministero della Salute (obiettivo pienamente raggiunto);</p>	<p>Raccolta, valutazione delle coperture vaccinali regionali e rendicontazione al Ministero della Salute</p>
<p>SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia</p>	<p>Adesione alla Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione negli ospedali</p>	<p>(N. strutture ospedaliere aderenti/N. totale strutture ospedaliere) x 100</p>	<p>-nessuna partecipazione delle strutture ospedaliere (obiettivo non raggiunto)  a) &lt; 20% (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) tra il 20% e il 49% (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) pari o superiore al 50% (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>≥50%</p>
<p>SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia</p>	<p>Predisposizione report/analisi previsti dai flussi routinari istituiti dal Ministero</p>	<p>Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata</p>	<p>-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto)  a) proporzione &lt;25% (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>100%</p>

SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Predisposizione report/analisi previsti dai flussi routinari istituiti dal Ministero della salute	Proporzione report/analisi predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata	-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto) a) proporzione <25% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) proporzione compresa tra 26 e 99% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) Proporzione pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100%
SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Reportistica a Istituto Superiore di Sanità per la Sorveglianza nazionale AR-ISS	Adesione ad AR-ISS con almeno 3 laboratori di presidi ospedalieri che rappresentino almeno il 15% delle gg deg regionali	- nessun laboratorio partecipante (obiettivo non raggiunto); a) 1 laboratorio partecipante (obiettivo parzialmente raggiunto); b) 2 laboratori partecipanti ma con rappresentatività del campione inferiore al 15% delle gg deg totali regionali (obiettivo non pienamente raggiunto); c) 3 o più laboratori partecipanti di presidi ospedalieri che rappresentino almeno il 15% delle gg deg regionali (obiettivo pienamente raggiunto)	3 o più laboratori partecipanti di presidi ospedalieri che rappresentino almeno il 15% delle gg deg regionali
SC Coordinamento regionale delle attività di prevenzione e di epidemiologia	Predisposizione documento regionale requisiti della soluzione applicativa per l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)	Trasmissione documento regionale requisiti della soluzione applicativa per l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)	- nessuna azione (obiettivo non raggiunto); - Istituzione gruppo di lavoro per la Predisposizione di un documento regionale requisiti della soluzione applicativa per l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) ; almeno 1 incontro del gruppo di lavoro; trasmissione versione definitiva "documento regionale requisiti della soluzione applicativa per l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)"	Trasmissione versione definitiva "documento regionale requisiti della soluzione applicativa per l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)"
SC Controllo di gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR	Definizione dei criteri di riparto del Budget per l'anno 2023 alle Aziende del SSR	Trasmissione proposta tecnica alla Direzione Aziendale con la definizione dei criteri di riparto del FSN 2023 alle Aziende del SSR	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/05/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo

<p>SC Controllo di gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR</p>	<p>Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL, degli IRCCS e degli Enti erogatori Pubblici o Equiparati del SSR</p>	<p>n. giorni di ritardo rispetto al 30/06/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023</b>  nessuna trasmissione della proposta (obiettivo non raggiunto)  a) trasmissione effettuata entro 30 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) trasmissione effettuata entro 15 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) trasmissione effettuata entro il 30/04/2022 (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>0 gg di ritardo</p>
<p>SC Controllo di gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR</p>	<p>Supporto alla Direzione Generale nelle valutazioni di tipo economico in riferimento a tematiche di programmazione delle risorse operative del SSR anche con estrazione ed elaborazione dati da DWH regionale</p>	<p>Proporzione documenti predisposti rispetto ai richiesti entro la scadenza concordata</p>	<p>-proporzione compresa tra 0 e 25% (obiettivo non raggiunto)  a) proporzione compresa tra 25% e 60% (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) proporzione compresa tra 61 e 90% (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) Proporzione &gt; 91 % (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>&gt;91%</p>
<p>SC Controllo di gestione e programmazione operativa delle risorse economiche del SSR</p>	<p>Predisposizione della proposta di Piano della Performance di A.Li.Sa. 2022-2024 finalizzata all'inserimento della stessa nel PIAO aziendale</p>	<p>Evidenza del documento approvato con deliberazione di A.Li.Sa.</p>	<p>- nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) a) solo raccolta dati (obiettivo parzialmente raggiunto) b) documento predisposto ma non approvato formalmente (obiettivo non pienamente raggiunto) c) documento approvato con deliberazione di A.Li.Sa. (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Documento approvato con deliberazione di A.Li.Sa.</p>

**AREA DIPARTIMENTALE SANITARIA**

<b>Struttura Organizzativa</b>	<b>Obiettivo annuale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Grado di raggiungimento dell'indicatore</b>	<b>Target 2023</b>
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Predisposizione proposta del piano di controllo regionale alimentazione animale - PRAA	Predisposizione del documento	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Predisposizione del documento
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Predisposizione proposta piano di controllo regionale ricerca residui PRR	Predisposizione del documento	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Predisposizione del documento
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Predisposizione proposta piano di controllo regionale alimenti e bevande - PRISA	Predisposizione del documento	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Predisposizione del documento
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Flusso NSIS-SINAF	Invio dati nella scadenza prevista	obiettivo pienamente raggiunto: data di scadenza rispettata	data di scadenza rispettata
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Implementazione flusso Leishmaniosi	Invio dati nella scadenza prevista	obiettivo pienamente raggiunto: data di scadenza rispettata	data di scadenza rispettata
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Rendicontazione malattie infettive	Validazione dati	obiettivo pienamente raggiunto: data di scadenza rispettata	data di scadenza rispettata
SC Sicurezza alimentare e sanità animale	Elaborazione della proposta di verbale unico di campionamenti per alimenti ai sensi del D.Lgs. 27/2021, allegato 1	Emanazione del documento	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Emanazione del documento

SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa	Promozione appropriatezza farmaci	Evidenze documentali	nessuna attività (obiettivo non raggiunto) a) cinque riunioni GdL (obiettivo parzialmente raggiunto) b) predisposizione di monitoraggio spesa e consumi (obiettivo pienamente raggiunto) c) presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte (obiettivo pienamente raggiunto)	Presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte
SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa	Governance farmaci e DM: monitoraggio consumi e attività finalizzate alla promozione del rispetto degli adempimenti relativi ai flussi ministeriali (adempimenti LEA C14, C15 e C16) e alla implementazione degli standard di qualità dei dati	Invio documentazione a NSIS ed evidenza documentale delle attività	nessun invio (obiettivo non raggiunto) a) invio n. 4 relazioni confronto consumi farmaci vs traccia e invio n. 4 relazioni confronto consumi farmaci vs CE (obiettivo parzialmente raggiunto) b) predisposizione di report di monitoraggio spesa DM e Farmaci (obiettivo non pienamente raggiunto) c) presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte (obiettivo pienamente raggiunto)	Presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte
SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa	Redazione provvedimenti per l'uso appropriato dei farmaci e l'applicazione della normativa sui farmaci a monitoraggio AIFA e gestione relative procedure	Delibere farmaci AIFA	nessuna delibera (obiettivo non raggiunto) a) una delibera (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tre delibere (obiettivo non pienamente raggiunto) c) > 5 delibere (obiettivo pienamente raggiunto)	>5 delibere

<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>Farmacovigilanza e Dispositivo vigilanza</p>	<p>Riunioni e evidenze documentali</p>	<p>nessuna documentazione di attività svolta (obiettivo non raggiunto)  a) 2 riunioni dispositivo vigilanza (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) 2 riunioni farmacovigilanza (obiettivo non pienamente raggiunto) c) evidenza di rispetto degli adempimenti vs Ministero della Salute (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Evidenza di rispetto degli adempimenti vs Ministero della Salute</p>
<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>Adempimenti LEA C15-C15</p>	<p>Invio documentazione a NSIS, evidenza documentale delle attività</p>	<p>nessun invio (obiettivo non raggiunto)  a) invio di 4 relazioni confronto consumi vs traccia e di 4 relazioni confronto consumi vs CE (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) Report trimestrale di monitoraggio ed approfondimento consumi e spesa e appropriatezza farmaci secondo format condiviso (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) attivazione di almeno 4 azioni di miglioramento (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Attivazione di almeno 4 azione di miglioramento</p>
<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>Monitoraggio consumi, spesa e appropriatezza farmaci</p>	<p>evidenza documentale delle attività</p>	<p>nessuna documento (obiettivo non raggiunto)  a) predisposizione report di monitoraggio bimestrale consumi e spesa secondo format condiviso (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) istruttoria per riconciliazione registro AIFA (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Presenza di azioni di miglioramento conseguenti alle analisi condotte</p>

<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>GdL regionale protesica</p>	<p>Riunioni e documenti di indirizzo</p>	<p>nessuna riunione e nessun documento di indirizzo (obiettivo non raggiunto)  a) convocazione di quattro riunioni (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) predisposizione di un provvedimento di indirizzo (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) predisposizione di due provvedimenti di indirizzo (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>predisposizione di due provvedimenti di indirizzo</p>
<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>Monitoraggio consumi, spesa appropriatezza DM e adempimenti LEA C6</p>	<p>Invio documentazione a NSIS ed evidenza documentale delle attività</p>	<p>nessun report (obiettivo non raggiunto)  a) quattro report completi di monitoraggio consumi, spesa appropriatezza DM (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) monitoraggio DPC strisce e assicurazione completezza dati (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) quattro azioni di miglioramento conseguenti (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Quattro azioni di miglioramento</p>
<p>SC Politiche del Farmaco, Dispositivi medici, Protesica ed Integrativa</p>	<p>Dispositivo vigilanza</p>	<p>Riunioni e evidenze documentali</p>	<p>nessuna documentazione di attività svolta (obiettivo non raggiunto)  a) convocazione di quattro riunioni rete dispositivo vigilanza (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) rete dispositivo vigilanza: evidenza di rispetto degli adempimenti vs Ministero della Salute (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) registro protesi mammarie azioni finalizzate a recepimento nuovo DM e attivazione registro (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Registro protesi mammarie azioni finalizzate a recepimento nuovo DM e attivazione registro</p>

SSD NOC	Coordinamento dei NOC regionali sulle attività di controllo delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza (adempimento NSG ex GRIGLIA LEA)	Predisposizione della relazione e dei report previsti (tabelle) da inviare al Ministero delle Salute	a) mancata predisposizione del report e delle tabelle entro i tempi richiesti e risultato "inadempiente" (obiettivo non raggiunto) b) predisposizione del report e delle tabelle ma mancato invio entro i tempi richiesti (obiettivo parzialmente raggiunto) c) predisposizione del report e delle tabelle entro i tempi richiesti e risultato "adempiente" (obiettivo raggiunto)	Predisposizione del report e delle tabelle entro il 30/05/2023 ovvero entro i tempi indicati dal Ministero: risultato positivo/ "adempiente"
SSD NOC	Elaborazione di un progetto di revisione del sistema tariffario regionale dei ricoveri finalizzato alla promozione dell'appropriatezza e alla razionalizzazione delle risorse.	Elaborazione del progetto	a) mancata predisposizione del progetto (obiettivo non raggiunto) b) predisposizione del progetto ma senza tutti i requisiti richiesti (obiettivo parzialmente raggiunto) c) predisposizione del progetto con i requisiti richiesti (obiettivo pienamente raggiunto)	Elaborazione di un progetto applicabile con i requisiti previsti
SSD NOC	Attività di supporto alla Direzione Sanitaria, con riferimento all'attività valutativa e programmatica, anche attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza e dell'efficienza dell'attività di ricovero e del raggiungimento degli obiettivi aziendali, compresi privati contrattualizzati.	relazioni e report	a) mancata individuazione/predisposizione di indicatori/informazioni utilizzabili (obiettivo non raggiunto) b) predisposizione di indicatori/report/informazioni parzialmente utilizzabili (obiettivo parzialmente raggiunto) c) predisposizione di indicatori/report/informazioni utili per l'attività programmatica e valutativa della Direzione (obiettivo pienamente raggiunto)	evidenza documentale
SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico	Regolamento dell'Organismo Tecnico Accreditante - O.T.A.: aggiornamento e adeguamento a quanto previsto dal Manuale di valutazione degli O.T.A. del Ministero della Salute	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023	<b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023</b> a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) rispetto della scadenza (obiettivo pienamente raggiunto)	0



<p>SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico</p>	<p>Revisione e aggiornamento della procedura di accreditamento di cui alla DGR 944/2018</p>	<p>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/12/2023</b>  a) 60 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 15 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) rispetto della scadenza (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>0</p>
<p>SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico</p>	<p>Formazione rivolta ai Coordinatori dei Gruppi di Valutazione delle ASL in relazione alla D.G.R. n. 552/2022 "Revisione e aggiornamento dei requisiti autorizzativi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo delle strutture di chirurgia ambulatoriale pubbliche e private già autorizzate. Modifica alla DGR 944/2018" ed in relazione alle normative ad essa correlate. Creazione di nuova modulistica predisposta ai sensi delle normative di cui sopra, utilizzata per i procedimenti di autorizzazione e di vigilanza.</p>	<p>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/07/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 31/07/2023</b>  a) 150 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 120 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 90 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>0 giorni di ritardo</p>
<p>SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico</p>	<p>Formazione rivolta ai Coordinatori dei Gruppi di Valutazione delle ASL in merito all'atto n. 1359/2022 emanato da Regione Liguria " Modifiche dei requisiti delle Strutture Sociosanitarie di cui alla DGR 944/2018. Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione" e contestuale aggiornamento della modulistica occorrente per le valutazioni delle suddette strutture, utilizzata per i procedimenti di autorizzazione e di vigilanza.</p>	<p>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/11/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/11/2023</b>  a) 30 giorni di ritardo (obiettivo non raggiunto) b) 20 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto) c) 10 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto) d) rispetto della scadenza (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>≥90%</p>

SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico	Coordinamento delle attività relative alla gestione accentrata del rischio del SSR	Coordinamento delle sedute del comitato sinistri	<p>coordinamento &lt; 20% delle sedute (obiettivo non raggiunto)</p> <p>a) coordinamento tra 21% e 50% delle sedute (obiettivo parzialmente raggiunto)</p> <p>b) coordinamento tra 51% e 80% delle sedute (obiettivo non pienamente raggiunto)</p> <p>c) coordinamento tra 81% e 100% delle sedute (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	Coordinamento tra 81% e 100% delle sedute
SC Autorizzazioni Accreditamento Qualità e rischio clinico	Coordinamento delle attività connesse alle interrogazioni poste dal Consiglio della Giunta Regionale in merito a temi inerenti la sanità regionale e conseguente invio al Dipartimento Salute e servizi sociali	N. giorni che intercorrono tra la data di predisposizione delle relazioni in risposta alle interrogazioni poste dal Consiglio regionale e la data di trasmissione delle stesse al Dipartimento Salute	<p>- nessuna trasmissione delle relazioni (obiettivo non raggiunto);</p> <p>a) trasmissione entro 7 giorni dal termine della data di raccolta della documentazione (obiettivo parzialmente raggiunto);</p> <p>b) trasmissione entro 5 giorni dalla data di predisposizione della documentazione (obiettivo non pienamente raggiunto);</p> <p>c) trasmissione entro 3 giorni dalla data di predisposizione della documentazione (obiettivo pienamente raggiunto).</p>	Trasmissione entro 3 giorni dalla data di predisposizione della documentazione
Unità di progetto Sviluppo delle Professioni Sanitarie	Adeguamento alla nuova normativa delle tabelle relative alle Professioni Sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del D.Lgs 30/12/1992, n. 502, e ss.mm.ii. e degli Operatori di interesse sanitario nell'ambito della revisione ed aggiornamento del Manuale dei Requisiti di Autorizzazione delle Strutture Sanitarie, Socio Sanitarie e Sociali	numero giorni di ritardo rispetto al termine del 30/11/2023	<p>0 giorni = obiettivo raggiunto</p> <p>15 giorni di ritardo = obiettivo parzialmente raggiunto</p> <p>30 giorni di ritardo = obiettivo non raggiunto</p>	0 giorni di ritardo
Unità di progetto Sviluppo delle Professioni Sanitarie	Gestione del registro regionale dell'elenco regionale dei professionisti sanitari di cui alla Deliberazione di A.Li.Sa. 251/21.	Numero richieste di inserimento in elenco evase entro 30 giorni/richieste dati totali	<p>-nessuna richiesta evasa (obiettivo non raggiunto)</p> <p>a) richieste evase oltre 40 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto)</p> <p>b) richieste evase entro 40 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto)</p> <p>c) richieste evase entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	c) richieste evase entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)

Unità di progetto Sviluppo delle Professioni Sanitarie	Creazione di un documento contenente le indicazioni a supporto degli infermieri stranieri per la presentazione al Ministero della Salute della pratica per il riconoscimento dei titoli acquisiti all'estero (comunitari e non comunitari) ai fini della pubblicazione sul sito di A.Li.Sa.	numero giorni di ritardo rispetto al termine del 30/06/2023	0 giorni = obiettivo raggiunto 15 giorni di ritardo= obiettivo parzialmente raggiunto 30 giorni di ritardo = obiettivo non raggiunto	0 giorni di ritardo
--	---	---	--	---------------------

