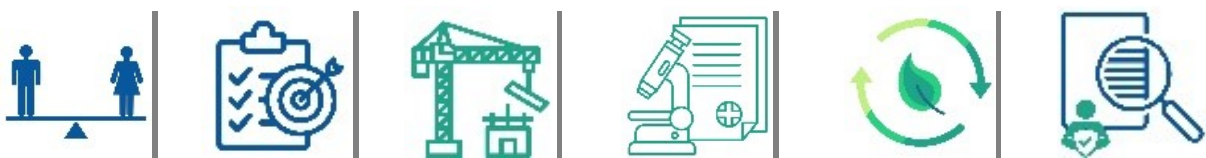




Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023/2025



sommario

<u>PREMESSA</u>	3
<u>COME LEGGERE IL PIAO</u>	5
<u>SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</u>	7
<u>SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</u>	10
SOTTOSEZIONE IIA - VALORE PUBBLICO.....	10
SOTTOSEZIONE IIB – PERFORMANCE.....	14
SOTTOSEZIONE IIC - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	22
<u>SEZIONE III ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</u>	23
SOTTOSEZIONE IIIA - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	23
SOTTOSEZIONE IIIB - LAVORO AGILE.....	24
SOTTOSEZIONE IIIC - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI.....	25
<u>SEZIONE IV MONITORAGGIO</u>	27
<u>SVILUPPI E TENDENZE EVOLUTIVE</u>	29

ALLEGATO – STRATEGIA (S01)

ALLEGATI – PIANI ATTUATIVI (DA P01 A P21)

PREMESSA

La normativa in attuazione del PNRR (D.L. 80/2021) ha introdotto per le pubbliche amministrazioni un nuovo strumento programmatico: il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), finalizzato ad assicurare un miglior coordinamento dell'attività programmatoria della PA, la semplificazione dell'attività di programmazione, una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa, la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese.

Il PIAO assorbe, come previsto esplicitamente dalla normativa, i vari piani già previsti a livello centrale:

- Il piano delle performance (che definisce gli obiettivi e i risultati dell'Ente);
- Il piano anticorruzione e trasparenza (che individua i rischi e le misure contro la corruzione);
- Il piano dei fabbisogni di personale (che programma quantità e modalità di reclutamento del personale);
- Il piano organizzativo del lavoro agile (che indica gli strumenti per sviluppare un'organizzazione agile comprensiva anche della modalità del lavoro a distanza);
- Il piano delle azioni positive (che definisce le azioni per la parità di genere).

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4 (Asl4) ha deciso di mutuare il principio ispiratore del PIAO, finalizzato alla unificazione e semplificazione dell'attività programmatoria, inserendo nel presente documento i principali strumenti di programmazione introdotti da Regione Liguria dalla Legge Regionale n 41 del 7/12/2006 Titolo III Capo I Art. 30 (Piano strategico aziendale) e Art. 31. (Piano attuativo annuale), tenuto conto della coerenza di contenuti e di tempistiche:

- Il piano strategico aziendale ha durata triennale, è aggiornato annualmente a scorrimento. Determina: a) gli obiettivi di tutela della salute; b) la quantificazione dei fabbisogni di prestazioni; c) i servizi e le attività da istituire, potenziare o dismettere; d) i livelli programmati di prestazioni da erogare attraverso la stipula di accordi e contratti con gli erogatori pubblici e privati; e) il piano per gli investimenti relativo alle strutture, alle tecnologie, all'aggiornamento ed alla qualificazione degli operatori. Il piano strategico identifica in modo specifico per le attività ospedaliere il fabbisogno di posti letto e la loro riqualificazione al fine di raggiungere gli obiettivi regionali;
- Il piano attuativo aziendale è adottato annualmente, delinea, rispetto alle macro aree organizzative aziendali, i programmi di attività ed i progetti operativi, definendo gli standard quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica e attribuendo le risorse necessarie. Il piano attuativo si realizza attraverso l'adozione delle metodiche di budget.

Secondo quanto previsto nel Titolo II Capo III Art. 16, La Conferenza dei Sindaci i due piani sono approvati previa intesa con la Conferenza dei Sindaci, al fine di garantire nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, la concertazione e la cooperazione tra l'Azienda sanitaria locale e gli enti locali.

A completamento della ricognizione dei piani programmatori aziendali, sono considerati parte integrante ed allegati al PIAO ulteriori altri strumenti programmatori che, in base ad indicazioni nazionali, regionali o aziendali, sono stati sviluppati per meglio gestire il ciclo di programmazione-attuazione-controllo (secondo le modalità PLAN DO CHECK ATC tipiche della gestione dei processi). Sono quindi integrati del PIAO, oltre ai piani già citati:

- Piano attività territoriali
- Gestione tempi attesa ambulatoriali
- Gestione tempi attesa ricoveri chirurgici programmati
- Prevenzione
- Campagne di screening di prossimità
- Piano organizzazione aziendale
- Centralità della persona nelle relazioni di cura e engagement del paziente
- One health
- Programmazione triennale fabbisogni
- Piano di Qualità accreditamento e rischio clinico
- Piano annuale di prevenzione e gestione delle Infezioni correlate all'assistenza
- Sicurezza negli ambienti di lavoro per il personale Asl4
- Formazione strategica – Academy Asl4
- Piano Formazione
- Piano Comunicazione
- Edilizia e PNRR, Approvvigionamenti
- Sostenibilità e green

COME LEGGERE IL PIAO

Il PIAO è articolato in quattro sezioni principali, a loro volta suddivise in sottosezioni:

- Scheda anagrafica dell'ente;
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Il PIAO ha valenza triennale con aggiornamento annuale. Per tale motivo i contenuti del Piano evidenziano ove disponibile, il livello raggiunto negli anni precedenti, gli obiettivi per l'anno in corso, che pongono la base per il ciclo di programmazione annuale di budget, e gli obiettivi a medio termine.

In questa seconda edizione del PIAO, a seguito della prima esperienza maturata con il PIAO 2022-2024 e con quanto messo in evidenza dal Questionario di "Monitoraggio PIAO" somministrato dal Dipartimento della Funzione Pubblica a ottobre 2022, si è cercato di dare maggiore organicità al documento, prevedendo una maggiore condivisione del "disegno" con la Direzione Strategica, allineando i diversi piani che ne sono divenuti parte, coinvolgendo tutti gli attori aziendali nella fase di definizione (sincronizzandoli sia in termini di orizzonti temporali e di tempistiche che di formato dei diversi allegati e di coerenza tra politiche, obiettivi e indicatori previsti nei piani), fornendo una lettura omogenea e trasversale che partendo dal Valore Pubblico, che guida la scelta delle politiche aziendali, arriva alla declinazione in ottica di Performance da perseguire, di sviluppo del Capitale Umano, leva principe per il raggiungimento degli obiettivi, e di Monitoraggio periodico dell'effettivo risultato raggiunto, in ottica di una rendicontazione non autoreferenziale.

In particolare, la sezione Valore Pubblico, vera innovazione introdotta nella struttura del PIAO, è stata ampliata valutando gli impatti (outcome), approccio che è proprio delle strutture del servizio sanitario, da anni abituate a valutarsi non in mero termine di "volumi di attività" ma di "qualità e risultato della cura" e che quindi sono nella normalità, considerati performance.

Anche sulla scorta dell'esperienza maturata nel 2022 con le azioni volte al conseguimento dell'Accreditamento all'Eccellenza con il certificatore esterno Accreditation Canada, alcuni degli obiettivi sono stati stesi in collaborazione con gli stakeholders (associazioni dei pazienti, altre strutture sanitarie, ecc.). Nel corso del 2023 si definirà, in coerenza, la modalità per il coinvolgimento nella valutazione dei risultati raggiunti.

Particolarmente innovativo è stato l'inserimento, nella sezione Monitoraggio, di tempistiche comuni per garantire, ove possibile almeno una valutazione intermedia annuale di tutti gli obiettivi del Piano, finalizzata soprattutto a una valutazione dei trend utile ad attivare tempestivamente azioni di miglioramento a breve termine e ad un adeguamento della programmazione di medio periodo.

Il principale risultato è rappresentato da una maggiore coerenza nel percorso di programmazione e quindi tra gli obiettivi dei piani e la declinazione negli obiettivi di budget, benché già da anni il processo di budget prevedeva un'articolazione degli obiettivi che integrava obiettivi economico-finanziari con obiettivi previsti nei diversi piani. Di fatto l'analisi del Valore Pubblico generato è stata fatta "in coerenza" e non "in aggiunta", evitando l'eccessivo proliferare di obiettivi/indicatori, definiti in un set sintetico ma rappresentativo degli argomenti particolarmente sfidanti per l'Azienda.

Il presente documento non deve essere considerato come una rappresentazione esaustiva di tutte le attività aziendali, avendo rappresentato alcune linee strategiche secondo i seguenti principi:

- Semplificazione
- Selettività
- Adeguatezza
- Integrazione
- Funzionalità al Valore Pubblico
- Chiarezza dei ruoli, partecipazione dei referenti aziendali PIAO e degli Stakeholders.

SEZIONE I - SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEDE LEGALE

L'Asl4 ha sede legale in Chiavari, con indirizzo Via G.B. Ghio n. 9.

La Direzione Generale organizza le sedi operative aziendali presenti sul proprio territorio in relazione ai bisogni di salute della popolazione.

LEGALE RAPPRESENTANTE

Il Legale Rappresentante dell'Azienda, al momento dell'adozione del PIAO, è il dott. Paolo Petralia, nomina disposta dalla Giunta Regionale Ligure con deliberazione n. 1137 del 30/12/2020, per il periodo 2021-2023.

COSTITUZIONE E NATURA DELL'ENTE

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dell'art. 17 della Legge Regionale n. 41/2006 e s.m.i., è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; agisce mediante atti di diritto privato nei limiti previsti dalla vigente normativa.

Con LL.RR. 10.05.1993 n. 20, 08.07.1994 n. 42, 20.01.1997 n. 2 e 24.02.1997 n. 7 è stata costituita l'Azienda Sanitaria Ligure 4 "Chiavarese"; con deliberazione della Regione Liguria n. 256 del 31.03.2017 è stato approvato il nuovo logo degli Enti del sistema regionale.

All'Asl4 sono stati assegnati il codice fiscale e la partita P. Iva 01038700991.

LOGO DELL'AZIENDA

Il logo ufficiale dell'Asl4 è costituito dalla scritta "Asl4" affiancata dallo stemma della Regione Liguria e riporta la scritta Sistema Sanitario Regione Liguria, così come rappresentato dall'immagine seguente:



IL TERRITORIO

L'Asl4 si estende per circa 928 Km²; un'area vasta che comprende il territorio di 30 Comuni, grandi comuni costieri, piccoli centri situati nell'entroterra e zone montane, con evidenti differenze di accessibilità, densità di popolazione e bisogni sanitari.