**AREA DIPARTIMENTALE SOCIO SANITARIA**

Struttura Organizzativa	Obiettivo annuale	Indicatore	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
SC Cure Primarie - SS Governo Liste d'attesa	Realizzazione Atto di Programmazione ai sensi dell'art. 8 A.C.N. 28/04/2022 Ruolo Unico Assistenza primaria	Evidenza documento sottoscritto con OO.SS. Entro 30/06/2023	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023:</b>                      nessun documento prodotto (obiettivo non raggiunto)                      a) documento prodotto oltre 60 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto)                      b) documento prodotto entro 60 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto)                      c) documento prodotto entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	T≤30 gg
SC Cure Primarie - SS Governo Liste d'attesa	Produzione di linee di indirizzo relative alla appropriatezza di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale / Diagnostica	Evidenza di documento Entro 30/06/2023	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023:</b>                      nessun documento prodotto (obiettivo non raggiunto)                      a) documento prodotto oltre 60 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto)                      b) documento prodotto entro 60 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto)                      c) documento prodotto entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	T≤30 gg

<p>SC Cure Primarie - SS Governo Liste d'attesa</p>	<p>Monitoraggio tempi d'attesa Specialistica Ambulatoriale /Diagnostica</p>	<p>Report sulla base dei dati forniti Entro 30/06/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023:</b> nessun documento prodotto (obiettivo non raggiunto) a) documento prodotto oltre 60 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto) b) documento prodotto entro 60 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto) c) documento prodotto entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>T≤30 gg</p>
<p>SC Cure Primarie - SS Governo Liste d'attesa</p>	<p>Monitoraggio Appropriatazza prescrittiva</p>	<p>Report sulla base dei dati forniti Entro 30/06/2023</p>	<p><b>Giorni di ritardo rispetto alla scadenza del 30/06/2023:</b> nessun documento prodotto (obiettivo non raggiunto) a) documento prodotto oltre 60 giorni (obiettivo parzialmente raggiunto) b) documento prodotto entro 60 giorni (obiettivo non pienamente raggiunto) c) documento prodotto entro 30 giorni (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>T≤30 gg</p>

**AREA DIPARTIMENTALE AMMINISTRATIVA**

Struttura Organizzativa	Obiettivo annuale	Indicatore	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
SSD Affari Generali e Leg	Supporto amministrativo iter approvazione provvedimenti aziendali	Supporto alle sedute deliberative settimanali	< 20% (obiettivo non raggiunto) a) tra 21% e 50% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra 51% e 80% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) tra 81% e 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	Tra 81% e 100%
SSD Affari Generali e Leg	Applicazione del regolamento interno alla struttura per l'effettuazione dei controlli sulle autocertificazioni rilasciate ai sensi del DPR 445/2000 in relazione agli incarichi legali conferiti	N. controlli eseguiti/N. incarichi conferiti	< 50% contenuti documento (obiettivo non raggiunto) a) tra 50% e il 69% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra 70% e 89% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) pari o superiore al 90% (obiettivo pienamente raggiunto)	0 giorni di ritardo
SSD Affari Generali e Leg	Acquisizione nel sistema di protocollo Folium delle PEC giunte sulla casella protocollo@pec.alisa.it entro una giornata lavorativa dalla ricezione	n. PEC protocollate entro una giornata lavorativa/ n. PEC protocollate	< 50% contenuti documento (obiettivo non raggiunto) a) tra 50% e il 69% (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra 70% e 89% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) pari o superiore al 90% (obiettivo pienamente raggiunto)	≥ 90%

SSD Bilancio e ragioneria	Rispetto tempi di pagamento	ITP annuale (Pagamento medio ponderato a 60 gg equivale ITP=0)	- ITP>30 (obiettivo non raggiunto); a) 11< ITP< 20 (obiettivo parzialmente raggiunto) b) 5 < ITP < 10 (obiettivo non pienamente raggiunto); c) ITP < = 0 (obiettivo pienamente raggiunto)	ITP ≤ 0
SSD Bilancio e ragioneria	Predisposizione Check List delle aree: Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio netto nell'ambito del PROGETTO «REVISIONE DEL SISTEMA CONTABILE DELLE AZIENDE SANITARIE LIGURI	Numero check list	- nessuna check list (obiettivo non raggiunto) a) predisposizione di una check list (obiettivo parzialmente raggiunto) b) predisposizione di due check list (obiettivo parzialmente raggiunto) c) predisposizione di tre check list (obiettivo pienamente raggiunto)	Predisposizione di n. 3 check list
SC Organizzazione e sviluppo risorse umane	Assegnazione dei candidati dei concorsi unificati regionali alle Aziende ed enti del SSR ai sensi del relativo regolamento regionale	Percentuale di idonei assegnati alle Aziende su numero di richieste	entro 31 dicembre: 90%: pienamente raggiunto 75%: parzialmente raggiunto <75%: non raggiunto	Esaurimento graduatorie dei concorsi degli anni anteriori al 2023

SC Organizzazione e sviluppo risorse umane	Coordinamento regionale per l'applicazione omogenea del nuovo CCNL del comparto sanità mediante la promozione delle opportune attività formative aziendale	Organizzazione e svolgimento corso di formazione	sì: raggiunto ; no: non raggiunto	Svolgimento corso di formazione
SC Organizzazione e sviluppo risorse umane	Attivazione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari a seguito della sua istituzione e attività conseguenti	Predisposizione atto deliberativo	entro 28 febbraio: pienamente raggiunto; entro 31 marzo parzialmente raggiunto; oltre 31 marzo: non raggiunto	Proposta di provvedimento entro 28 febbraio 2023
SC Programmazione e Sviluppo del Sistema Informativo, Gestione dei DWH e Sistemi Decisionali	Progetto PNRR - M6 C2 1.3.2: "Infrastruttura tecnologica - Reingegnerizzazione NSIS a livello locale"	Attuazione progetto PNRR: indicazioni alle aziende sanitarie per adeguamento sistemi informativi ai flussi SICOF e RIABIL territoriale entro i tempi di cui alla milestone 2023	- indicazioni non fornite (obiettivo non raggiunto) a) indicazioni fornite entro il 31.12.23 (obiettivo parzialmente raggiunto) b) indicazioni fornite entro il 31.10.23 (obiettivo non pienamente raggiunto) c) indicazioni fornite entro 30.06.23 (obiettivo pienamente raggiunto)	0 gg di ritardo rispetto al 30/06/2023
SC Programmazione e Sviluppo del Sistema Informativo, Gestione dei DWH e Sistemi Decisionali	Sviluppo e sostegno ai progetti correlati al PNRR: progetto PNRR M6C2 1.3.1 (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni"	Relazione su stato avanzamento del progetto in relazione agli obiettivi dello stesso	- nessuna relazione consegnata (obiettivo non raggiunto) a) relazione consegnata entro il 31.12.23 (obiettivo pienamente raggiunto)	Relazione consegnata entro il 31.12.23
SC Programmazione e Sviluppo del Sistema Informativo, Gestione dei DWH e Sistemi Decisionali	Funzioni Ufficio Statistica di A.Li.Sa.: Commissione statistica regionale - contributo all'elaborazione linee guida triennali sulle attività del sistema statistico regionale	Relazione contributo alle linee guida triennali di Regione - parte sanità	- relazione non consegnata (obiettivo non raggiunto) a) relazione consegnata entro il 31.12.23 (obiettivo parzialmente raggiunto) b) relazione consegnata entro il 30.11.2023 (obiettivo non pienamente raggiunto) c) relazione consegnata entro 31.10.2023 (obiettivo pienamente raggiunto)	0 gg di ritardo rispetto al 31/10/2023



**DIPARTIMENTO PER IL COORDINAMENTO DI ATTIVITA' SOVRA AZIENDALI E DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE GENERALE**

Struttura Organizzativa	Obiettivo annuale	Indicatore	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Monitoraggio trimestrale spesa DPC farmaci e presidi: mantenimento/miglioramento rapporto pezzi mancanti/pezzi erogati	20% monitoraggio spesa 20%mantenimento /miglioramento rapporto pezzi mancanti/pezzi erogati	-nessun report predisposto (obiettivo non raggiunto) a) almeno 2 report (obiettivo parzialmente raggiunto) b)almeno 3 report (obiettivo non pienamente raggiunto) c) almeno 4 report (obiettivo pienamente raggiunto)	n. report trimestrale rapporto pezzi mancanti/pezzi erogati = a 2022 a parità di referenze
SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Ispezioni	Ispezioni presso i depositi della DPC	1 completo 2 a campione	Verifica del 100% degli adempimenti relativi alle ispezioni
SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Flussi farmaceutici DPC adempimento LEA	Analisi flussi farmaceutici DPC	n. report mensili =12	12 report mensili
SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Monitoraggio, allineamento giacenze e gestione farmaci in scadenza	Verifica allineamento giacenze e verifica scadenze farmaci DPC	-nessun report predisposto (obiettivo non raggiunto) a) almeno 2 report (obiettivo parzialmente raggiunto) b)almeno 3 report (obiettivo non pienamente raggiunto) c) almeno 4 report (obiettivo pienamente raggiunto)	n. report trimestrale rapporto pezzi mancanti/pezzi erogati = a 2021 a parità referenze

SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Gestione degli acquisti in danno	Controllo di tutte le aziende farmaceutiche fornitrici farmaci DPC che non hanno adempiuto alle forniture richieste	a) <60% (obiettivo non raggiunto) b) <80% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100% controllo delle richieste di rimborso verso le aziende farmaceutiche che non hanno adempiuto alla fornitura di farmaci
SC Centro Unico Regionale distribuzioni farmaci e dispositivi medici in nome e per conto del SSR	Verifica e conseguenti adempimenti previsti relativamente alla liquidazione delle fatture farmaci DPC	numero iter liquidazione	a) <60% (obiettivo non raggiunto) b) <80% (obiettivo non pienamente raggiunto) c) 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	verifica del 100% degli adempimenti relativi alla liquidazione fatture
SC Provveditorato, Economato, Patrimonio e gestione anagrafiche centrali del SSR	Indizione/aggiudicazione procedure di gara	Atti formali (determinazioni)	<5 (obiettivo non raggiunto) a) tra 6 e 9 (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra 10 e 11 (obiettivo non pienamente raggiunto) c) ≥ 12 (obiettivo pienamente raggiunto)	12 procedure
SC Provveditorato, Economato, Patrimonio e gestione anagrafiche centrali del SSR	Aggiornamento inventario	tempistica	entro dicembre 2022	100% nuovi cespiti inventariati
SC Provveditorato, Economato, Patrimonio e gestione anagrafiche centrali del SSR	Gestione dei cariche scarichi magazzino	tempestività della registrazione	entro 3 ore dall'invio della ddt da parte del magazzino agente contabile	tempistica e rispondenza registrazioni

**DIPARTIMENTO INNOVAZIONE E RICERCA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Struttura Organizzativa	Obiettivo annuale	Indicatore	Grado di raggiungimento dell'indicatore	Target 2023
Progetti innovativi in sanità a valenza regionale	Comunicazione: gestione comunicazione sanitaria regionale 2023 e comunicazione istituzionale	Gestione attività secondo il calendario previsto e gestione richieste pervenute entro 30 giorni	- nessuna attività implementata (obiettivo non raggiunto) a) 30% attività implementata (obiettivo parzialmente raggiunto) b) 60% attività implementata (obiettivo non pienamente raggiunto) c) piano comunicazione e attività implementate (obiettivo pienamente raggiunto)	piano comunicazione e attività implementate
Progetti innovativi in sanità a valenza regionale	Implementazione nuovo sito ALISA e gestione pagina salute Regione Liguria	gestione aggiornamento come da richieste pervenute	- nessuna attività implementata (obiettivo non raggiunto) a) 30% attività implementata (obiettivo parzialmente raggiunto) b) 60% attività implementata (obiettivo non pienamente raggiunto) c) gestione attività secondo quanto richiesto (obiettivo pienamente raggiunto)	gestione attività secondo quanto richiesto

<p>Progetti innovativi in sanità a valenza regionale</p>	<p>Scuole che promuovono salute: monitoraggio interventi e divulgazione modello e risultati ottenuti</p>	<p>Richieste dati evase entro 15 giorni/richieste dati totali</p>	<p>nessuna attività evasa (obiettivo non raggiunto)  a) attività evase oltre 30 giorni dalla data di scadenza obiettivo parzialmente raggiunto  b) attività evase oltre 15 giorni dalla data di scadenza obiettivo non pienamente raggiunto  c) attività evase entro la scadenza obiettivo pienamente raggiunto</p>	<p>attività evase entro la scadenza</p>
<p>Progetti innovativi in sanità a valenza regionale</p>	<p>Piano Regionale Prevenzione - programma predefinito 01: Scuole che promuovono salute</p>	<p>Predisposizione di Accordo regionale formalizzato tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo della Scuola che Promuove Salute</p>	<p>- accordo non realizzato (obiettivo non raggiunto) a) accordo predisposto ma non condiviso con l'USR (obiettivo parzialmente raggiunto) b) accordo predisposto, condiviso con l'USR, ma non formalizzato (obiettivi non pienamente raggiunto) c) accordo formalizzato (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>Accordo formalizzato entro il 31/12/2022</p>

<p>SC Sviluppo di strumenti per il potenziamento dell'accountability</p>	<p>Seguire i lavori della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni al fine di veicolare alle Strutture aziendali la documentazione e garantire un tempestivo aggiornamento</p>	<p>Predisposizione report sintetico per la Direzione Generale e Strategica delle sedute della Commissione Salute</p>	<p>-mancato invio report (obiettivo non raggiunto)  a) invio report al di sotto del 50% delle sedute della Commissione (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) invio report di almeno il 50% delle sedute della Commissione (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) invio report di oltre il 60% delle sedute della Commissione (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>invio report di oltre il 60% delle sedute della Commissione</p>
<p>SC Sviluppo di strumenti per il potenziamento dell'accountability</p>	<p>Coordinare la gestione dei procedimenti relativi ai progetti regionali 2022 (spese ex gestite) finanziati da Regione Liguria ex LR 10/1995) e monitorare i procedimenti aperti degli anni precedenti</p>	<p>Predisposizione rendicontazione sullo stato di avanzamento progetti 2023 entro il 31/12/2023 e report stato di avanzamento procedimenti anni precedenti entro 30/6/2023</p>	<p><b>giorni di ritardo rispetto all'invio della reportistica:</b>  - nessun documento presentato (obiettivo non raggiunto)  a) oltre i 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) entro 30 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>0 giorni di ritardo</p>

<p>SC Sviluppo di strumenti per il potenziamento dell'accountability</p>	<p>Garantire il supporto al Dipartimento Salute e Servizi Sociali per la definizione del nuovo assetto del Comitato Etico Territoriale Liguria alla luce della nuova normativa 2023</p>	<p>Predisposizione relazione complessiva sull'attività svolta entro il 31/12/2023</p>	<p><b>giorni di ritardo rispetto all'invio al 31/12/2023:</b>  - nessun documento presentato (obiettivo non raggiunto)  a) oltre i 30 giorni di ritardo (obiettivo parzialmente raggiunto)  b) entro 30 giorni di ritardo (obiettivo non pienamente raggiunto)  c) 0 giorni di ritardo (obiettivo pienamente raggiunto)</p>	<p>0 giorni di ritardo</p>
<p>SC Ricerca, Innovazione, HTA e gestione dei processi ospedaliere dell'assistenza specialistica</p>	<p>Promozione della cultura HTA</p>	<p>Produzione di analisi HTA</p>	<p>nessuna analisi proposta (obiettivo non raggiunto)  a) una analisi proposta (obiettivo raggiunto)</p>	<p>un'analisi proposta</p>

SC Ricerca, Innovazione, HTA e gestione dei processi ospedaliere dell'assistenza specialistica	Promozione della ricerca sanitaria	Sviluppo e sostegno ai progetti correlati al PNRR con particolare riferimento ai rapporti con Ministero della Salute	documenti a supporto dell'ospedale Erzelli e/o progetti di ricerca PNRR. Nessun documento prodotto (obiettivo non raggiunto); documento di supporto prodotto entro il 31/12/2023	31/12/2023
SC Ricerca, Innovazione, HTA e gestione dei processi ospedaliere dell'assistenza specialistica	Compimento degli obiettivi del Protocollo per la prevenzione ed il contrasto della violenza nei confronti di donne, minori e persone vulnerabili nella Regione Liguria	Fornire le indicazioni richieste all'autorità giudiziaria	< 50% dei progetti presentati (obiettivo non raggiunto) a) tra il 50% e il 69% dei progetti presentati (obiettivo parzialmente raggiunto) b) tra il 70% e il 90% dei progetti presentati (obiettivo non 100% pienamente raggiunto) c) pari al 100% (obiettivo pienamente raggiunto)	100% delle indicazioni richieste
SC Ricerca, Innovazione, HTA e gestione dei processi ospedaliere dell'assistenza specialistica	Predisposizione documento di presentazione dell'intervento "progetto Bandiera@Erzelli" al Ministero della Salute	Consegna documento	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Documento consegnato entro il 31/12/2023
SC Ricerca, Innovazione, HTA e gestione dei processi ospedaliere dell'assistenza specialistica	Predisposizione documentazione propedeutica all'avvio del progetto PNRR "Primacare 3P" finanziato dal Ministero della Salute	Predisposizione documentazione	nessun documento predisposto (obiettivo non raggiunto) - documento predisposto (obiettivo raggiunto)	Predisposizione documentazione entro il 31/12/2023

**A.Li.Sa.**

(Azienda Ligure Sanitaria  
della Regione Liguria)

**Piano Triennale per la Prevenzione della  
Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.)**

**2023 - 2025**



## INTRODUZIONE

<i>Normativa di riferimento</i> .....	3
<i>Premesse</i> .....	6
<i>Piano Integrato Attività e Organizzazione PIAO</i> .....	8
<i>Valore Pubblico</i> .....	8
<i>Smart Working e Prevenzione della Corruzione</i> .....	9

## SEZIONE PRIMA

<i>PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (P.T.P.C.T.)</i> .....	10
<b>1.</b> <i>Contenuti e Obiettivi del PTPCT</i> .....	10
<b>2.</b> <i>Obiettivi Strategici Anticorruzione</i> .....	11
<b>3.</b> <i>Finalità e contenuti</i> .....	16
<b>4.</b> <i>Adozione, pubblicazione e soggetti coinvolti</i> .....	18
<b>5.</b> <i>Gestione del rischio corruzione: analisi del contesto esterno ed interno</i> .....	25
<b>6.</b> <i>Metodologia di analisi/valutazione del rischio: probabilità, impatto e trattamento del rischio</i> .....	29
<b>7.</b> <i>Misure e strumenti di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione</i> .....	31
<b>8.</b> <i>Individuazione dei rischi di processo e delle aree a maggior rischio di corruzione</i> .....	36
<b>9.</b> <i>Azioni generali per la riduzione e/o la neutralizzazione del rischio</i> .....	44
<b>10.</b> <i>Misure specifiche per la gestione del rischio nelle singole aree</i> .....	45
<b>11.</b> <i>Controlli</i> .....	54

## SEZIONE SECONDA

<i>OBBLIGHI DI TRASPARENZA DISCIPLINATI DAL D.LGS. N. 33/2013 E DAL D.LGS. N. 97/2016</i> .....	55
<b>1.</b> <i>Premessa e Principi</i> .....	55
<b>2.</b> <i>Accesso agli atti, accesso civico, e accesso generalizzato</i> .....	56
<b>3.</b> <i>Obblighi di pubblicazione</i> .....	57
<b>4.</b> <i>Allegato (Obblighi di pubblicazione)</i> .....	58

## INTRODUZIONE

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- *L. 7 agosto 1990, n. 241* "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- *D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165* "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.";
- *L. 6 novembre 2012, n. 190* "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- *D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013* "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni";
- *Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1 comma 61 e 62 legge 190/2012* "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- *D.Lgs. n. 39 del 8 aprile 2013* "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.";
- *Delibera CIVIT n. 59/2013* in tema di "Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, d.lgs. n. 33/2013)";
- *D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013* "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001, n.165";
- *Delibera CIVIT n. 75 del 24 ottobre 2013* "Linee guide in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni".
- *Delibera ANAC n. 6 del 28 aprile 2015* "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti";
- *Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015* di "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- *D.M. del 25 settembre 2015* "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione",
- *D.Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016* "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- *Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016* "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- *Determinazione ANAC n. 833 del 3 agosto 2016* "Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e

delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili";

- *Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016* "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del D.Lgs. n. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- *Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016* "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016";
- *Determinazione ANAC n. 241 dell'8 marzo 2017* "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016";
- *Delibera ANAC n. 382 del 12 marzo 2017* "Sospensione dell'efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del D.Lgs. n. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN";
- *Delibera ANAC n. 330 del 29 marzo 2017* "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione";
- *Delibera ANAC n. 329 del 29 marzo 2017* "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33";
- *Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017* "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- *D.lgs. 25 maggio 2017, n. 90* "Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE e attuazione del regolamento (UE) n. 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento (CE) n. 1781/2006";
- *Circolare Funzione Pubblica n. 2 del 30 maggio 2017* "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)";
- *Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017* "Approvazione definitiva dell'aggiornamento al 2017 del Piano Nazionale Anticorruzione";
- *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. 1074 del 21 novembre 2018* con cui è stato approvato l'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- *Delibera n. 586 del 26 giugno 2019* "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 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";

- *Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019* con cui è stato approvato in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- *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”;
- *D.L. 162/2019* “Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica” c.d. Milleproroghe – art. 1, comma 7;
- *D.L. 17 marzo 2020, n. 18* “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- *Relazione ANAC del 2 luglio 2020* “L’Autorità e l’Emergenza Covid-19” con funzione ricognitoria della normativa nazionale in materia di emergenza Covid -19.
- *Delibera ANAC n. 713 del 4 agosto 2020* “Richiesta di parere in ordine alla sussistenza di un’ipotesi di inconfirmità di cui al d.lgs. 39/2013 in capo a un dirigente ingegnere in servizio presso l’Ospedale omissis. Fasc. Anac n. 618/2020”;
- *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);
- *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.P.R. 24 giugno 2022, n. 81* “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”
- *D.M. 30 giugno 2022, n. 132* “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”
- Il Consiglio dell’ANAC il 16 novembre 2022 ha approvato definitivamente il *Piano nazionale Anticorruzione (PNA) 2022*.

## PREMESSE

Regione Liguria, ai fini della realizzazione di una *governance* di un sistema complesso come il SSR ha istituito a suo tempo, con L.R. n. 17/2016, l'Azienda Sanitaria Ligure (A.Li.Sa.), cui sono state attribuite, sulla base di specifiche linee di indirizzo poste in essere dalla Giunta regionale, che esercita funzioni di vigilanza e controllo, le funzioni di programmazione operativa e di governo delle Aziende Sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale.

A.Li.Sa. ha assunto pertanto un ruolo strategico rispetto al governo dell'offerta sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata accreditata, accentrando su di sé il momento della valutazione dei bisogni e della domanda di salute, la funzione programmatica ed il monitoraggio delle *performance*; in particolare, ha sovrainteso e regolamentato i processi autorizzativi, di accreditamento, di negoziazione, gli accordi e i contratti con le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni.

Le funzioni di indirizzo e di coordinamento affidate ad A.Li.Sa. si sono declinate nell'ambito delle risorse umane, tecnologiche, economico-finanziarie e della progettazione di modelli organizzativi innovativi quali la Gestione del rischio clinico, il controllo delle nuove tecnologie e l'implementazione dell'*Health Technology Assessment* (HTA), l'acquisizione di beni e servizi sanitari attraverso la Centrale Regionale Acquisti (CRA), il Sistema informativo socio-sanitario regionale, l'*Information Communication Technology* (ICT), la politica per la valorizzazione delle risorse umane e la formazione del personale.

A.Li.Sa., come ogni altra pubblica amministrazione, è obbligata, ai sensi della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" alla predisposizione ed all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

La Legge n. 190/2012, adottata in attuazione della Convenzione ONU contro la corruzione e ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 agosto 2009, n. 116, ha introdotto nel nostro ordinamento una serie di strumenti per la prevenzione e la repressione dei fenomeni corruttivi ed ha individuato i soggetti preposti a mettere in atto le apposite iniziative.

La *ratio* della legislazione in materia di prevenzione e contrasto alla corruzione è quella di realizzare una risposta articolata e sistemica al fenomeno corruttivo e di cattiva amministrazione facendo riferimento ad un ambito di azione più ampio rispetto a quello relativo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dal codice penale.

Pertanto, l'ANAC, anche in linea con la nozione accolta a livello internazionale, ha ritenuto che, *"poiché la legge 190/2012 è finalizzata alla prevenzione e, quindi, alla realizzazione di una tutela anticipatoria, debba essere privilegiata un'accezione ampia del concetto di corruzione, volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati"*.

Al termine "corruzione" è attribuito, dunque, un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinate negli artt. 318, 319 e 319 ter del codice penale (ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione

disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo (PNA 2019 - 2021).

Congiuntamente alla prevenzione della corruzione rilevano gli obblighi in materia di trasparenza ex D.Lgs. n. 33/2013: il sistema si regge infatti su due pilastri, da una parte le misure anticorruzione, dall'altra le misure di trasparenza che sono ricomprese nella parte finale del Piano.

La L. 190/2012 prevede che il Dipartimento della Funzione Pubblica predisponga un Piano nazionale anticorruzione, approvato dall'ANAC, nel quale siano individuate le strategie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione nonché le linee guida cui ciascuna pubblica amministrazione deve attenersi nella stesura del proprio piano triennale di prevenzione della corruzione.

Presupposto e condizione sostanziale per l'adozione del presente Piano è l'Atto di autonomia aziendale adottato con Deliberazione n. 207 dell'8/8/2018 e parzialmente rettificato con Deliberazioni nn. 374 dell'11/12/2019 e 214 del 21/6/2021.

Nel contesto sopra tratteggiato è intervenuta la Deliberazione di Giunta regionale n. 1136 del 30/12/2020 ad oggetto: "Indirizzi per la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale – Primi provvedimenti propedeutici", con cui la Giunta regionale ha disposto una prima serie di indirizzi per la riorganizzazione del sistema sanitario ligure che comporteranno la ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. all'interno del SSR.

In particolare il provvedimento regionale delinea i seguenti indirizzi per la riorganizzazione del SSR ligure:

- i. potenziamento, presso A.Li.Sa., delle funzioni di coordinamento, presidio e monitoraggio dell'emergenza sanitaria di qualsiasi natura, ivi comprese quelle relative a epidemie e pandemie;
- ii. ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, sulla base di una complessiva revisione organizzativa degli assetti di quest'ultimo;
- iii. concentrazione delle funzioni di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e di programmazione e gestione delle risorse dello stesso in capo all'amministrazione regionale;
- iv. riconduzione della Centrale Regionale di Acquisto nell'ambito della Stazione unica appaltante regionale ai fini di una riforma complessiva di tale plesso riorganizzativo.

Inoltre, per una risposta più organica e coordinata a livello di sistema, l'attività in materia di anticorruzione e trasparenza è stata uniformata e coordinata a livello regionale tramite la partecipazione di tutti i RPCT al Gruppo di Lavoro interaziendale costituito con Deliberazione del Commissario Straordinario di Alisa n. 89 del 20/3/2019 con il compito di "*...condividere un percorso comune di formazione, approfondimento e analisi per assicurare l'applicazione omogenea della normativa in materia...*".

Successivamente, con DGR n. 957 del 28/10/2021 con cui è stato istituito, presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali, il Gruppo di lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza al fine di dare applicazione uniforme alle direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario e di rafforzare la già avviata collaborazione del Gruppo con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di Regione Liguria, composto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali o proprio delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di

## **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO)**

La normativa di attuazione del PNRR (DL n. 80/2021, 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") ha introdotto per le pubbliche amministrazioni un nuovo strumento programmatico: il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) che assorbe i Piani della Performance, dell'Anticorruzione e della Trasparenza e dei Fabbisogni di Personale.

Il PIAO è finalizzato a migliorare il coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni, nonché assicurare la semplificazione dell'attività di programmazione e la trasparenza dell'azione amministrativa.

Dall'esame dei PTCP delle singole pubbliche amministrazioni effettuato da ANAC è infatti emerso che la consapevolezza dell'utilità e la funzionalità dei diversi piani programmatici risulta aumentata qualora siano elaborati in modo congiunto. Da qui la scelta operata dal legislatore di introdurre, con il D.L. n. 80/2021, un Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) in cui la programmazione di misure di prevenzione della corruzione è integrata con la programmazione relativa alla performance, alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla loro formazione.

A tal fine, novità importante è l'introduzione, nel PIAO, della sezione sul Valore Pubblico, che obbliga le pubbliche amministrazioni a dimostrare collegamento ed integrazione tra obiettivi, azioni e risorse con le effettive ricadute sul territorio interessato.

Per Valore Pubblico si intende il livello di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini creato da un'amministrazione pubblica e dalla sua filiera di enti pubblici, privati e no-profit.

Tale nuovo strumento avrà un forte valore comunicativo: diventerà una delle modalità con cui le pubbliche amministrazioni comunicano alla collettività obiettivi e azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche ed i risultati che si vogliono ottenere rispetto ai bisogni dei cittadini.

## **IL VALORE PUBBLICO**

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e delle persone.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso come nei casi di inefficienza, o di corruzione, le PA devono osservare adeguati modelli di governance e basarsi su logiche di programmazione, controllo e valutazione:

Tuttavia, in tempi di risorse scarse e di esigenze crescenti da parte della comunità, l'unica via per creare

Valore Pubblico è imparare a fare leva sul loro patrimonio intangibile.

Le performance intangibili su cui agire sono: il Valore Strutturale (ad es., la capacità organizzativa); il Valore Umano (ad es., le competenze del personale e degli amministratori); il Valore Relazionale (ad es., la rete delle relazioni interne ed esterne all'ente); il Valore Evolutivo (ad es., il livello di digitalizzazione); il Valore ambientale (per misurare la compatibilità delle altre politiche dell'ente con il rispetto e la valorizzazione dell'ambiente); il Valore dell'integrità (ad es. il grado di contrasto della corruzione); il Valore della trasparenza (intesa come capacità sostanziale di rendere visibile a 360° l'ente).

## **SMART WORKING E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Per ottemperare al dettato del DPCM del 18/10/2020 le PA hanno potuto impiegare in smart working i lavoratori fino al termine dell'emergenza epidemiologica. Infatti, con provvedimenti attuativi della circolare n. 2/2020 emanata dal Ministro della Pubblica Amministrazione, applicativa delle norme legislative emanate in medio tempore (in particolare del D.L. n. 18/2020) era stato previsto dalle PA che il lavoro agile o "smart working" costituisse la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa fino al termine dell'emergenza epidemiologica.

L'applicazione strutturale dello Smart Working alla P.A. ha reso necessario sviluppare una rinnovata strategia di gestione aziendale improntata allo sviluppo del capitale umano ed al miglioramento dell'organizzazione aziendale.

Ciò presuppone sia per l'organizzazione che per l'individuo l'intreccio tra la riconfigurazione agile del lavoro e la mappatura dei processi: la previsione di procedimenti sempre più standardizzati e digitalizzati consentirebbe una migliore focalizzazione sulle attività insite nella mappatura dei processi maggiormente oggetto del rischio corruttivo, essendo le stesse svincolate da tempistiche e localizzazioni predefinite.

La prevenzione della corruzione e lo smart working hanno tre elementi in comune:

- la mappatura dei processi come base dati condivisa per valutare il rischio in un caso e, nell'altro, per valutare quali attività del processo sono o possono essere indipendenti dai fattori tempo e spazio;
- sia il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) sia il Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) sono piani di sviluppo dell'ente ricondotti e integrati nel PIAO;
- la rilevazione dell'attività relazionata dal dipendente in smart working - confrontata con la mappatura dei processi – può contrastare più efficacemente il rischio di corruzione insito nella mancata correlazione tra questi due elementi, rendendo più trasparente il rapporto tra l'attività lavorativa del singolo e le finalità dell'ente.



## **SEZIONE PRIMA: PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (P.T.P.C.T.)**

### **1. CONTENUTI E OBIETTIVI DEL PTPCT**

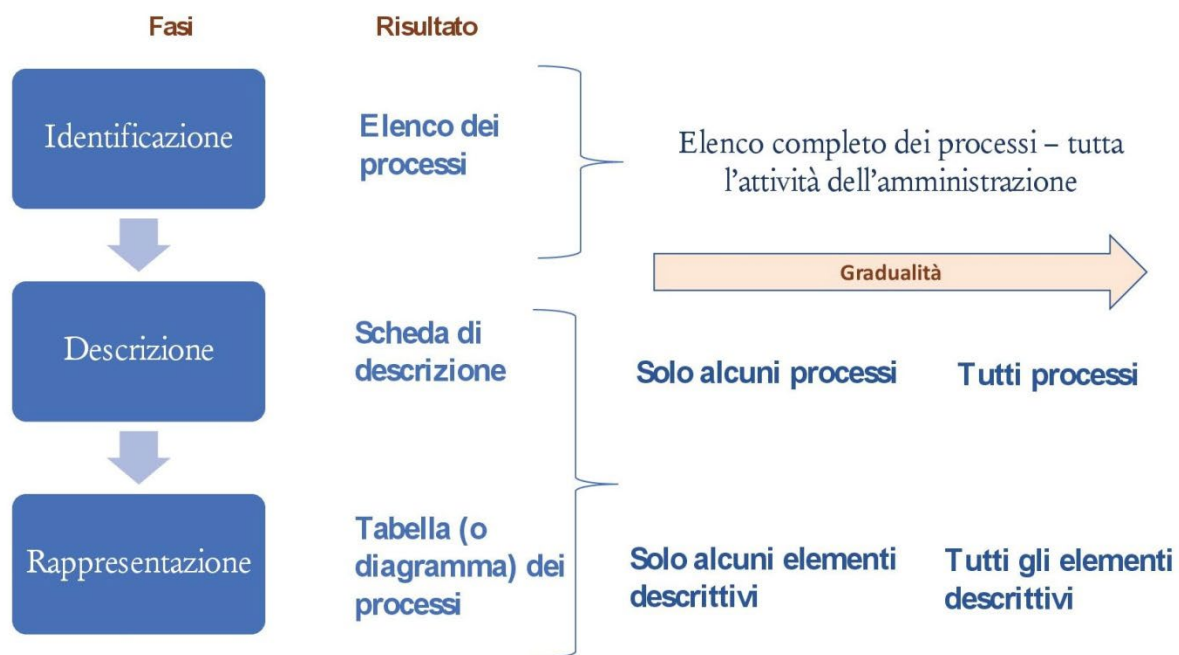
Il piano triennale di prevenzione della corruzione deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni, in base all'art. 1, co.8, legge n. 190/2012, entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il presente piano costituisce aggiornamento del piano triennale 2022-2024 adottato con deliberazione n. 146/2022 ed in esso sono indicati i progetti e le iniziative che A.Li.Sa. intende perseguire per il periodo 2023-2025 e, come già premesso, nella stesura dello stesso si tiene conto degli aspetti definiti dal Gruppo di lavoro regionale secondo le direttive impartite dal Direttore Generale del Dipartimento Salute.