L'ambito territoriale di operatività dell'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4 è suddiviso in 3 Distretti Socio Sanitari ciascuno dei quali coincide con i confini del Distretto, definiti ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e della Zona Sociale di cui alla Legge n. 328/2000, come recepiti dalla Legge Regionale n. 12/2006.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4, comprende i territori dei Comuni di: Borzonasca, Carasco, Carro, Casarza Ligure, Castiglione Chiavarese, Chiavari, Cicagna, Cogorno, Coreglia Ligure, Favale di Malvaro, Lavagna, Leivi, Lorsica, Maissana, Mezzanego, Moconesi, Moneglia, Ne, Neirone, Orero, Portofino, Rapallo, Rezzoaglio, S. Colombano Certenoli, S. Margherita Ligure, S. Stefano d'Aveto, Sestri Levante, Tribogna, Varese Ligure e Zoagli.

La popolazione residente sul territorio dell'Asl4, pur con periodiche fluttuazioni, mantiene un andamento costante nell'ultimo decennio, al 1/1/2023 pari a 140.302 residenti con una leggera prevalenza della popolazione femminile rispetto a quella maschile.



IL PATRIMONIO AZIENDALE

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti.

I beni appartenenti all'Azienda sono classificati, in conformità alle vigenti disposizioni legislative, in beni patrimoniali disponibili e in beni patrimoniali indisponibili e sono descritti

in appositi inventari e regolamenti contenenti le indicazioni utili alla identificazione dei beni (titoli di provenienza, dati catastali, valori, rendite, ecc).

I beni patrimoniali indisponibili sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'articolo 826 del codice civile nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale.

Sono beni patrimoniali disponibili i beni destinati a produrre un reddito costituito da frutti naturali o civili e comunque tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente.

L'Asl4 riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienamento del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa necessaria autorizzazione regionale, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.Lgs. 229/1999.

SITO ISTITUZIONALE E CANALI DI COMUNICAZIONE

Il sito Internet dell'Azienda è raggiungibile all' indirizzo www.asl4.liguria.it, in cui è disponibile tra l'altro la sezione "Amministrazione Trasparente" prevista dalla normativa.

L'Azienda dispone di casella di posta elettronica certificata (PEC) presso il protocollo generale: protocollo.generale@pec.asl4.liguria.it (per tutti gli interlocutori dotati di posta elettronica certificata).

Sono stati attivati anche alcuni canali social media, al fine di favorire una informazione e comunicazione più immediata e globale: Instagram, LinkedIn e Facebook.

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE IIA - VALORE PUBBLICO

VALORE PUBBLICO - DEFINIZIONE

Per Valore Pubblico generale s'intende il livello di benessere complessivamente generabile (in fase di pianificazione) e generato (in fase di monitoraggio e rendicontazione) dall'Asl4 nei confronti dei propri utenti e stakeholder di riferimento.

Asl4 fa riferimento alla definizione di Valore Pubblico e alle metodologie di pianificazione e misurazione elaborate dal Centro di Ricerca sul Valore Pubblico secondo la letteratura scientifica e in linea le Linee Guida 2017-2021 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Asl4 secondo questa lettura, genera Valore Pubblico

- IN SENSO STRETTO quando impatta in modo migliorativo rispetto al livello complessivo e multidimensionale del benessere dei propri stakeholders (nelle dimensioni economiche, sociali, ambientali, sanitari cc.);
- IN SENSO AMPIO, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti; s'intende il benessere addizionale ottenuto tramite il miglioramento delle performance a ciò funzionali, a partire dal miglioramento delle diverse dimensioni di salute delle risorse a ciò funzionali;
- SETTORIALE quando impatta in modo migliorativo sulle singole prospettive del benessere dei propri stakeholders, rispetto alla loro baseline.

VALORE PUBBLICO – LA MISSION AZIENDALE COME SINTESI DEL VALORE PUBBLICO GENERATO DA ASL4

La mission che Asl4 è si è data:

garantire un'attività volta alla produzione, all'acquisizione e all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali e socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria, per promuovere, mantenere e recuperare la salute psico-fisica dei cittadini secondo un approccio bio-psico-sociale, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali.

Questa mission già individua il principale Valore Pubblico costruito dall'azienda: **LA SALUTE**, da promuovere, recuperare e mantenere. A fianco di tale principio, è presente un secondo destinatario della costruzione di Valore Pubblico in azienda: **IL CAPITALE UMANO**.