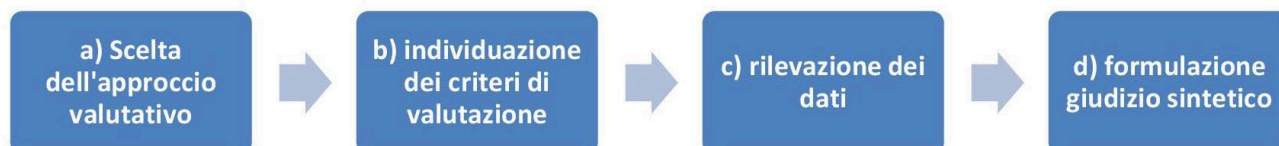
Nel PTPCT sono declinate - in relazione alla effettiva situazione organizzativa di A.Li.Sa. - le indicazioni, gli indirizzi e le prescrizioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Infatti, come previsto dall'art. 1, co. 2-bis, della l. 190/2012, con il PNA l'Autorità anticorruzione fornisce indicazioni alle pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), per coordinare l'attuazione delle strategie finalizzate al contrasto dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

Il PNA 2019 - 2021 ha proposto una diversa metodica, sistematica e graduale, di predisposizione dei Piani Anticorruzione delle singole Amministrazioni, prevedendo la modalità di realizzazione della mappatura dei processi secondo lo schema di seguito riportato:



Inoltre il PNA prevede la stima del livello di esposizione al rischio attraverso l'analisi così individuata



Partendo pertanto dalla misurazione dei singoli indicatori, il PNA indica come pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, identificando così le misure di prevenzione da attuare.

## 2. OBIETTIVI STRATEGICI ANTICORRUZIONE

### Obiettivi 2022 (DDG n. 2551/2022)

Regione Liguria - con Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 2551/2022 ad oggetto: "Gruppo di lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla D.G.R. n. 957/2021 e al D.D.G. n. 7878/2021: assegnazione obiettivi 2022" - aveva individuato i seguenti obiettivi per l'anno 2022:

- A. Approfondimento della tematica del conflitto di interessi in sanità e ricerca;

B. Approfondimento dei collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;

C. Attività di Formazione per gli RPCT e per il personale delle Aziende e degli Enti del S.S.R.

- Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;

- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;

- Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;

- Approfondimenti sull'articolazione e sviluppo del Piano Integrato Attività e Organizzazione alla luce dei provvedimenti attuativi;

D. Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e l'interpretazione uniforme della normativa in materia;

E. Collaborazione per la realizzazione del PIAO – Piano integrato di attività e organizzazione, in via di definizione;

F. Approfondimento in materia di accreditamento e certificazione ISO 37001 (che specifica le misure e i controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione) e alle risorse necessarie.

Il Gruppo di lavoro, suddiviso nei seguenti sottogruppi: Conflitto di interessi in sanità e ricerca (formazione sponsorizzata, informatori farmaceutici, incarichi extraistituzionali), Attività formative, Patti di integrità, Controllo di gestione (Performance), Attuazione PNA 2022-2024, ha prodotto il consueto Rapporto sulle proprie attività.

Il "Rapporto di attività anno 2022" è stato trasmesso al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali dal Coordinatore del Gruppo, Avv. Laura Oliveri, con prot. n. 58746 del 15/11/2022, e rendiconta le attività svolte e individua le strategie di prevenzione, le attività e le progettualità formative per il 2023.

Tra queste possono assumere particolare rilevanza per Alisa gli approfondimenti relativi alle tematiche che si riportano di seguito:

- **Procedure operative per la partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati**

Pur rivestendo per Alisa un rilievo marginale, l'esame dei potenziali conflitti di interesse e/o interessi economici significativi con l'attività di sponsor/promoter deve essere tuttavia preso in esame.

Infatti, nell'ambito delle attività formative/informative promosse e sponsorizzate da Case Farmaceutiche e/o fornitori di dispositivi medici o apparecchiature biomedicali, si possono

in astratto riscontrare profili di conflitto d'interessi, qualora i partecipanti possano incidere sull'aspetto decisionale in ordine alle scelte operative.

Tali aspetti - maggiormente rilevanti per le Aziende sanitarie, nell'ambito delle quali i partecipanti all'evento possono intervenire in ordine alla tipologia dei prodotti da utilizzare nell'attività lavorativa - sono stati oggetto di approfondimento da parte del Gruppo Regionale.

È stato infatti elaborato un documento contenente indicazioni e criteri per la concessione dell'autorizzazione alla partecipazione agli eventi ed è stata studiata e predisposta la relativa modulistica, adottabile dalle singole Aziende

- **Corso di approfondimento su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e sulla relativa applicazione alle Aziende Sanitarie**

In considerazione delle disposizioni contenute nello schema del PNA 2022 – 2024, è stato ritenuto opportuno rinviare ai primi mesi del 2023 la redazione definitiva dei contenuti del corso.

In ogni caso, il sottogruppo di lavoro ha elaborato un primo approfondimento delle disposizioni vigenti in materia, raccolto materiale relativo a casi concreti e/o direttive di ANAC, e predisposto una prima serie di slide.

- **Collaborazione per la realizzazione del PIAO – Piano integrato di attività e organizzazione**

Con nota prot. n. 22329 del 27.4.2022 il Dipartimento Salute e Servizi Sociali di Regione Liguria ha fornito indicazioni e direttive per la redazione del PIAO nell'intento di favorire un approccio condiviso alle problematiche connesse a organizzazione, performance e anticorruzione a livello regionale.

Ai fini di una redazione uniforme di tale documento, è stato costituito un Gruppo di Lavoro composto dal RPCT di Regione Liguria e dai referenti indicati da ciascuna Azienda sanitaria e sono state fornite linee guida ad hoc, che le singole amministrazioni sono tenute ad fare proprie.

- **Approfondimento dei collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance**

L'ANAC ha ribadito che le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza possono pervenire ad un significativo livello di efficacia solo se coordinate con gli strumenti di programmazione degli Enti e connotate nella loro attuazione dalla fattiva partecipazione di tutti i livelli dell'amministrazione.

In particolare, nel tempo, si rende sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della Performance.

Da un lato infatti nello schema del PNA 2022 – 2024, viene sottolineato, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico, il collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance.

Dall'altro, con l'introduzione del PIAO (ai sensi del DL n. 80/2021 e dei consequenziali DPR n. 81/2022 e DM 30 giugno 2022, n. 132) si è voluto dare concretezza agli aspetti inerenti l'integrazione dei processi di programmazione, controllo e valutazione.

In quest'ottica, sia la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge n. 190/2012, che la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici rilevanti ai fini della valutazione annuale del raggiungimento della performance.

In questa cornice normativa il Gruppo di Lavoro ha verificato che i Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle singole amministrazioni avessero dato priorità, nell'ambito degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, al coordinamento e all'integrazione con il Piano delle Performance.

A tal fine, inoltre, nella relativa relazione, il Gruppo di Lavoro suggerisce di privilegiare - quali migliori soluzioni metodologiche assunte in ciascuna azienda per il piano attuativo degli obiettivi di budget articolato nelle relative schede per struttura - obiettivi caratterizzati da concreta misurabilità con indicatori ben definiti, escludendo obiettivi configurabili quali meri adempimenti normativi.

- **Definizione di criteri comuni per la compilazione della modulistica relativa agli incarichi extra- istituzionali già disciplinati dal nuovo Codice di Comportamento**

Nell'ambito del documento riguardante l'aggiornamento al Codice di comportamento approvata dal Gruppo nel corso del 2021, è stato previsto che il dipendente che richiede di svolgere attività extra-istituzionali è tenuto a rendere una dichiarazione che attesti l'insussistenza di qualsiasi interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza e il "provider", lo "sponsor" o qualunque società o ente privato per il quale il dipendente richiede l'autorizzazione.

Ai fini della dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse, è stata approvata una specifica modulistica, la cui formulazione ha presupposto l'adozione di criteri comuni tra le amministrazioni relativamente alla definizione del concetto di interessi economicamente significativi.

A fronte della difficoltà di definire il concetto di interesse economicamente significativo - che fino ad ora è stato interpretato esclusivamente come interesse finanziario - nonché dei relativi parametri oggettivi, opererà, per l'anno 2023, uno specifico gruppo di lavoro.

In ultimo, al fine dell'applicazione e dell'interpretazione uniforme della normativa in materia, proseguirà, per l'anno in corso, la collaborazione - avviata nel primo semestre 2022 - tra il Gruppo di Lavoro regionale ed il Responsabile Anticorruzione di Regione Liguria.

Quanto sopra allo scopo di individuare linee di indirizzo comuni per la predisposizione dei PIAO aziendali, dettate dalla necessità di fornire ai vari enti del SSR indicazioni omogenee nella fase di prima applicazione, nonché di proseguire la proficua cooperazione nell'ottica di realizzare la rete di condivisione ed omogeneizzazione auspicata dalla Regione Liguria.

### **Programmazione e Obiettivi 2023**

Con deliberazione n. 1010 del 21.10.2022 la Giunta Regionale ha stabilito gli obiettivi strategici di sistema in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il 2023.

Pertanto, in conformità con quanto previsto dal succitato provvedimento, considerato il lavoro svolto e gli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia, il Gruppo di Lavoro ritiene necessario, per l'anno 2023, approfondire le seguenti tematiche:

- A. Applicazione del PNA 2022 – 2024 con particolare riferimento all'area di rischio dei contratti pubblici;
- B. Conflitto di interessi in sanità e ricerca;
- C. Collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;
- D. Attività di Formazione per gli RPCT e per il personale delle aziende e degli enti del SSR:
  - Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;
  - Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
  - Approfondimenti su inconfiribilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;
- E. Definizione procedure per pantouflage;
- F. Definizione regolamento su rotazione del personale ed eventuali misure compensative;
- G. Aggiornamento modulistica comune in materia di trasparenza;
- H. Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e interpretazione uniforme della normativa in materia;
- I. Predisposizione delle attività propedeutiche per l'accreditamento e la certificazione ISO 37001 che specifica le misure e i controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione;

- J. Monitoraggio interno per la verifica dell'attuazione delle linee guida e documenti prodotti dal Gruppo Regionale ed approvati dal Direttore del Dipartimento Salute.

Inoltre il Gruppo si atterrà alle indicazioni e agli obiettivi che eventualmente gli venissero specificamente assegnati da Regione Liguria.

### **Obiettivi strategici prioritari in materia di prevenzione della corruzione**

I Direttori Generali del SSR hanno l'obbligo, ai sensi dell'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012, di definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per l'aggiornamento della sezione PTPCT interna al PIAO.

A tal fine, considerato che il rispetto degli obblighi di trasparenza è uno tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali stessi, Regione Liguria ha proposto a tutte le Aziende ed Enti del SSR alcuni obiettivi prioritari che, per la loro importanza e trasversalità, si prestano ad un'applicazione comune.

Alisa, pertanto, ha individuato, tra quelli proposti, i seguenti obiettivi strategici:

- 1) Aggiornare la tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022 – 2024;
- 2) Verificare che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento di ogni singola amministrazione siano stati opportunamente modificati per arginare i rischi di conflitto di interesse in relazione alle richieste/comunicazioni di partecipazione ad eventi sponsorizzati da aziende farmaceutiche.

Infine, per quanto concerne l'attività pregressa, si rende necessario portare a piena attuazione, nel corso del 2023, quanto programmato dal Gruppo di Lavoro negli anni precedenti:

- attivazione procedure informatizzate per la gestione del whistleblowing e monitoraggio del numero di segnalazioni pervenute e relativo esito;
- attivazione del registro informatico degli accessi;
- applicazione delle linee guida sulle inconferibilità, incompatibilità, e monitoraggio delle verifiche effettuate;
- applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni;
- attivazione dei corsi sulla gestione del conflitto di interessi e sull'antiriciclaggio.

### **3. Finalità e contenuti**

Il P.T.P.C. è un programma di 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 specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

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.

Spetta al Piano triennale il compito di integrare ed attuare la disciplina dettata dal Piano Nazionale Anticorruzione, e dai successivi aggiornamenti tenendo conto delle specificità e dell'assetto organizzativo di ogni singola amministrazione, provvedendo a eventuali revisioni (con cadenza almeno annuale) delle misure adottate.

In particolare il PNA richiama con forza l'attenzione delle Pubbliche Amministrazioni, al processo di gestione del rischio che:

- costituisce parte integrante del processo decisionale;
- deve interessare tutti i livelli organizzativi, in particolare gli organi di indirizzo, i dirigenti e il RPCT;
- implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo;
- esclude attività di tipo ispettivo o repressive;
- assicura l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni.

Inoltre il PTPC persegue, in sintesi, le altre seguenti finalità:

- individuare, tra le attività dell'Azienda, quelle più esposte al rischio di corruzione e prevedere meccanismi di neutralizzazione e/o riduzione del rischio. Peraltro alcune aree, a rischio più elevato, sono da individuare obbligatoriamente ex art. 1 comma 16 della L. 190/2012 (autorizzazioni e concessioni, scelta del contraente, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, concorsi e prove selettive);
- coinvolgere i dirigenti e tutto il personale dell'Azienda, in particolare quello addetto alle aree a rischio più elevato, nell'attività di analisi, valutazione, proposta e definizione delle misure previste nel Piano;
- individuare le azioni che l'Azienda deve adottare per prevenire il rischio di corruzione, quali:
  - l'introduzione di adeguate forme di controllo interno;
  - l'adozione – ove possibile – di sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
  - l'attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza;
  - l'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle PP.AA.;
  - l'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazioni non soltanto dei doveri di comportamento ma anche delle prescrizioni contenute nel PTPCT;
  - l'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi;
  - l'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni;
  - l'adozione di misure volte a garantire l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
  - l'adozione di specifiche attività di formazione del personale, con particolare attenzione al RPCT, ai dirigenti ed ai dipendenti che collaborano con lo stesso;
- promuovere il pieno assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza di cui al D.Lgs. n. 33/2013.



#### **4. Adozione, Pubblicazione e Soggetti coinvolti**

I P.T.P.C.T. debbono essere proposti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e adottati dall'organo di indirizzo di ogni singola amministrazione.

In A.Li.Sa. viene adottato - quale allegato del PIAO - con deliberazione del Direttore Generale su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Il PTPCT viene pubblicato sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, di A.Li.Sa.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono tenuti a rendere noto il Piano ai rispettivi dipendenti e collaboratori al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, quando si procede a modifiche dello stesso.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato annualmente in ottemperanza all'art. 1, comma 8, della L. n. 190/2012 e ss.mm.ii., con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri soggetti, interni ed esterni, coinvolti nel processo di gestione.

Per l'anno 2023 il Piano deve essere adottato entro il 31 marzo come da indicazioni del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

##### **•Ambito di applicazione**

Il presente Piano si applica, compatibilmente con le specificità delle tipologie di rapporto con A.Li.Sa., oltre che ai dipendenti con contratto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, è inserito il richiamo al Codice di Comportamento vigente;
- la violazione, da parte dei dipendenti dell'Azienda, delle misure di prevenzione previste dal Piano

costituisce illecito disciplinare;

- nei contratti di affidamento per la fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, in caso di violazione delle disposizioni del PTPCT e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata da A.Li.Sa. nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.
- **Soggetti coinvolti e compiti**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione in A.Li.Sa. sono molteplici e partecipano alla predisposizione e all'aggiornamento del PTPCT nonché alla corretta applicazione della normativa in materia di lotta alla corruzione.

Tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti, così come previsto dall'art. 1, comma 44, della L. n. 190/2012. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del RPCT deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione aziendale.

Tutte le articolazioni aziendali sono tenute a fornire il loro supporto collaborativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza secondo le modalità di raccordo concordate con il medesimo.

## **Direttore Generale**

Il Direttore Generale svolge le seguenti funzioni in materia di anticorruzione:

- Nomina il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT), ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 190/2012;
- adotta il PIAO contenente il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e i relativi aggiornamenti e ne cura la trasmissione all'Anac;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- adotta tutti gli atti di indirizzo a carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e trasparenza.

## **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) riferimenti normativi**

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 190/2012 il Commissario straordinario di A.Li.Sa., con Deliberazione n. 326 del 30/10/2019, ha nominato la dott.ssa Maria Paola Compiano Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Di seguito si elencano compiti e funzioni del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza:

- elabora e aggiorna annualmente la proposta di Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e la presenta al Direttore Generale/Commissario straordinario per l'approvazione, curandone la pubblicazione nel sito internet di A.Li.Sa. nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- accerta la diffusione e la pubblicizzazione del PTPCT all'interno delle articolazioni aziendali;
- verifica l'attuazione del Piano, propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
- presenta, entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione sull'attuazione del Piano nell'anno di riferimento e la pubblica sul sito internet dell'amministrazione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente e il dirigente della S.C. Personale, l'effettiva rotazione degli incarichi, ove possibile, nei settori particolarmente esposti alla corruzione, tenendo presenti i vincoli derivanti dall'attuale stato della dotazione organica e dell'organizzazione;
- individua, d'intesa con il dirigente competente, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- provvede all'aggiornamento della sezione relativa alla trasparenza, ne cura il monitoraggio e l'attuazione, assume iniziative per promuovere la cultura della trasparenza;
- in sede di aggiornamento del PTPCT, o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari;
- svolge i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- segnala al Direttore Generale, ai Direttori di Area, all'O.I.V., all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'U.P.D., i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- controlla ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico; verifica il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge da parte dei dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione;
- effettua ispezioni e verifiche presso ciascun ufficio di A.Li.Sa. al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi. Le ispezioni e verifiche avverranno in una ottica di collaborazione volta al miglioramento progressivo dell'azione dell'Ente e di tutto il personale operante;
- verifica e chiede delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutto il personale su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- richiede ai dipendenti che hanno istruito un procedimento di fornire motivazioni per iscritto circa le circostanze di fatto e di diritto che sottendono all'adozione del provvedimento finale.

In tale contesto il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, comma 7, D.Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

Il RPCT segnala all'organo di indirizzo (Direttore Generale) e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 7, L. n. 190/2012).

Ove il RPCT riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare, avvalendosi della S.S.D. Affari generali e Legali, tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

Qualora il RPCT riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare, avvalendosi dei Servizi competenti in relazione alla fattispecie, denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

## **I Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, e i Dirigenti**

I Direttori e tutti i Dirigenti responsabili di Strutture Complesse, di Strutture Semplici Dipartimentali e di Strutture Semplici, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria;
- osservano le misure contenute nel Piano e informano i propri collaboratori su tutte le misure di prevenzione declinate nel Piano;
- danno piena attuazione alle direttive impartite dal RPCT e forniscono allo stesso il necessario supporto;
- danno tempestiva informazione al RPCT di ogni mutamento nell'organizzazione o nell'attività della propria struttura che possa avere effetti significativi sul PTPCT;
- partecipano al processo di gestione del rischio. In particolare l'art. 16 del D.Lgs. n. 165 del 2001 dispone che concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1 bis);
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1 ter);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art.

16, comma 1 quater);

- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) e il Codice di Comportamento aziendale (Deliberazione A.Li.Sa. n. 5 del 28/10/2016).

## **Direttore delle Risorse Umane**

Il Direttore delle Risorse Umane assume, per quanto riguarda la prevenzione della corruzione, un ruolo di particolare rilevanza.

Si riportano di seguito i principali adempimenti:

- fornisce ogni indispensabile informazione ai soggetti di nuova assunzione e/o collaborazione circa le disposizioni contenute nel presente piano e sugli obblighi imposti dalla normativa per la prevenzione della corruzione e dai regolamenti interni in materia;
- assicura la rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.  
La rotazione del personale è lo strumento strategico individuato dalla normativa per evitare/ridurre il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione ed utenza con il consolidarsi di situazioni di privilegio. La verifica di fattibilità avviene attraverso:
  - la preventiva identificazione degli uffici e servizi destinatari delle procedure;
  - definizione dei tempi di rotazione;
  - coinvolgimento del personale in corsi di formazione mirati e la previsione di attività di affiancamento per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti.
- procede, in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale e in caso di avvio di procedimento disciplinare a carico di un dipendente per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto:
  - per il personale dirigenziale: alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.;
  - per il personale del Comparto: all'assegnazione ad altro servizio, ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. l quater.

Occorre tuttavia sottolineare che le attività che ruotano attorno alla Sanità, per la maggior parte dei casi, sono caratterizzate da una professionalità infungibile o per la necessità di un titolo di studio specifico o per il possesso di particolare esperienza acquisita negli anni e quindi non facilmente sostituibile.

Altra fonte di ostacolo alla realizzazione, piena ed effettiva, della rotazione del personale è spesso rappresentata dalla dimensione degli uffici/reparti e dalle esigue unità dei dipendenti operanti negli stessi.

Il PNA 2016 ha evidenziato ampiamente le criticità che emergono nella sanità in merito all'applicabilità del principio della rotazione, prevedendo come ipotesi alternativa alla rotazione - nei casi di competenze infungibili - la c.d. "segregazione di funzioni" attuabile nei processi

decisionali composti da più fasi e livelli (es. il ciclo degli acquisti composto dalle varie fasi di programmazione ed esecuzione del contratto).

- vigila sullo svolgimento delle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro. Ferme restando le disposizioni vigenti, l'art. 53 del d.lgs. 165/2001, integrato dalla L. 190/2012, dispone che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PP.AA. non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della p.a. svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli.
- verifica che il personale, dirigenziale e non, da reclutare per l'inserimento nelle Strutture ad alto rischio di corruzione abbia reso espressa dichiarazione di non aver riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati commessi contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del C.P.), né di aver ricevuto – nel biennio precedente – sanzione disciplinare per atti o fatti di analoga natura.

Tutte le presenti disposizioni si configurano quale strumento di prevenzione e la loro violazione comporta responsabilità dirigenziale.

## **Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**

La violazione, da parte dei dipendenti dell'Azienda, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

L'Ufficio procedimenti disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis D.Lgs. n. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20, D.P.R. n. 3/1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in raccordo con il Responsabile per la Prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento dei dipendenti di A.Li.Sa.

## **I dipendenti dell'Azienda**

I dipendenti di A.Li.Sa. sono tenuti a:

- osservare le misure contenute nel PTPC la cui violazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. n. 190/2012, costituisce illecito disciplinare;
- partecipare al processo di gestione del rischio;

- segnalare eventuali comportamenti illeciti, al proprio dirigente o alla S.C. Personale;
- segnalare casi di personale conflitto di interessi, astenendosi obbligatoriamente dal compiere l'attività;
- segnalare al dirigente di riferimento o al RPTC l'apertura di eventuali procedimenti penali o procedimenti contabili per fatti contro la pubblica amministrazione, entro quindici giorni dalla ricezione del provvedimento;
- partecipare alle attività formative in materia di anticorruzione e trasparenza.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare.

### **Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione:

- verifica la coerenza tra i Piani triennali e gli obiettivi della *performance*;
- verifica il contenuto della Relazione sull'attività di prevenzione della corruzione;
- può effettuare audizioni di dipendenti;
- riferisce all'Anac sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

### **Il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP – DPO)**

Il Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39) ha introdotto nelle Amministrazioni la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Tale figura costituisce un riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza.

Tale incarico è stata affidato a seguito di procedura ad evidenza pubblica all'Avv. Franco Angelo Ferraro (Deliberazione A.Li.Sa. n. 180 del 31/5/2021).

## 5. Gestione del rischio corruzione: analisi del contesto esterno ed interno

In base alle teorie di *risk management*, il processo di gestione del rischio di corruzione si suddivide in tre "macro fasi":

1. analisi del contesto (esterno ed interno);
2. valutazione del rischio (identificazione degli eventi di rischio, analisi e ponderazione del rischio);
3. trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

### Analisi del contesto esterno

A.Li.Sa. è stata espressione di un ripensamento complessivo del sistema di governo della sanità regionale rivolto alla piena sostenibilità del sistema socio-sanitario, a fronte del contestuale aumento della domanda assistenziale, tenuto conto dell'incremento delle patologie croniche, dell'invecchiamento della popolazione e dell'innovazione tecnologica.

La missione principale di A.Li.Sa. è quella di garantire – attraverso l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate – non solo il mantenimento del livello qualitativo raggiunto dai servizi sanitari e sociosanitari erogati agli assistiti in Regione Liguria ma il suo miglioramento continuo.

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 1136 del 30/12/2020, è stato avviato un processo di complessiva riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, prevedendo altresì una ridefinizione del ruolo di A.Li.Sa. da sostanzarsi – rispetto ai primi indirizzi impartiti con il sopra citato provvedimento – nel:

- potenziamento delle funzioni di coordinamento, presidio e monitoraggio dell'emergenza sanitaria di qualsiasi natura, ivi comprese quelle relative a epidemie e pandemie;
- concentrazione delle funzioni di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e di programmazione e gestione delle risorse dello stesso in capo all'amministrazione regionale;
- riconduzione della Centrale Regionale di Acquisto nell'ambito della Stazione unica appaltante regionale ai fini di una riforma complessiva di tale plesso organizzativo;

individuando tra le funzioni svolte da A.Li.Sa. le seguenti da ricondursi preliminarmente alla gestione della Giunta regionale:

- programmazione e gestione economico-finanziaria delle misure e degli interventi per la non autosufficienza e per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare;
- procedimenti di autorizzazione alle assunzioni del personale del S.S.R.;
- procedure relative al reclutamento del personale del Servizio Sanitario Regionale.

A detti indirizzi è stata data applicazione attraverso l'approvazione, da parte del Consiglio Regionale, della L.R. 2/2021, di riorganizzazione delle attività di approvvigionamento di beni e servizi nell'ambito regionale, riconducendo, tra l'altro, le funzioni e le relative attività svolte da A.Li.Sa. quale centrale di committenza per l'acquisto di beni e servizi sanitari occorrenti al SSR alla Stazione Unica Appaltante Regionale.

L'analisi di contesto esterno, come raccomandato dal ANAC, viene definita attraverso l'utilizzo dei dati oggettivi e soggettivi, disponibili in materia di sicurezza e legalità e, in particolare, di prevenzione della corruzione. L'obiettivo è quello valutare l'incidenza del fenomeno e favorire l'analisi e valutazione del rischio e il monitoraggio dell'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione.



Al fine di individuare il contesto esterno con riferimento ai soggetti che interagiscono con A.Li.Sa. in forza delle sue competenze e che, pertanto, possono influenzarne l'attività è utile, preliminarmente, individuare i prevalenti ambiti di intervento, così come ancora attribuiti a partire dalla L.R. n. 17/2016:

- ✓ funzioni di coordinamento operativo delle Aziende Sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale;
- ✓ redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del Servizio Sanitario Regionale quali:
  - funzioni di programmazione, governance e politiche relative alla formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale;
  - governance relativa a compiti e funzioni per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente e gestione diretta del rischio (L.R. 28/2011);
  - infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
  - accertamento del possesso dei requisiti nell'ambito delle procedure di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e di accreditamento istituzionale delle stesse svolgendo le funzioni di organismo tecnicamente accreditante (OTA) secondo quanto stabilito dalla L.R. n. 9/2017;
  - definizione e stipula degli accordi e dei contratti per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie con i soggetti erogatori pubblici e privati;
  - programmazione dell'offerta specialistica ambulatoriale e della gestione del contratto CUP (DGR 279/2019);
  - monitoraggio, verifica e controllo sulla corretta codifica ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate (Nuclei di Controllo delle attività ospedaliere ed ambulatoriali – NOC, DGR 279/2019);
  - le funzioni di governance nell'ambito dei servizi della farmaceutica ospedaliera e territoriale attribuite ad A.Li.Sa. dalla D.G.R. n. 228/2017;
  - servizi tecnici per la valutazione della HTA;
- ✓ accentramento delle procedure di reclutamento del personale, in via di revisione ai sensi della DGR 1136/2020 citata;
- ✓ programmazione e gestione economico-finanziaria delle misure per la non autosufficienza e per i disabili gravi privi di sostegno familiare in via di revisione ai sensi della DGR 1136/2020 citata e successive modifiche;

Successivamente l'art. 29 della L.R. n. 21/2022, modificando l'art. 3 della L.R. n. 17/2016 ha introdotto - alla lettera i) del comma 2 - la competenza di A.Li.Sa. su:

- la definizione del fabbisogno delle singole ASL per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza;
- la definizione del volume massimo delle prestazioni erogabili nel territorio ASL distinto per tipologia e modalità di assistenza anche in relazione alla capacità produttiva delle singole ASL;
- la definizione del budget da assegnare annualmente alle singole ASL suddiviso per tipologia di prestazioni e modalità di assistenza ed eventuali variazioni.

Sulla base degli ambiti di intervento come sopra descritti, i soggetti che interagiscono con A.Li.Sa. sono:

- Amministrazioni Statali;
- Regione ed Enti locali;
- Aziende ed Enti del SSR;
- Operatori economici;
- Associazioni di categoria;
- Osservatori Regionali;
- Organizzazioni sindacali rappresentative degli operatori economici;
- Organizzazioni sindacali dei lavoratori;
- Associazioni degli Ordini professionali;
- Associazioni di volontariato.

### **Analisi del contesto interno**

La normativa regionale attribuisce ad A.Li.Sa. anche la definizione e la stipula degli accordi con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, l'attività di verifica, di controllo e di vigilanza sul possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie sia in relazione al procedimento di autorizzazione all'esercizio che per quanto concerne l'accreditamento istituzionale.

Alla data del presente piano, le strutture presenti in A.Li.Sa. sono quelle rappresentate nell'organigramma di seguito riportato (l'Atto di Autonomia Aziendale è stato adottato con Deliberazione n. 207/2018 e parzialmente rettificato con Deliberazioni nn. 374 dell'11/12/2019 e 214 del 21/6/2021).

È tuttora in corso di definizione il provvedimento deliberativo di modifica dell'Atto di Autonomia Aziendale.

Quanto sopra potrà incidere su competenze e funzioni dell'Azienda e conseguentemente sulle previsioni organizzative e operative del presente piano.

Si riporta di seguito l'organigramma aziendale come risultante dalla Deliberazione A.Li.Sa. n. 214 del 21/6/2021 ad oggetto: "Deliberazione del Commissario Straordinario di A.Li.Sa. n. 374 del 11.12.2019, ad oggetto "Parziale rettifica all'Atto di Autonomia Aziendale ed approvazione della dotazione organica: aggiornamento".

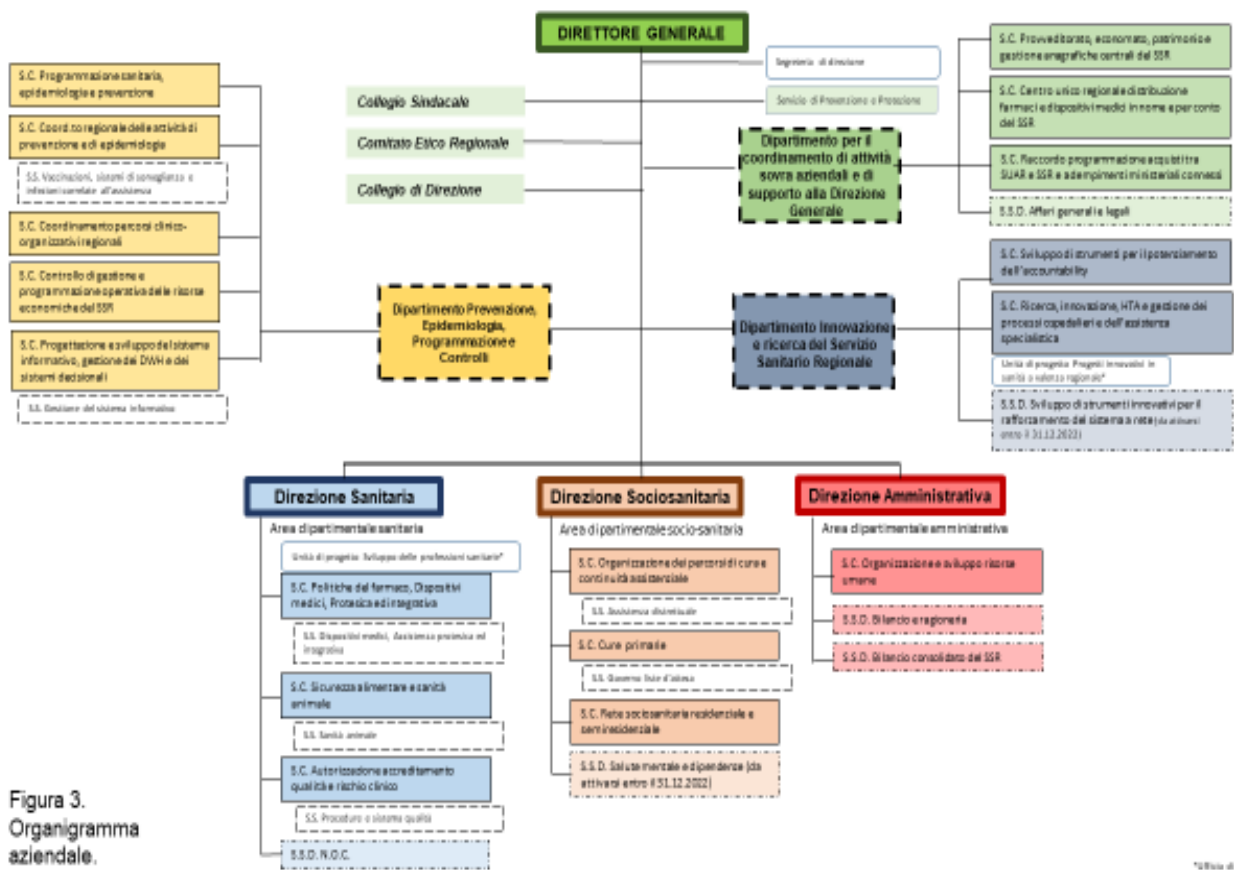


Figura 3. Organigramma aziendale.