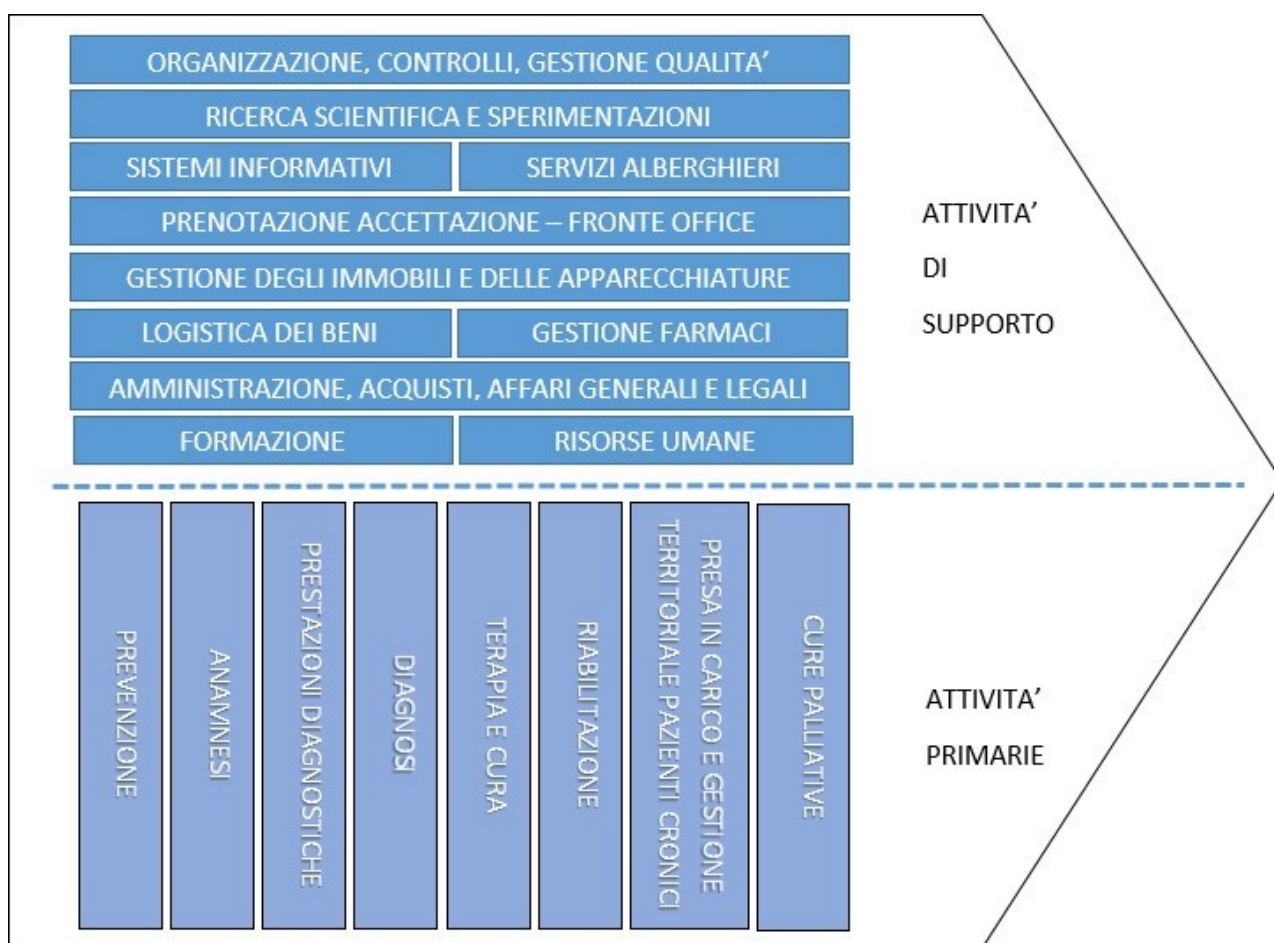
Per definire il quadro di Valore Pubblico costruito in ASL4, è utile partire dall'individuazione di tutti i destinatari dell'attività aziendale (**STAKEHOLDERS** - qualsiasi soggetto che sia "portatore di interesse" effettivo o potenziale, rispetto alle attività della ASL4).

Da questa analisi emerge che, oltre agli Assistiti/Caregiver/Famiglie e del Capitale Umano (personale dipendente, convenzionato, acquisito con altre tipologie di contratti), sono individuabili altre tipologie di stakeholders verso i quali l'ASL4 è tenuta a orientare l'attività in ottica di costruzione del Valore Pubblico: le Istituzioni e le altre Pubbliche Amministrazioni in particolare quelle facenti parte della rete delle Strutture Sanitarie, il Volontariato, i Fornitori.

Al fine di meglio focalizzare il significato di valore pubblico e la sua correlazione con la diversa natura degli stakeholders aziendali, risulta utile rifarsi ai concetti sintetizzati nella "Catena di valore di Porter" (vedi figura a pagina successiva), adattata alle attività della ASL4.

Lo Stakeholder prioritario, come individuato nella Mission aziendale, è innegabilmente il CITTADINO/UTENTE/PAZIENTE. Le funzioni individuate come "ATTIVITÀ PRIMARIE" sono tutte le attività che generano per il cittadino un VALORE AGGIUNTO percepito per la salute, la qualità di vita o il supporto alla gestione della malattia, che quindi diventa il prioritario VALORE PUBBLICO cui deve tendere l'intera attività dell'ASL.

FIGURA 1: CATENA DEL VALORE DI PORTER PER LE STRUTTURE SANITARIE















Le altre funzioni, le ATTIVITÀ DI SUPPORTO, che non danno di norma diretto apporto al VALORE PUBBLICO per il cittadino, devono agire al fine di generare servizi per gli altri Stakeholder (capitale umano, enti locali e altri nodi della rete di assistenza, fornitori), ponendo in essere le attività necessarie in una ottica di MIGLIORAMENTO CONTINUO DEI PROCESSI di supporto e di riduzione degli SPRECHI (in termini di attività inutili o duplicate o da rifare, attese, movimenti di persone o beni, scorte di beni o di capacità produttive non utilizzate, competenze sotto-utilizzate o male utilizzate).

Secondo tale interpretazione, tutta l'organizzazione deve agire pensando di essere parte di PROCESSI DI EROGAZIONE (principali o di supporto) finalizzati all'erogazione di servizi che GENERANO VALORE per almeno uno stakeholder, ripensandosi in ottica di RIDUZIONE DEGLI SPRECHI (definiti come visto sopra), RIDUZIONE DEL SOVRACCARICO del personale e ricerca di RIDUZIONE DELLA VARIABILITÀ nei processi di cura (attraverso percorsi di cura e PDTA, tenuto conto che a modelli standard di cura deve coincidere la "sartorializzazione" della cura sul singolo paziente, in relazione alle patologie, co-patologie ed alla rete di supporto) e nei processi di supporto.