\*Officio di livello dirigenziale

## **Analisi del contesto esterno e interno**

Attraverso l'esame del contesto esterno ed interno dell'amministrazione, si rappresentano di seguito i relativi elementi positivi/opportunità nonché le criticità.

- Elementi Positivi/Oportunità
  - 1) Buona disponibilità del personale nel far fronte alle esigenze che insorgono;
  - 2) Buona regolarità e qualità dell'attività formativa di settore;
  - 3) Gruppo di lavoro regionale.
  
- Criticità
  - 1) Mancanza di risorse umane a supporto del RPCT;
  - 2) Mancata sistematizzazione dei controlli interni.

## **5. La metodologia di analisi e valutazione del rischio: determinazione della probabilità, dell'impatto e trattamento del rischio**

Al fine di poter valutare i rischi di processo, A.Li.Sa. fa riferimento alla metodologia di analisi del rischio prevista da ANAC. L'obiettivo è fornire ad ogni responsabile di processo un'adeguata consapevolezza del rischio di corruzione e dei relativi impatti che questa può avere sull'Azienda e, di conseguenza, sugli stakeholder (aziende sanitarie del SSR, cittadini, utenti, operatori economici) quale fondamentale pre-requisito per un'efficace attività di contrasto della corruzione.

### **Mappatura dei processi aziendali**

Partendo da quanto indicato nell'Atto aziendale di cui alla deliberazione n. 214/2021 e tenuto conto del suo stato di attuazione, dell'operatività dei processi gestiti da A.Li.Sa. e da quanto previsto dai precedenti Piani per la Prevenzione della Corruzione, è stata messa a punto una prima parziale mappatura degli stessi.

Per ogni macro area, ed esclusivamente nell'ambito dei principali rischi individuati per ogni tipologia di processo, vengono valutati i possibili comportamenti a rischio di corruzione e conseguentemente la appropriata individuazione delle misure specifiche di prevenzione da attuare.

Va inoltre sottolineato che la maggior parte dell'attività di A.Li.Sa., essenzialmente di governance - fatte salve le specifiche funzioni amministrative individuate - non è riconducibile a procedimenti amministrativi standardizzabili.

### **La tracciabilità dei procedimenti**

I Responsabili delle strutture aziendali sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti attribuiti alla propria competenza in attuazione di quanto previsto dalla normativa in tema di Amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.) mediante:

- la dematerializzazione dei flussi amministrativi tramite la razionalizzazione degli stessi e la trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli

atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare le fasi del procedimento, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità ed inefficienze;

- la semplificazione dei flussi documentali;
- la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;

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

### **Determinazione della probabilità**

Con il presente PTPCT A.Li.Sa. intende portare a conoscenza di ogni responsabile di struttura la probabilità che si verifichi per i processi gestiti uno specifico evento corruttivo partendo dalla raccolta di tutti gli elementi informativi sia di natura oggettiva (es.: eventi di corruzione specifici già occorsi in passato nell'ambito del SSR), che di natura soggettiva (es.: contesto ambientale, motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive, strumenti in loro possesso).

### **Determinazione dell'impatto e valutazione del rischio**

Analogamente, l'impatto è valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe:

- sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc.;
- sugli stakeholder (aziende del SSR, cittadini, utenti, imprese), a seguito del degrado del servizio reso all'intero SSR a causa del verificarsi dell'evento di corruzione.

La valutazione del rischio è quindi la fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

L'attività di valutazione del rischio prevede il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti i dirigenti, i quali sono i principali soggetti che detengono una sicura conoscenza di come si configurano i processi decisionali, quali sono i profili di rischio che possono presentarsi e, conseguentemente, identificare le misure di prevenzione più adeguate alle caratteristiche dei rispettivi processi.

Il prodotto derivante da questi due fattori (probabilità e impatto) potrà avere, come possibile esito, tre valori di rischio: "Basso", "Medio" e "Alto" e ai fini operativi, la pesatura dei rischi consentirà di determinare il "rischio inerente" di ogni attività/azione, ossia il rischio che una attività incorpora prima di considerare i controlli o altri fattori di mitigazione da porre in essere. Per i valori Medio e Alto si renderà quindi necessario un adeguato, seppur differenziato, trattamento in termini di mitigazione del rischio, con idonee misure preventive.

### **Trattamento del rischio**

L'attività di descrizione dei processi e di valutazione dei rischi definisce le azioni da porre in essere per il trattamento dei relativi rischi. Analogamente sono specificate le modalità di monitoraggio dei piani di contenimento e mitigazione dei rischi individuati oltre ad audit specifici per processi con rischi "medio-alto". Al contempo continuano ad essere applicate per i processi ritenuti oggettivamente più critici quali: gestione delle gare - gestione delle procedure concorsuali - procedure per la parte di competenza di A.Li.Sa. relative alle autorizzazioni all'esercizio e all'accreditamento istituzionale, le misure di carattere generale previste nel successivo punto 7.

## **6. Misure e strumenti di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione**

### **Trasparenza**

La delibera ANAC n. 831/2016 definisce la trasparenza quale strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

Al riguardo si rimanda alla sezione del Piano dedicata alla Trasparenza che riporta anche gli obblighi stabiliti a seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016.

### **Codice di comportamento**

L'osservanza dei doveri contemplati nel Codice costituisce misura fondamentale di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e indirizzano l'azione amministrativa.

La Legge n. 190/2012 chiarisce che la violazione dei doveri previsti dal Codice generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice aziendale integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare, fermi restando i casi in cui la violazione dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

In A.Li.Sa., il Codice di comportamento dei dipendenti è stato adottato con deliberazione del Commissario n. 5 del 28/10/2016, contestualmente all'approvazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2016-2018 e benché approvato prima della delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 recante "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ne rispetta fondamentalmente gli indirizzi.

Del Codice di comportamento aziendale è stata data ampia diffusione a tutti i dipendenti e a tutti i soggetti indicati nel D.P.R. n. 62/2013 a mezzo di pubblicazione sul sito web.

## **Formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza**

L'Azienda intende favorire l'attuazione della formazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione. A.Li.Sa. ha programmato lo svolgimento dell'attività di formazione su due livelli:

- livello specifico, rivolto al RPCT, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio;
- livello generale, rivolto a tutto il personale presente in Azienda per l'aggiornamento delle competenze, le tematiche dell'etica e della legalità.

L'impegno di ALISA, nei confronti dell'etica pubblica e dell'integrità del Sistema socio-sanitario regionale si è concretizzato, nel corso degli anni, nella organizzazione di contatti e confronti periodici coordinati con le Aziende sanitarie ed i rispettivi Responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), al fine di costruire un vero e proprio network permanente in tema di prevenzione del rischio corruzione.

Quanto sopra per consolidare la consapevolezza di tutti i soggetti che operano in ambito aziendale e favorire la più ampia condivisione dei valori di integrità e trasparenza alla base del "sistema regione", nonché quello di strutturare in modo adeguato la programmazione e l'attuazione delle misure di prevenzione.

Nel contempo, al fine di superare l'approccio amministrativo/burocratico alla prevenzione dell'evento corruttivo, i percorsi formativi devono favorire un'attitudine alla governance dei rapporti con tutti i soggetti coinvolti, valorizzare il profilo etico dell'attività professionale attraverso adeguate soluzioni operative ed organizzative per la corretta compliance normativa nei diversi contesti. Tutto ciò allo scopo di creare un linguaggio ed una cultura comuni tra area sanitaria ed area tecnico-amministrativa, utilizzando concetti, strumenti e approcci metodologici condivisi e mutuati dalla cultura del risk management sanitario e con una concreta ricaduta positiva sugli assetti e processi organizzativi di ciascuna singola realtà aziendale. Questo intento presuppone necessariamente l'attivazione di un programma di formazione aziendale rivolto in particolare agli operatori di Alisa e connotato in base alla specifica peculiarità del settore sanitario.

Stante la specificità dell'Azienda, le cui caratteristiche risultano tipiche e ancora innovative nel contesto della amministrazione pubblica regionale del settore della sanità, si deve continuare a concentrare l'attenzione sulle procedure e sulle attività che per la loro possibile esposizione al rischio corruttivo devono essere privilegiate nella individuazione delle adeguate misure di prevenzione quali le procedure per la concessione dell'accreditamento istituzionale, i processi per la contrattazione per l'acquisizione delle prestazioni sanitarie con le strutture private accreditate ed in genere ogni modalità di attività che in periodo di emergenza pandemica deve contestualmente rispettare sia l'eccezionalità e l'urgenza degli interventi che il rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia.

### **Piano formativo 2023**

L'attività formativa, anche per l'anno 2023, è stata progettata dal Gruppo di Lavoro in modo da poter garantire l'uniformità in ambito regionale individuando i seguenti obiettivi specifici:

- Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;
- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;

- Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie.

In particolare, per quanto riguarda il corso di approfondimento su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi - anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e della relativa applicazione alle Aziende Sanitarie – si rende necessario procedere alla redazione definitiva dello stesso, tenuto conto delle disposizioni contenute nello schema del PNA 2022 – 2024.

## **Conflitto di interessi**

L'art. 6 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013) e l'art. 7 del Codice di comportamento dei dipendenti di A.Li.Sa., impongono al dipendente di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, di parenti o di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano motivate ragioni di convenienza.

Nei casi suddetti il dipendente è tenuto a comunicare per iscritto, al responsabile dell'ufficio di appartenenza, la propria astensione e le relative motivazioni. Sull'astensione decide il suddetto responsabile che potrà, ove ritenuto opportuno, avvalersi del parere del Responsabile dell'Anticorruzione. Tutti i casi di astensione verranno documentati e conservati in apposito sotto-fascicolo contenuto all'interno del fascicolo personale di ciascun dipendente.

La legge n. 190/2012 ha inciso anche sulle disposizioni normative vigenti in materia di incompatibilità ed incarichi extraistituzionali del personale delle pubbliche amministrazioni, rendendo più stringenti e tempestivi gli adempimenti tanto delle amministrazioni, quanto dei dipendenti pubblici.

Nel concedere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, viene posta particolare attenzione alla verifica circa l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi che potrebbero indebitamente influenzare l'adempimento dei doveri istituzionali.

Nel corso del 2021 sono state attuate le "Indicazioni operative" emanate da A.Li.sa su proposta del gruppo interaziendale degli RPCT della Aziende ed Enti sanitari della Regione Liguria, sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alla sussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità per gli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio sanitario (procedure previste come misura generale dal PTPCT 2021 -2023) di seguito meglio descritte.

Nel corso del 2022 il Gruppo di lavoro ha proceduto alla definizione dei criteri comuni per la compilazione della modulistica relativa agli incarichi extra - istituzionali già disciplinati dai Codici di Comportamento: è stato previsto che il dipendente che richiede di svolgere attività extra-istituzionali sia tenuto a rendere una dichiarazione che attesti l'insussistenza di qualsiasi interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza e il "provider", lo "sponsor" o qualunque società o ente privato per il quale il dipendente richiede l'autorizzazione.

Ai fini della dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse, è stata approvata una specifica modulistica, la cui formulazione ha presupposto l'adozione di criteri comuni tra le amministrazioni relativamente alla definizione del concetto di interessi economicamente significativi.



A fronte della difficoltà di definire il concetto di interesse economicamente significativo -che fino ad ora è stato interpretato esclusivamente come interesse finanziario - nonché dei i relativi parametri oggettivi, opererà, per l'anno 2023, uno specifico gruppo di lavoro.

SOGGETTI TENUTI ALLA DICHIARAZIONE:

- 1) Dipendenti: al momento dell'assegnazione dell'ufficio;
- 2) Dirigenti e incarichi di funzione: al momento dell'affidamento dell'incarico;
- 3) Consulenti esterni: al momento del conferimento dell'incarico.

### **Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità**

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico" ha introdotto una disciplina specifica sia in tema di inconferibilità di incarichi dirigenziali che in tema di incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.

Le cause di inconferibilità comportano una preclusione all'assunzione dell'incarico dirigenziale. Le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante la rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili.

In particolare, le ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali riguardano:

- a) soggetti che siano destinatari di sentenze di condanna per reati contro la pubblica amministrazione;
- b) soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- c) componenti di organi di indirizzo politico.

Le ipotesi di incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali concernono, invece:

- a) incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni nonché lo svolgimento di attività professionale;
- b) incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico.

Conformemente a quanto richiesto dall'articolo 20 del D.lgs. n. 39 del 2013, tutti i dirigenti dell'A.Li.Sa. hanno rilasciato apposita dichiarazione in merito all'insussistenza di alcuna delle cause di inconferibilità o incompatibilità previste dal medesimo decreto, impegnandosi, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni successivamente intervenute.

### **Art. 53, c. 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 (cd. *pantouflage* o *revolving door*)**

In attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001, comma introdotto dall'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di A.Li.Sa., 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 dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di

servizio il dipendente possa artificialmente 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.

Al fine di garantire il rispetto della delineata normativa:

- il Dirigente della S.C. Personale è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o 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 Dirigenti delle strutture che effettuano affidamenti sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, sia inserita la condizione a carico dei soggetti partecipanti di non aver assunto come dipendenti o affidato incarichi professionali ad ex dipendenti di A.Li.Sa. che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto degli enti nei loro confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto. E' disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al presente punto.

## **Whistleblowing**

L'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", è una misura di prevenzione della corruzione. La cui finalità è di evitare che vengano omesse segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze, dirette o indirette, pregiudizievoli per le proprie condizioni di lavoro.

In merito sono state a suo tempo approvate, contestualmente all'approvazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (Deliberazione di A.Li.Sa. n. 5/2016) specifiche linee guida aziendali per la tutela del personale dipendente che segnala illeciti o irregolarità (whistleblowing).

Inoltre Alisa, 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 (e-mail dedicata e moduli per la segnalazione di condotte illecite e/o discriminatorie). Nessuna segnalazione è stata effettuata nel corso del 2022.

## **Accesso agli atti, civico, generalizzato e accesso agli atti e informazioni ambientali**

Si rimanda alla sezione del Piano dedicata alla Trasparenza.

## 7. Individuazione dei rischi di processo e delle aree a maggior rischio di corruzione

Il P.T.P.C. individua misure attuabili, da realizzare con certezza e su cui vigilare quanto alla effettiva applicazione e alla efficacia preventiva rispetto al rischio di corruzione.

Le aree che debbono essere presidiate prioritariamente mediante la realizzazione di misure di prevenzione, vengono individuate in base alla valutazione del livello e dell'impatto delle conseguenze negative del rischio, tenendo conto in particolare del margine di discrezionalità, della rilevanza esterna, del valore economico, della complessità dei processi, della razionalità dei processi, dell'impatto organizzativo e di immagine.

L'art. 1, comma 9, lett. a), della Legge n. 190/2012 provvede già ad una prima diretta individuazione, relativamente ai seguenti procedimenti, i quali, tenuto conto delle specifiche attività e funzioni di A.Li.Sa., anche e soprattutto in funzione di centrale di committenza regionale, riguardano, in particolare:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui al D. Lgs. 12 aprile 2006 n. 163;
- istruttoria per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e/o la selezione di collaboratori; progressioni di carriera.

A tal fine, con riserva di successiva implementazione anche a seguito della progressiva definizione degli assetti organizzativi, si riporta il catalogo dei principali rischi di corruzione per ogni processo di A.Li.Sa, distinti per macro area:

CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO		
AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
<p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Acquisizione e progressione del personale</b></p>	Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
		Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzati al reclutamento di candidati particolari;
		Irregolare composizione di commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
	Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;

CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO		
AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
	Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.

CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO		
AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
<p style="text-align: center;"><b>2</b> Contratti pubblici</p>	<b>2.1 Programmazione</b>	
	2.1.1 Programmazione	Definizione di fabbisogni e priorità non rispondenti all'interesse generale ma a interessi particolari
	2.1.2 Programmazione	Ritardi da insufficiente programmazione che determinano un non giustificato ricorso a procedure di urgenza, a proroghe contrattuali, a microaffidamenti
	<b>2.2 Progettazione</b>	
	2.2.1 Nomina del RUP	Nomina di RUP in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privo dei requisiti adeguati per assicurarne terzietà ed indipendenza
	2.2.2 Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa.
	2.2.3 Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto;
	2.2.4 Individuazione elementi essenziali del capitolato	
	2.2.5 Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
	2.2.6 Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
	2.2.7 Criteri di idoneità/valutazione delle offerte	Previsione negli atti di gara di criteri di valutazione o requisiti di idoneità dei prodotti/servizi al fine di agevolare una particolare impresa.
	2.2.8 Definizione delle regole che disciplinano la procedura di gara	Applicazione distorta delle disposizioni del Codice degli Appalti ai fini di condizionare l'esito della procedura (quanto a pubblicazione bando, fissazione termini ricezione offerte, trattamento e custodia documentazione gara, modalità di svolgimento della gara, metodologie di aggiudicazione)
	2.2.9 Procedure negoziate	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
	2.2.10 Affidamenti diretti	Abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa.

CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO		
AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
	2.3 Selezione del contraente	
	2.3.1 Nomina commissione giudicatrice	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.
	2.3.2 Attività di valutazione delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con riferimento anche alla valutazione di eventuali elaborati progettuali.
	2.3.3 Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.
	2.3.4 Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
	2.3.5 Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore.
	2.4 Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	
	2.4.1 Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici
	2.4.2 Formalizzazione aggiudicazione definitiva e delle esclusioni	Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali
	2.5 Esecuzione del contratto	
	2.5.1 Modifiche al cronoprogramma	Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.
	2.5.2 Varianti in corso di esecuzione del contratto	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire <i>extra</i> guadagni;
	2.5.3 Subappalto	Mancata vigilanza su accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
	2.5.4 Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.

## CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO

AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
<b>3</b> <b>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</b>	Provvedimenti di tipo autorizzatorio (includere figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, etc.)	Abuso nell'istruttoria di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa);
		Abusi nell'istruttoria per il rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es.: controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture del SSR).
	Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni (ad esempio in materia edilizia o commerciale)	Corresponsione di tangenti per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche;
		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.
	Provvedimenti di tipo concessorio (includere figure simili quali: deleghe, ammissioni)	Corresponsione di tangenti per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche;
		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati;
	Ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo (ad es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti).	
<b>3</b> <b>Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</b>	Concessione di status (AccREDITAMENTO istituzionale)	Ritardi da insufficiente programmazione che determinano il non giustificato ricorso a proroghe della validità in attesa di rinnovo degli accREDITAMENTI
		Dirigenti e funzionari in rapporto di contiguità con soggetti accREDITANDI o privi dei requisiti adeguati per assICURARNE terzietà ed indipendenza

### CATALOGO DEI RISCHI PER OGNI PROCESSO

AREE DI RISCHIO	PROCESSI	RISCHI
<p style="text-align: center;"><b>4</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</b></p>	<p>Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati</p>	<p>Riconoscimento indebito di vantaggi a soggetti non in possesso dei requisiti di legge al fine di agevolarli;</p> <p>Uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti.</p>
	<p>Contratti con strutture private accreditate</p>	<p>Definizione del budget annuale di struttura in contrasto con le modalità previste per la sua costituzione</p>

Le attività che presentano un intrinseco rischio potenziale di fenomeni corruttivi nella ampia accezione sopra descritta vengono individuate come segue:

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio
<p>a) Direzione amministrativa;</p> <p>b) Commissioni Giudicatrici e personale ausiliario (vigilanza, trasporto e custodia prove d'esame)</p>	<p><b>Acquisizione e progressione del personale:</b></p> <p>Concorsi e prove selettive personale del SSR area dirigenza e comparto, a tempo determinato e indeterminato;</p> <p>Conferimento di incarichi di F.O.;</p> <p>Conferimento di Incarichi Dirigenziali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nomina di commissari compiacenti orientati a favorire un partecipante alla selezione.</li> <li>• predisposizione di prove troppo specifiche atte a favorire un partecipante;</li> <li>• definizione di criteri volti a favorire un candidato;</li> <li>• valutazioni non corrette/inique delle prove;</li> <li>• comportamenti non corretti nel corso di svolgimento delle prove;</li> <li>• gestione e scorrimento delle graduatorie;</li> </ul>	<p>medio</p> <p>alto</p>

Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio
		<ul style="list-style-type: none"> <li>attività valutativa dei candidati (e valutazione curricula) non coerente con i requisiti prefissati;</li> <li>custodia inadeguata della documentazione soprattutto in corso di svolgimento di procedura.</li> </ul>	
a) Direzione amministrativa b) Strutture e soggetti proponenti eventualmente coinvolti o direttamente responsabili del processo c) Commissioni Giudicatrici e personale ausiliario	<b>Acquisizione e progressione del personale:</b> Procedure selettive per collaboratori esterni e consulenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>predisposizione di un avviso troppo specifico al fine di favorire un partecipante</li> <li>svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>comportamenti nel corso del procedimento di conferimento incarico</li> </ul>	alto
a) Direzione amministrativa b) Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	<b>Gestione del rapporto di lavoro del personale tecnico-amministrativo:</b> nulla osta, attestazione presenze, compensi accessori, valutazione, autorizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>gestione amministrativa del rapporto di lavoro</li> </ul>	basso
a) Direzione amministrativa b) Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	Affidamento incarichi esterni al personale tecnico – amministrativo ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.	<ul style="list-style-type: none"> <li>svolgimento dell'attività valutativa</li> <li>eventuali conflitti di interesse</li> <li>comportamenti nel corso del procedimento di conferimento</li> </ul>	medio
a) Direzione generale	<b>Procedure di scelta del contraente nell'affidamento di lavori, servizi e forniture:</b> scelta dei singoli componenti della Commissione Tecnica per la stesura del capitolato di gara e dei membri della Commissione Giudicatrice.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomina e verifica dei requisiti e delle competenze dei componenti commissioni tecniche e commissioni giudicatrici</li> </ul>	medio
a) Direzioni competenti per materia coinvolte nel processo; b) Strutture eventualmente coinvolte o direttamente responsabili del processo.	<b>Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture;</b> <b>Esecuzione del contratto.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomina: rispetto dei limiti di competenza e conflitto di interesse</li> <li>Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti di verifica secondo le regole di evidenza previste dalla legge.</li> </ul>	medio



Struttura coinvolta	Aree di rischio	Attività a rischio	Grado di rischio
a) Direzione amministrativa b) Tutte le Direzioni competenti per materia coinvolte nel processo; c) Tutte le Strutture eventualmente coinvolte o direttamente responsabili del processo d) Soggetti o Organi che intervengono con atti decisionali nel processo	<b>Liquidazione e pagamento di lavori, servizi e forniture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti di verifica secondo le regole di evidenza previste dalla legge;</li> <li>• Rispetto delle regole sull'ordine dei pagamenti e dei principi contabili</li> </ul>	basso
a) Direzione sanitaria b) Autorizzazione strutture sanitarie sociosanitarie e sociali	<b>Autorizzazione strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali</b>  Istruttoria provvedimenti relativi all'autorizzazione delle strutture sanitarie sociosanitarie e sociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa secondo le regole di evidenza previste dalla legge;</li> <li>• Comportamenti nel corso del procedimento.</li> </ul>	medio
a) Direzione sanitaria b) Accreditemento e qualità	<b>Accreditemento strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali</b>  Istruttoria provvedimenti relativi al riconoscimento e/o mantenimento dell'accreditemento delle strutture sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento dell'attività valutativa secondo le regole di evidenza previste dalla legge</li> <li>• Comportamenti nel corso del procedimento</li> </ul>	medio
a) Direzione amministrativa b) Controllo di gestione	<b>Contratti con le strutture private accreditate</b>  Attività contrattuale con le strutture private accreditate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corretti rapporti con i fornitori e realizzazione degli adempimenti di verifica secondo le regole previste dalla normativa.</li> <li>• Comportamenti nel corso del procedimento.</li> </ul>	basso

Si rende inoltre necessario procedere, tramite il coinvolgimento dei dirigenti ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera I bis) del D.Lgs. n. 165/2001, a verificare costantemente ed eventualmente implementare il Risk assessment nelle aree di attività a maggiore rischio di corruzione sotto i seguenti aspetti:

- oggettivo, affinché un'analisi oggettiva degli ambiti propri di competenza di ciascuna struttura dell'A.Li.Sa. (sia quelle centrali, sia quelle decentrate), porti all'individuazione di ulteriori aree di rischio e alla ridefinizione del grado di rischio in quelle già previste dal presente Piano;

- soggettivo, per arrivare ad un maggiore dettaglio del livello di rischio degli attori a seconda del ruolo che ricoprono nei procedimenti individuati.

## 8. Azioni generali per la riduzione e/o la neutralizzazione del rischio

Le azioni da attuare per la riduzione e/o la neutralizzazione del rischio di fenomeni corruttivi prevedono:

- a) lo svolgimento di **programmi di formazione e sensibilizzazione** per sviluppare la cultura della legalità e dell'integrità;
- b) la definizione di **procedure e sistemi** nelle singole aree per ridurre o annullare la probabilità di rischio e/o mitigarne/ridurne gli effetti, **ulteriori rispetto alle misure obbligatorie** già previste dalla legge;
- c) la definizione di misure per aumentare la capacità di scoprire e/o far emergere casi di corruzione.

### Formazione

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) nel Piano Nazionale Anticorruzione conferisce un ruolo fondamentale alla formazione, in particolare, nelle proprie linee guida e nelle circolari esplicative sottolinea più volte che la lotta a corruzione, sprechi e inefficienze nella Sanità rende necessario uno specifico sviluppo formativo delle figure professionali che in essa operano, al fine di implementare adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi.

In particolare viene richiamata l'attenzione alla complessità delle organizzazioni e del contesto normativo che impone alle aziende di intraprendere percorsi formativi finalizzati a responsabilizzare sul tema anticorruzione e trasparenza tutte le tipologie di professionisti, in modo da costruire una "cultura diffusa" dell'etica e della legalità, ed a formare in modo più mirato i dipendenti, dirigenti e non, chiamati ad operare sui processi a rischio ai sensi del PNA e dei PTPCT.

Dall'esame dei PTPCT delle singole PA, effettuato sempre da ANAC, è emerso che "la formazione svolge un ruolo fondamentale anche ai fini dei piani aventi funzione di programmazione, incrementando, presso le amministrazioni stesse, la consapevolezza della loro utilità". Da qui la scelta operata dal legislatore di introdurre, con il D.L. 80/2021, un Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) in cui la programmazione di misure di prevenzione della corruzione è integrata con la programmazione relativa alla performance, alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla loro formazione.

Difatti, come noto, in data 6 agosto 2021 è stato convertito in legge il decreto legge 9 giugno 2021 n. 801 con cui è stato introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione, strumento che per molte amministrazioni (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative) prevede che la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza costituisca parte integrante, insieme agli strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione annuale unitario dell'ente chiamato ad adottarlo.

Appare importante segnalare l'utilità del coordinamento tra il PTPCT ed il Piano della performance, in quanto funzionale ad una verifica dell'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso, nonché sottolineare la rilevanza dell'integrazione dei sistemi di risk management per la prevenzione della corruzione con i sistemi di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno delle amministrazioni.

Ciò in quanto i controlli interni effettivamente applicati consentono di valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, nonché la congruenza tra gli obiettivi predefiniti e i risultati conseguiti.

## **Procedure e sistemi ulteriori rispetto a quelli obbligatori per la riduzione del rischio corruzione**

Il Piano Nazionale Anticorruzione e la legislazione vigente prevedono già un corpus insieme di norme per la prevenzione e la riduzione del rischio corruttivo tra cui:

- gli adempimenti per la trasparenza;
- i codici di comportamento;
- la rotazione del personale nelle aree di rischio;
- l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi;
- la disciplina specifica per lo svolgimento di incarichi d'ufficio e di attività ed incarichi extra – istituzionali;
- l'incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- la disciplina specifica per commissioni di concorso e di gara;
- la disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*);
- la disciplina del *whistleblowing*.

A.Li.Sa. ritiene di implementare nel prossimo triennio misure ulteriori per la riduzione del rischio corruzione con le seguenti caratteristiche:

- potenzialità a ridurre l'impatto e/o la probabilità delle conseguenze degli eventi rischiosi;
- costi (necessari a una sua implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia in termini di mitigazione del rischio;
- concreta realizzabilità;
- possibilità di avviamento in tempi coerenti con l'implementazione del Piano.

In connessione con quanto sopra evidenziato occorre ricordare che dal 2016 opera con la presenza di tutte le aziende sanitarie del SSR il Gruppo di Lavoro formato da tutti i responsabili per la prevenzione della corruzione delle aziende stesse.

Tale iniziativa ha offerto l'opportunità di condividere tra i Responsabili un percorso comune di formazione, di aggiornamento, di coordinamento tra le proprie attività, nonché di approfondimento e di analisi, per assicurare l'applicazione omogenea e coerente, a livello del Servizio Sanitario Regionale, di una normativa di portata fondamentale per il settore socio-sanitario.

## **9. Misure specifiche per la gestione del rischio nelle singole aree**

Per le aree "Acquisizione e progressione del personale", "Contratti pubblici", "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario" e "Provvedimenti ampliativi con effetto economico diretto e immediato per il destinatario, vengono individuate, processo per processo, rischio per rischio, le seguenti misure di gestione del rischio. Vengono altresì indicati gli atti già assunti e quelli da assumere nel prossimo triennio.

ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<b>Reclutamento 1.1</b>			
1.1.1 Modalità di reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Programmazione annuale delle assunzioni	Deliberazione n. 503 del 30.12.2020
1.1.2 Processi di stabilizzazione	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzati al reclutamento di candidati particolari.	Rispetto delle previsioni del D.Lgs. n. 75/2017 e DPCM 6/3/2015.	I processi di stabilizzazione sono coerenti a quanto disposto dalla normativa.
1.1.3 Commissioni giudicatrici	Irregolare composizione di commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasparenza e pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni di concorso.</li> <li>• Obbligo di rotazione delle nomine.</li> <li>• Dichiarazione di assenza incompatibilità e conflitti di interesse.</li> </ul>	Acquisizione dichiarazioni di incompatibilità e di assenza di conflitti di interesse contestuali alla nomina.
1.1.4 Procedura di selezione	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Pubblicità e trasparenza delle prove concorsuali.	Aggiornamento tempestivo del sito web di A.Li.Sa. – Amministrazione trasparente – Sez. concorsi.
<b>Progressioni di carriera 1.2</b>			
1.2.1 Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;	Predeterminazione annuale delle progressioni di carriera in accordo con i rappresentanti sindacali	Accordo del 18/11/2021
<b>Conferimento di incarichi di collaborazione 1.3</b>			
1.3.1 Incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Rispetto previsioni art. 6 D.Lgs. n. 165/2001.	Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi: Deliberazione n. 143/2017.

CONTRATTI PUBBLICI (TENUTO CONTO DELLA L.R. N. 3/2021)			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<b>2.1 Programmazione</b>			

**CONTRATTI PUBBLICI (TENUTO CONTO DELLA L.R. N. 3/2021)**

2.1.1 Programmazione	Definizione di fabbisogni e priorità non rispondenti all'interesse generale ma a interessi particolari	Adozione di un programma annuale/biennale	
2.1.2 Programmazione	Ritardi da insufficiente programmazione che determinano non giustificato ricorso a procedure di urgenza, a proroghe contrattuali, a microaffidamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempestività nella adozione del programma</li> <li>• Pubblicazione sul sito di report periodico in cui sono rendicontati i contratti prorogati</li> </ul>	
<b>2.2 Progettazione</b>			
2.2.1 Nomina del RUP	Nomina di RUP in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privo dei requisiti adeguati per assicurarne terzietà ed indipendenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotazione dei RUP</li> <li>• Dichiarazione di mancanza di conflitto di interesse con le imprese concorrenti da parte del RUP</li> </ul>	
2.2.2 Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato nella definizione di clausole contrattuali dal contenuto vessatorio o incerto per disincentivare la partecipazione alla gara per alcuni operatori	Consultazione preliminare degli operatori economici per la definizione dell'oggetto dell'affidamento	
2.2.3 Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di tipologie procedurali al fine di agevolare un particolare soggetto;	Preferenza per gli appalti di tipo aperto. Obbligo di motivazione per altre tipologie procedurali. Verifica periodica	
2.2.4 Individuazione elementi essenziali del capitolato	Predisposizione di specifiche tecniche in apparenza neutre ma volte a favorire un particolare soggetto	Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione delle specifiche tecniche	
2.2.5 Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);	Adozione di linee guida interne che stabiliscano clausole standard	
2.2.6 Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;	Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione dei criteri di valutazione e/o dei requisiti di idoneità	
2.2.7 Criteri di idoneità/valutazione delle offerte	Previsione negli atti di gara di criteri di valutazione o requisiti di idoneità dei prodotti/servizi al fine di agevolare una particolare impresa.	Consultazione preliminare degli operatori economici per la redazione dei criteri di valutazione e/o dei requisiti di idoneità	

**CONTRATTI PUBBLICI (TENUTO CONTO DELLA L.R. N. 3/2021)**

PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
2.2.8 Definizione delle regole che disciplinano la procedura di gara	Applicazione distorta delle disposizioni del Codice degli Appalti ai fini di condizionare l'esito della procedura (quanto a pubblicazione bando, fissazione termini ricezione offerte, trattamento e custodia documentazione gara, modalità di svolgimento della gara, metodologie di aggiudicazione)	Adozione di linee guida interne che stabiliscano clausole standard	
2.2.9 Procedure negoziate	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultazione preliminare degli operatori economici</li> <li>• Valutazione HTA</li> </ul>	
2.2.10 Affidamenti diretti	Abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultazione preliminare degli operatori economici</li> <li>• Valutazione HTA</li> </ul>	
2.3.1 Nomina commissione giudicatrice	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obblighi di trasparenza e pubblicità nelle nomine dei componenti le commissioni</li> <li>• Obblighi di rotazione nelle nomine</li> <li>• Rilascio di autodichiarazioni da parte dei Commissari attestanti assenza incompatibilità e conflitti di interesse</li> </ul>	
2.3.2 Attività di valutazione delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con riferimento anche alla valutazione di eventuali elaborati progettuali.		
2.3.3 Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.		
2.3.4 Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;		
2.3.5 Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore.		