Per pianificare e monitorare concretamente il Valore Pubblico si è deciso di declinare lo stesso in 12 "LINEE" di sviluppo del Valore Pubblico individuate nella tabella 1, e che si declinano coerentemente nelle altre sezioni del presente Piano.

VALORE PUBBLICO – LINEE DI GENERAZIONE DEL VALORE PUBBLICO PER ASL4 E CORRELAZIONE DEL VALORE PUBBLICO COI PIANI ATTUATIVI PARTI INTEGRANTI DEL PIAO (TABELLA 1)

LINEE DI GENERAZIONE DI VALORE PUBBLICO PER ASL4	
VP01 	EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI ASSISTENZA P01 – attività territoriali P02 – gestione tempi attesa ambulatoriali P03 – gestione tempi attesa ricoveri chirurgici programmati P04 – prevenzione + Delibera "PRISA" n. 419/2022 P05 – campagne di screening di prossimità
VP02 	GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE S01 - strategia P06 – piano organizzazione strategica + Delibera "POA" n. 551/2018 P07 – performance e budget
VP03 	ENGAGEMENT DEL PAZIENTE E ONE HEALTH P08 – Centralità della persona nelle relazioni di cura e engagement del paziente + Delibera "Paziente al centro" n. 81/2023 P09 – Progetto "Nuovi Ambienti" Dipartimento Ecosostenibile

VP04		POLITICHE DEL PERSONALE P10 – Programmazione triennale fabbisogni P11 – Lavoro Agile
VP05		QUALITA' E SICUREZZA DEL PAZIENTE P12 – Qualità accreditamento e rischio clinico P13 – Infezioni correlate all'assistenza
VP06		SICUREZZA DEGLI OPERATORI P14 – Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro per il personale Asl4
VP07		PARI OPPORTUNITA', WELFARE E INCLUSIONE P15 - Pari opportunità e inclusione
VP08		FORMAZIONE E RICERCA P16 – Formazione strategica – Academy Asl4 P17 – Formazione
VP09		INFO-COMUNICAZIONE P18 – Comunicazione
VP10		EDILIZIA E PNRR, APPROVVIGIONAMENTI P19 – PNRR + Delibera “Programma triennale dei lavori pubblici 2023-2025” n. 24 del 20/01/2023 + Delibera “Programma biennale dell’acquisto di beni e servizi 2023-2024” n. 114 del 22/02/2023 + Delibere attuative PNRR
VP11		SOSTENIBILITA' E GREEN P20 – Sostenibilità
VP12		ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA P21 – Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza

VALORE PUBBLICO - INDICATORI

Numerosi sono gli indicatori sviluppati in letteratura per misurare gli “outcome” sulla salute delle attività sanitarie. In particolare Age.n.a.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha sviluppato nel tempo, e sta ampliando, un sistema di indicatori che misurano, in funzione dei dati dei flussi sanitari disponibili, indicatori di volume, di processo e di esito (nel cosiddetto Programma

Nazionale Esiti (<https://pne.agenas.it/>) che rappresenta uno strumento di valutazione a supporto dei piani di audit clinico ed organizzativo finalizzati a garantire maggiore qualità e sicurezza delle cure.

A tale analisi, rivolta allo stakeholder principale (l'assistito) sono aggiunti alcuni indicatori rappresentativi di alcune linee strategiche di Asl4, volte a individuare almeno un indicatore per gli stakeholders principali per l'azienda (assistiti, capitale umano, fornitori) correlati alle attività erogate da Asl4 (ricovero, prestazioni ambulatoriali, altri livelli di assistenza territoriali e di prevenzione, attività organizzativa ed amministrativa).

Per l'individuazione degli indicatori, di fatto sempre correlati sia alla costruzione di Valore Pubblico che ad una delle dimensioni della Performance (come evidenziato nella tabella 2 che correla linee di costruzione del valore pubblico ai diversi programmi aziendali), si rimanda al dettaglio per singola sotto-sezione e relativi allegati.

SOTTOSEZIONE IIB - PERFORMANCE

OBIETTIVI STRATEGICI PLURIENNALI

Secondo quanto previsto dalla Legge Regionale n. 41/2006, l'Azienda deve definire un "Piano Strategico triennale", con aggiornamento annuale a scorrimento. Tale piano, secondo i contenuti del DM che ha istituito il PIAO e l'ottica di semplificazione e unicità degli atti di programmazione, non può che essere parte fondante del PIAO, dando atto che dalla programmazione strategica, ispirata dalla creazione di valore pubblico per gli stakeholders, discende la definizione degli obiettivi performance annuale. Tale indicazione trova coerenza e sinergia con i contenuti dell'ex Piano Performance, divenuto parte integrante del PIAO.

Secondo le indicazioni regionali, tra i contenuti del piano strategico, si prevedono:

- gli obiettivi di tutela della salute,
- la quantificazione dei fabbisogni di prestazioni, le attività ospedaliere e i posti letto,
- i servizi e le attività da istituire, potenziare o dismettere.

Tenuto conto che gli obiettivi strategici aziendali sono definiti in coerenza con gli indirizzi di programmazione nazionale e regionale in tema di tutela della salute, le linee strategiche aziendali per il triennio 2023-2025, sono sintetizzate nell'allegato S01 "Sintesi della programmazione strategica per il triennio 2023-2025" al presente piano.

Le linee strategiche di indirizzo trovano coerenza e prosecuzione alla parte "sperimentale" inserita nell'ultimo documento strategico, formalizzato con delibera aziendale n. 351 del 25/06/2021 "Processo di riorganizzazione del SSR. Indicazioni operative pervenute dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali con nota prot. 206737 del 14/06/2021" che individuava la revisione del modello organizzativo, evolvendo i servizi socio sanitari e degli ambienti di

vita one health based, con un approccio integrato, diffuso e “value based community healthcare”.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNUALI

In Asl4, il ciclo della programmazione si esplicita:

- Nella definizione delle strategie di lungo periodo, definite ed aggiornate nel presente documento tenendo conto delle linee di indirizzo nazionale e regionale e degli obiettivi di mandato ricevuti dal Direttore Generale, ora confluite nel processo che annualmente vedrà la collaborazione di tutti gli attori aziendali per l'aggiornamento del PIAO;
- Nella definizione di obiettivi annuali che si declinano a tutte le articolazioni aziendali attraverso il processo di budgeting, al fine di orientare le azioni di tutti al perseguimento delle strategie aziendali, secondo una declinazione che permette di condividere la direzione con ogni livello dell'organizzazione, individuando i livelli di responsabilità e rendendo coerenti le linee di indirizzo pluriennali con le indicazioni regionali annuali fornite con le Regole di sistema annuali, con gli Obiettivi annuali del Direttore Generale.

Il Processo di Budget è un percorso attraverso il quale la direzione orienta, misura e valuta la performance organizzativa e, assieme ad altri strumenti di valutazione, la performance individuale del personale dipendente.

L'ASL4, per guidare la propria gestione, si dota di un sistema multilivello di condivisione delle strategie che permette di diffondere a tutto il personale dipendente, con modalità diverse, le linee di sviluppo pluriennali e gli obiettivi annuali individuati dalla Direzione Strategica, così da coordinare l'attività nella ricerca del miglioramento continuo nel rispondere ai bisogni di salute in un'ottica di sicurezza, qualità, efficienza, efficacia ed economicità e di valorizzazione del capitale umano. Il Processo di Budget rappresenta lo strumento principale di tale sistema di diffusione:

- a livello aziendale il Processo di Budget permette la traduzione delle strategie pluriennali definite dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, nonché quelle definite aziendalmente, in obiettivi annuali e l'allocazione delle risorse disponibili, in un contesto caratterizzato da una domanda di prestazioni in crescita ed in evoluzione a fronte di un livello di risorse disponibili stabili o in riduzione;
- a livello di singola articolazione aziendale il Processo di Budget è un momento di esplicitazione degli obiettivi in coerenza con le strategie aziendali, e di responsabilizzazione sui livelli di attività qualitativi/quantitativi in coerenza con le risorse assegnate.

Il processo di budget, gli indicatori individuati per il 2023 e le azioni di miglioramento del processo sono meglio dettagliate nel sub-allegato P07 “Performance e budget”. I diversi contributi a questo Piano, definiti nei sotto-documenti codificati da P01 a P05, da P08 a P20,

sono da intendersi declinabili quali obiettivi di sviluppo e di performance, sugli specifici temi. In particolare, in applicazione alle indicazioni in tema di contenuti del Piao, si richiamano la presenza di un Piano per l'equilibrio di genere e l'inclusione (in cui sono inserite anche azioni legate alla medicina di genere, finalizzata ad un equo accesso alle cure ANCHE in tema di differenza di genere rispetto alle patologie) nonché ad un Piano "Green" nel quale sono definite le politiche relative alla sostenibilità.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE - SEMPLIFICAZIONE

LA CENTRALITA' DELLA PERSONA NELLE RELAZIONI DI PRESA IN CURA E DI CURA

Poiché le persone, accanto a bisogni di salute, manifestano sempre più anche esigenze di ascolto e attenzione, l'approccio di cura non può più essere incentrato sulla sola erogazione di singole prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, ma deve prevedere percorsi di cura integrati e trasversali, che incrocino le aree di attività declinate nei livelli di assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera e di assistenza socioeducativa, ma anche le dimensioni emotive, espressive e relazionali dei singoli e delle comunità, per supportare l'autonomia della persona nel proprio ambiente di vita ed in tutti i luoghi di cura, anche attraverso una presa in carico proattiva da parte della rete allargata territoriale e professionale.

Al raggiungimento di tale obiettivo si presta il modello del Community Building, inteso come "un orientamento per il quale i soggetti facenti parte di una comunità stessa si impegnano ad operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità stessa". Esso si fonda sulla collaborazione, co-organizzazione e co-responsabilità, tra soggetti pubblici e gli stakeholder presenti nella Comunità Supportano il servizio pubblico nel raggiungere gli obiettivi di salute valorizzando e promuovendo le reti sociali, capaci di intercettare, sostenere, supportare gli individui più deboli e fragili, favorendone l'inclusione sociale e il coinvolgimento attivo.

La promozione e lo sviluppo dell'umanizzazione della medicina e la medicina di prossimità, oggetto dell'allegato P08 "Centralità della persona nelle relazioni di cura e engagement"; in tale ottica, sono state individuate alcune azioni "semplici" come obiettivi di performance che faciliteranno l'accesso più semplice e guidato ad alcuni servizi (si cita ad esempio i progetti di miglioramento previsti dalla Medicina Legale a supporto degli utenti che accedono al servizio per Commissioni Invalidi e Commissioni Patente).

In modo analogo la ricerca di un approccio di prossimità, diviene strumento di facilitazione all'accesso ai servizi, oggetto dell'allegato P05 "Campagne di screening di prossimità".

OBIETTIVI DI PERFORMANCE - DIGITALIZZAZIONE

Sistemi informativi di collaboration

Fin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, ASL4 ha attivato una serie di strumenti atti a garantire la continuità dei servizi anche attraverso l'utilizzo di videoconferenze e riunioni a distanza. I programmi attualmente in uso sono la piattaforma Cisco Webex e il sistema di comunicazione Avaya.