CONTRATTI PUBBLICI (TENUTO CONTO DELLA L.R. N. 3/2021)			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<b>2.4 Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto</b>			
2.4.1 Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici		
2.4.2 Formalizzazione aggiudicazione definitiva e delle esclusioni	Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali		
<b>2.5 Esecuzione del contratto</b>			
2.5.1 Modifiche al cronoprogramma	Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.		
2.5.2 Varianti in corso di esecuzione del contratto	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire <i>extra guadagni</i> ;		
2.5.3 Subappalto	Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;		
2.5.4 Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.		

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<b>Programmazione 3.1</b>			
3.1.1 Trasmissione domande di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie da parte del Comune	Mancato rispetto dei tempi del procedimento	Programma per il monitoraggio dei tempi del procedimento	D.G.R. 1188/2017 modificata da D.G.R. n. 944/2018
<b>Progettazione 3.2</b>			
3.2.1 Programmazione visite di verifica	Effettuazione verifiche	Effettuazione verifiche nei tempi previsti	D.G.R. 1188/2017 modificata da D.G.R. n. 944/2018
<b>Individuazione operatori interessati 3.3</b>			
3.3.1 Designazione dei tecnici per la verifica	Tecnici per la verifica privi dei necessari requisiti	Elenco dei tecnici per le verifiche	D.G.R. 1188/2017 modificata da D.G.R. n. 944/2018
3.3.2 Attività di verifica	Mancato rispetto dei requisiti previsti	Adozione documento Requisiti	D.G.R. 1188/2017 modificata da D.G.R. n. 944/2018

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<b>3.2 Programmazione</b>			
3.2.1 Programmazione	Ritardi da insufficiente programmazione che determinano un ingiustificato ricorso a proroghe di validità in attesa di rinnovo degli accreditamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempestività nella adozione del programma di rinnovo degli accreditamenti</li> <li>• Pubblicazione sul sito di report periodico in cui sono rendicontati gli accreditamenti prorogati in attesa del completamento dell'iter istruttorio di rinnovo</li> </ul>	
<b>3.3 Progettazione</b>			
3.3.1 Nomina dei responsabili	Dirigenti e funzionari in rapporto di contiguità con soggetti accreditandi o privi dei requisiti adeguati per assicurarne terzietà ed indipendenza	Dichiarazione di mancanza di conflitto di interesse con le imprese concorrenti da parte del Dirigente e dei funzionari addetti	Elaborazione e adozione modelli di dichiarazione
<b>3.4 Progettazione</b>			



<p>3.4.1 Individuazione requisiti di qualificazione</p>	<p>Predisposizione di specifiche tecniche in apparenza neutre ma volte a favorire un particolare soggetto o una particolare categoria di soggetti. Definizione dei requisiti di accesso al fine di favorire un operatore.</p>	<p>Adozione di linee guida interne che stabiliscono procedure standard.</p>	<p>DGR 1185/2017 modificata da DGR n. 945/2018 Approvazione documenti in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie: manuale e procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale.</p>
<p>3.4.2 Definizione delle regole che disciplinano la procedura</p>	<p>Applicazione distorta delle disposizioni di legge ai fini di condizionare l'esito della procedura</p>	<p>Adozione di linee guida interne che stabiliscANO procedure standard</p>	<p>DGR 1185/2017 modificata DGR n. 945/2018</p>
<p><b>3.5 Individuazione degli operatori accreditati</b></p>			
<p>3.5.1 Nomina di tecnici verificatori</p>	<p>Nomina di tecnici verificatori in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obblighi di trasparenza e pubblicità nelle nomine dei verificatori</li> <li>• Obblighi di rotazione nelle nomine nelle singole procedure</li> <li>• Rilascio di autodichiarazioni da parte dei Verificatori attestanti assenza incompatibilità e conflitti di interesse</li> <li>• Incremento dei tecnici verificatori attraverso specifica formazione per consentire il rispetto dei tempi del procedimento e la rotazione dei tecnici</li> </ul>	<p>D.G.R. n. 1530 del 16/12/2011</p> <p>Attivazione formazione (Deliberazione n. 183/2018 di Aggiudicazione incarico)</p>

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
3.5.2 Attività di valutazione della richiesta di accreditamento	Mancato rispetto dei criteri indicati nel manuale di accreditamento cui il Gruppo dei verificatori deve attenersi per istruire la procedura di ammissione all'accREDITAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check list di verifica dei requisiti</li> <li>• Procedure semplificate di ricorso in opposizione a soggetti terzi</li> </ul>	D.G.R. 1185/2017 modificata da D.G.R. n. 945/2018
3.5.3 Redazione delle prescrizioni /osservazioni	Mancanza di sufficiente precisione nella definizione delle prescrizioni, che consenta a soggetti accreditandi di non essere eccessivamente vincolati ad un'organizzazione precisa, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte del soggetto accreditando.		D.G.R. 1185/2017 modificata da D.G.R. n. 945/2018
<b>Formalizzazione dell'accREDITAMENTO 3.6</b>			
3.6.1 Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	Omissione delle verifiche in capo al soggetto accreditando		Verifiche sulla sussistenza dei requisiti in capo all'operatore accreditato, rispetto alla data di avvio della istruttoria.
3.6.2 Formalizzazione dell'accREDITAMENTO		Previsione all'interno dei provvedimenti di accREDITAMENTO, allo scopo di non ingenerare aspettative ed evitare l'insorgere di contenzioso, di una clausola che specifichi che tale provvedimento non determina automaticamente il diritto del privato ad accedere alla fase contrattuale e che lo stesso provvedimento possa essere soggetto a revisione in relazione al mutarsi delle condizioni che ne hanno originato l'adozione.	Adeguamento alle previsioni della L.R. 9/2017

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO			
PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
Verifiche post accreditamento 3.7			
3.7.1 Verifica sussistenza dei requisiti	Perdita dei necessari requisiti successivamente all'accREDITAMENTO, in fase di esecuzione degli accordi contrattuali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predeterminazione del numero minimo dei controlli che si intendono effettuare;</li> <li>• predeterminazione dei criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;</li> <li>• predeterminazione delle modalità di conduzione dei controlli (compresa periodicità e composizione dei team ispettivi). individuazione team a composizione mista con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo.</li> </ul>	

**PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

**Attività di contrattazione con le strutture sanitarie e sociosanitarie 4.1**

PROCESSO	RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO	STATO DI ADOZIONE
<p>4.1.1 Formalizzazione contratti di Accredimento</p>	<p>Eccessiva discrezionalità nel rinnovo dei contratti e nella definizione dei budget di spesa</p> <p>Centralizzazione e controllo dell'attività di contrattazione</p> <p>Attribuzione contrattuali di fondi per prestazioni non coerenti con la programmazione sanitaria</p> <p>Definizione dei fondi contrattuali in contrasto con le modalità previste per la loro costituzione</p>	<p>Determinazione dei budget annuali a seguito di specifici risultati prestazionali e attraverso il c.d. meccanismo della marginalità economica</p> <p>Approvazione specifici provvedimenti di avviso pubblico per individuare strutture per l'erogazione di particolari prestazioni sociosanitarie</p> <p>Previsione nei modelli contrattuali definiti a livello regionale di una clausola che impegni il privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.</p> <p>Previsione nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, dell'impegno del soggetto privato accreditato ad assicurare livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscano i parametri di qualità, efficienza e sicurezza delle attività sanitarie.</p>	<p>Deliberazione A.Li.Sa. n. 73/2018</p> <p>"Contratti con i soggetti erogatori accreditati dei servizi sanitari e sociosanitari. Approvazione documento recante "Modalità applicative del programma operativo", schema tipo degli accordi contrattuali e indicatori di qualità"</p>

## 10. Controlli

L'attività di monitoraggio e controllo contribuisce a far emergere la presenza di situazioni di corruzione o di fattori predisponenti all'insorgenza delle medesime.

In sede di applicazione annuale, il R.P.C.T. procederà a svolgere le seguenti attività:

- Verifiche campionarie o su evento sentinella per almeno il 10% delle procedure di gara indette (esclusa fase controllo post- aggiudicazione).
- Verifiche campionarie o su evento sentinella per almeno il 10% delle procedure di gara aggiudicate (fase controllo post- aggiudicazione).
- Indagini mirate su 100% reclami, lettere anonime, segnalazioni pervenute (anche attraverso *whistleblowing*).
- Verifiche campionarie sul 10% delle istruttorie per accreditamento.
- Verifiche campionarie su regolarità emissione (campionamento almeno il 10% dei mandati di pagamento).
- Verifica insussistenza cause inconfiribilità per il 25% dei dirigenti (a rotazione).
- Monitoraggio tempi procedurali per il 5% dei mandati di pagamento.

## **SEZIONE SECONDA**

### **OBBLIGHI DI TRASPARENZA DISCIPLINATI DAL D.LGS. N. 33/2013 (COME MODIFICATO DAL D.LGS. N. 97/2016).**

#### **1. Premessa e Principi**

La programmazione degli obblighi e degli obiettivi relativi alla trasparenza costituisce una sezione del Piano per la Prevenzione della Corruzione, come previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" a seguito delle modifiche disposte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, a sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni".

L'ANAC ha adottato, al fine di coordinare l'attività dei soggetti tenuti agli obblighi di pubblicità, la delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016 "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".

Successivamente gli obblighi di pubblicazione relativi alla "Sottosezione 1° livello – Bandi di gara e contratti", come precedentemente definiti nell'Allegato 1 alla Delibera ANAC 1310/2016, sono stati sostituiti dal PNA 2022.

La pubblicazione nel sito istituzionale di documenti, informazioni e dati deve avvenire nel rispetto della disciplina del codice sulla privacy e del regolamento europeo 2016/679, tenendo conto altresì costantemente delle indicazioni fornite da ANAC e dal Garante per la protezione dei dati personali (Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati).

## 2. Accesso agli atti, accesso civico e accesso generalizzato

L'**accesso agli atti** è il diritto di accesso (richiesta di presa visione o di rilascio copia) a delibere e provvedimenti dell'Azienda, nei termini e alle modalità previste dalla normativa vigente (Legge 7 agosto 1990 n. 241 e DPR 12 aprile 2006 n. 184). Possono fare domanda tutti i cittadini portatori di un interesse "diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso" (art. 22, Legge n. 241/1990).

L'**accesso civico** (art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013) è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che le pubbliche amministrazioni non hanno pubblicato pur avendone l'obbligo.

Invero, l'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, ha disciplinato altresì una nuova modalità di accesso, il cd. accesso civico, o generalizzato, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

L'**accesso generalizzato** consiste nella possibilità che qualunque cittadino possa richiedere documenti, dati o informazioni ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare. Attraverso le linee guida ANAC si individuano gli ambiti in cui i cittadini avranno il diritto di conoscere atti e documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, anche senza un interesse diretto.

Tale tipologia di accesso è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e a promuovere la partecipazione dei cittadini.

In tale contesto il RPCT, ha facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, nonché deve occuparsi, ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.Lgs. n. 33/2013, dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

L'art. 43, comma 4, del D.Lgs. n. 33/2013 prevede che il RPCT, unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, controlli e assicuri la regolare attuazione dell'accesso civico.

La Delibera n. 1309/2016 dell'ANAC prevede l'adozione di una disciplina interna sugli aspetti procedurali e l'istituzione di un **Registro delle richieste di accesso** presentate (per tutte le tipologie di accesso).

A.Li.Sa. ha specificamente regolamentato l'esercizio del diritto d'accesso sia relativamente all'accesso ai documenti amministrativi di cui alla L. n. 241/1990 che all'accesso civico e generalizzato (Deliberazione n. 5 del 28/10/2016). L'informazione richiesta è messa a disposizione del richiedente quanto prima possibile e, comunque, entro 30 giorni dalla data del ricevimento della stessa ovvero entro 60 giorni dalla data precisata nel caso in cui l'entità e la complessità della richiesta siano tali da non consentire la risposta entro il predetto termine di 30 giorni.

Nel caso in cui la richiesta d'accesso è formulata in maniera eccessivamente generica A.Li.Sa. può chiedere al richiedente, al più presto e, comunque, entro 30 giorni dalla data del ricevimento della richiesta stessa, di specificare i dati da mettere a disposizione, prestandogli, a tale scopo, la propria collaborazione, ovvero può, se lo ritiene opportuno, respingere la richiesta, quando per rispondere alla stessa, sia tenuta a formare o raccogliere o altrimenti procurarsi informazioni che non siano in suo possesso.

### **3. Obblighi di pubblicazione**

L'**Allegato** del presente Piano elenca gli obblighi di pubblicazione, i riferimenti normativi, i contenuti degli obblighi, la tipologia dell'aggiornamento, l'indicazione degli uffici e dei servizi dell'A.Li.Sa. responsabili dei dati e delle informazioni, nonché della loro pubblicazione.

Questa articolazione potrà essere soggetta a modifiche e aggiornamenti, legati all'introduzione del nuovo Atto Aziendale o a future diverse attribuzioni delle competenze.

#### **ALLEGATI**

Allegato: "**Amministrazione Trasparente - Elenco degli obblighi di pubblicazione**".....pag. 58



**Allegato al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza  
2023-2025 della Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.)**

***"AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI  
PUBBLICAZIONE\****

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012 e ss.mm. e ii.	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
<b>Disposizioni generali</b>	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Affari Generali e legali
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Affari Generali e legali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Affari Generali e legali
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Affari Generali e legali
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	S.C. Personale
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non pertinente
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non pertinente

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non pertinente
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
<b>Organizzazione</b>		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	S.C. Personale

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	S.C. Personale
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione, corruzione e Trasparenza

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
			Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Rapporti istituz., comunicazione sanitaria e coordinamento segreterie di direzione
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Strutture proponenti
				Per ciascun titolare di incarico:		S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale



**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	S.C. Personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	S.C. Personale
			Per ciascun titolare di incarico:		S.C. Personale	

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
				1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	S.C. Personale

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Personale</b>		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	S.C. Personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	S.C. Personale
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	S.C. Personale
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	S.C. Personale

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	S.C. Personale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	S.C. Personale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	S.C. Personale
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione, corruzione e Trasparenza	
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale	
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale	
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale	
Personale non a tempo	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale	

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	indeterminato	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato  (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali  (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	S.C. Personale
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV  (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso  (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	S.S.D. Controllo di gestione

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Controllo di gestione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Controllo di gestione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Personale
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016	
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)
Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
	1) ragione sociale			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		S.C. Bilancio e Ragioneria
	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		S.C. Bilancio e Ragioneria

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Affari Generali e legali	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente	
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
			Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Per ciascuno degli enti:		Non pertinente		



**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non pertinente	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
			<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>			

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
			<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>			

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Provveditorato

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure  (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	S.C. Provveditorato

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura			Per ciascuna procedura:		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<b>Avvisi e bandi</b> - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	S.C. Provveditorato

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Affidamenti</b> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	S.C. Provveditorato
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	S.C. Provveditorato

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	S.C. Provveditorato
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)
	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) <i>link</i> al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria



**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Patrimonio ed edilizia sanitaria
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Patrimonio ed edilizia sanitaria
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	S.S.D. Controllo di Gestione
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	S.S.D. Controllo di Gestione
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	S.S.D. Controllo di Gestione
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Controllo di Gestione

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Rapporti istituz., comunicazione sanitaria e coordinamento segreterie di direzione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	S.S.D. Affari Generali e legali
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	S.S.D. Affari Generali e legali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	S.S.D. Affari Generali e legali
Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati  (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente	

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Ufficio Rapporti istituz., comunicazione sanitaria e coordinamento segreterie di direzione
<b>Pagamenti dell'Amministrazione</b>	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.C. Bilancio e Ragioneria
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.C. Bilancio e Ragioneria
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Ragioneria
<b>Opere pubbliche</b>	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41, c. 4, d.lgs. n.	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Autorizzazione Accreditamento e Qualità

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Private accreditate</b>		33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	S.S.D. Controllo di Gestione
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture proponenti
<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della Corruzione</b>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Altri contenuti</b>	<b>Accesso civico</b>	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
<b>Altri contenuti</b>	<b>Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati</b>	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it">http://basidati.agid.gov.it</a> gestiti da AGID	Tempestivo	S.C. Programmazione e sviluppo del Sistema Informativo, gestione del DWH e dei sistemi decisionali
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	S.C. Programmazione e sviluppo del Sistema Informativo, gestione del DWH e dei sistemi decisionali
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	S.C. Programmazione e sviluppo del Sistema Informativo, gestione del DWH e dei sistemi decisionali

**SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Responsabile della trasmissione dei dati (pubblicazione dei dati a cura del RPCT)</b>
<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)