Oltre a tali strumenti, si sono affiancati altri tools di collaborazione web utilizzati da parte dei vari stakeholdres di ASL4.

Le comunicazioni attivate in un'organizzazione agile sono rilevanti e supportate da strumenti digitali adeguati che permettono al personale di utilizzare semplicemente ed al meglio la tecnologia: a tale scopo è stata rivisitata l'interfaccia grafica del portale de dipendente, strumento accessibile anche da remoto che

Sistemi informativi amministrativi

ASL4 ha introdotto piattaforme digitali che hanno portato a work flow operativi finalizzati alla razionalizzazione e dematerializzazione delle procedure operative del protocollo informatico, nonché degli atti dirigenziali. Nel corso del 2023 verranno dematerializzate anche le delibere aziendali.

Ha inoltre completato il percorso relativo alla revisione economica, organizzativa ed informatica del sistema economico-contabile integrato delle Aziende ed Enti del S.S.R.

A seguito dell'emergenza pandemica, ASL4 ha sostituito i terminali orologio con nuovi dispositivi integrati con una telecamera utile al controllo dei greenpass, come richiesto a fronte delle normative che deve osservare la ASL.

Lo strumento del portale del dipendente è stata rivisionato dal punto di vista dell'interfaccia grafica, rendendolo accessibile anche dall'esterno e da dispositivi mobili, e potenziato con nuove funzionalità di interesse per il dipendente, sia di carattere informativo e di qualità, sia operative quali strumenti di gestione del personale, nonché servizi di trouble ticketing diretti a diversi servizi aziendali, nonché come porta di accesso/autenticazione verso altri servizi,

Sistemi informativi sanitari

ASL4 sta concludendo la progettualità che prevede l'interoperabilità dei sistemi PACS delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Liguria per la condivisione interaziendale delle immagini diagnostiche secondo standard internazionali come elemento abilitante per una sempre maggiore possibilità di cooperazione clinica tra Enti nell'ambito dell'emergenza e continuità di cura.

ASL4 ha altresì avviato un percorso che culminerà nell'implementazione di un sistema centralizzato a livello regionale, integrato con i LIS di tutte le ASL ed ospedali liguri, che operi come un sistema di laboratorio analisi unico regionale abilitante per un'organizzazione hub & spoke.

Sempre in merito all'interoperabilità tra sistemi, nell'ambito delle progettualità previste dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ASL4 è impegnata nel progetto di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede DEA del presidio unico ospedaliero che riguarda una soluzione regionale per la digitalizzazione e l'informatizzazione dei sistemi ospedalieri (SIO) e dei pronto soccorso e DEA in termini di integrazione e cooperazione di soluzioni esistenti comprensivi di infrastrutture locali, centrali e di disaster recovery.

ASL4 ha portato a conclusione la diffusione in tutti i reparti aziendali della Cartella Clinica Elettronica, supportata dalla connettività wireless presente nei poli ospedalieri aziendali, che vede anche l'alimentazione della lettera di dimissione nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Data center e Sicurezza informatica

Di particolare interesse è lo sviluppo del c.d. Polo Strategico Nazionale, scenario in cui Liguria Digitale si propone quale Polo a carattere Regionale, cioè soggetto aggregatore delle infrastrutture IT per la Pubblica Amministrazione ligure, a valle dell'accordo tra Regione Liguria e AgID, per offrire, in maniera continuativa e sistematica, servizi infrastrutturali on-demand e servizi cloud, servizi di disaster recovery e business continuity, nonché servizi a supporto della gestione della sicurezza IT a tutti i soggetti soci interessati alla migrazione in cloud dei propri Data center di gruppo B prossimi all'eliminazione per norma, situazione in cui si trova ASL4 in fase di ultimazione del percorso di migrazione dei servizi verso il Data center di Liguria Digitale.

Valutata la necessità di effettuare azioni specifiche e strutturate per la cybersecurity a difesa dei dati della pubblica amministrazione, ASL4 si è dotata del servizio di Endpoint Detection and Response (EDR), tramite il SOC di Liguria Digitale, per il monitoraggio continuo dello stato di sicurezza dell'organizzazione, in particolare per la prevenzione, rilevazione, analisi e risposta agli incidenti di sicurezza informatica.

ASL4 ha anche avviato un'azione di sensibilizzazione su aspetti della sicurezza delle informazioni, volta principalmente ad incrementare il livello di consapevolezza degli utenti, innalzando di conseguenza il livello di sicurezza dell'organizzazione e l'efficacia in termini di protezione dei dati personali e dei dati sanitari.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – ACQUISTI DI BENI E SERVIZI e LAVORI PUBBLICI

Dato che per l'anno in corso non è stato possibile rendere coerenti le tempistiche di adozioni del PIAO e dei due documenti pluriennali che programmano l'acquisizione di beni e servizi e di lavori pubblici, si rimanda integralmente a quanto contenuto nei documenti già adottati

- Delibera “Programma triennale dei lavori pubblici 2023-2025” n. 24 del 20/01/2023 presente sul sito aziendale nella sezione amministrazione trasparente al link: <https://www.asl4.liguria.it/amministrazione-trasparente/opere-pubbliche/atti-di-programmazione-delle-opere-pubbliche/>
- Delibera “Programma biennale dell'acquisto di beni e servizi 2023-2024” n. 114 del 22/02/2023
- Delibere attuative PNRR

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – COERENZA TRA OBIETTIVI DI PERFORMANCE E RISORSE DEL BILANCIO DI PREVISIONE 2023

I risultati 2022

Il quadro economico finanziario di previsione per il 2023 si profila in parziale discontinuità rispetto all'esercizio precedente con atteso pieno superamento dell'impatto economico ed organizzativo del Covid 19. Giova dunque premettere quanto realizzato nel corso del 2022 per meglio inquadrare la proiezione del 2023.

Nel corso del 2022 sono stati raggiunti i seguenti fondamentali obiettivi:

- il pieno recupero in termini di valore tariffato teorico del valore della produzione precovid (riferimento anno 2019) in ambito ospedaliero ed ambulatoriale, per un controvalore di circa 73 milioni di euro;
- il ritorno a regime ordinario dell'assetto organizzativo e produttivo prepandemico, seppur caratterizzato da alcune rimodulazioni settoriali dei diversi setting produttivi;
- l'assorbimento strutturale di alcune misure organizzative finalizzate a garantire continuità ad alcune attività di contrasto al perdurare in forma ridotta dell'impatto pandemico (posti letto per ricoveri Covid, vaccinazioni, tamponi).

Nel complesso pertanto l'anno 2022 si chiude con il nuovo assetto a regime dell'azienda, anche supportato dal potenziamento del personale di comparto sanitario e da alcune azioni di efficientamento dei costi operativi.

Parallelamente sul conto economico del 2022 risultano incidere anche alcuni fattori esogeni, tra i quali:

- L'impatto del rinnovo contrattuale del CCNL per 3,3 milioni di euro;
- L'impatto dei costi energetici a seguito della crisi geopolitica in est Europa per 3,4 milioni di euro;
- L'incremento strutturale della domanda territoriale per beni e servizi a diretta distribuzione (Farmaci ospedalieri, assistenza integrativa e protesica).

Inoltre nel 2022 risultano sostenuti oneri per lo sviluppo del progetto regionale denominato "Tigullio Luogo di Salute" per 1,0 milione e di euro per un progetto innovativo di sanità digitale di prossimità, finanziato con quote dedicate di fondi statali.

Il quadro economico per il 2023

Allo scopo di delineare meglio lo scenario nel quale si proiettano le attività programmate per il 2023 è opportuno richiamare brevemente il contesto nel quale si è sviluppato l'esercizio precedente.

Il quadro economico preconsuntivo per il 2022 presenta una situazione impattata dalle dinamiche di costo correlate a diversi elementi straordinari:

- Il permanere seppur in quota minore di oneri derivanti dal contrasto alla pandemia Covid (3,9 milioni in larga parte relativi al primo trimestre 2022);
- L'incremento del contratto di fornitura di energie e manutenzioni impianti energetici a seguito della crisi geopolitica in Ucraina per 3,4 milioni;
- L'impatto del rinnovo del CCNL del comparto per 3,3 milioni di euro oltre arretrati contrattuali.

A tali elementi si aggiungono alcune azioni aziendali, in particolare:

- Il recupero del livello complessivo di produzione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali per esterni ai valori pre- Covid (73,0 milioni di euro, +14% sul 2021, pari a 9,0 milioni di euro di valore tariffato);
- Il potenziamento delle attività infermieristiche e di ausiliario, realizzato.
- Lo sviluppo del progetto sperimentale Tigullio Luogo di Salute, orientato ad una Sanità digitale ed interconnessa di prossimità, per un impatto complessivo di 1,0 milione di euro).

Con riferimento a quanto sopra richiamato lo scenario economico del 2023 è sviluppato sulla base delle seguenti ipotesi:

- Progressivo rientro alla normalità delle tensioni sui prezzi delle utenze energetiche;
- Definitivo assorbimento a regime della gestione Covid con superamento di protocolli e misure organizzative specifici;
- Minimizzazione dell'impatto dei costi necessari a garantire continuità tecnica al progetto TLS.

A tali ipotesi si aggiungono le indicazioni regionali fornite da Regione ed Alisa in relazione a:

- Livello di produzione tariffato complessivo in crescita di 4,9 milioni di euro rispetto al preconsuntivo 2022;
- Contributi regionali complessivi in crescita di 4,2 milioni rispetto a quanto assegnato in via previsionale per il 2022, per un totale di 239,8 milioni oltre copertura del saldo di mobilità passiva, incluso una quota di 19,1 milioni per le prestazioni rese da Iclas Srl per pazienti extraregionali e regionali di tutta la Regione.

L'equilibrio di bilancio rappresentato nel Conto economico previsionale per il 2023 si fonda sulle seguenti principali linee d'azione:

- Ricerca e reclutamento dell'organico del personale aziendale funzionale al perseguimento dello sviluppo dell'attività produttiva per esterni;

- Dismissione progressiva delle strutture organizzative attivate in precedenza per il contrasto all'emergenza pandemica e conseguente marginalizzazione dei costi emergenti Covid;
- Efficientamento della struttura dei costi di produzione a supporto dell'attività ordinaria funzionale sia all'assetto di produzione a risorse date, sia all'assorbimento dell'impatto dei costi Covid emergenti previsti per il primo trimestre dell'anno, con particolare riferimento alla voce dei servizi appaltati.

Parallelamente sotto il profilo degli investimenti sono previste le seguenti principali linee di intervento:

- Attività correlate all'attuazione del PNNR, per un valore annuo complessivo di 5,4 milioni di euro finalizzati allo sviluppo di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT e adeguamenti antisismici
- attivazione parziale delle linee di finanziamento da PNNR per acquisto di attrezzature sanitarie e tecnologie una quota di 0,3 milioni prevista nell'esercizio;
- realizzazione di parte degli interventi previsti per il potenziamento del polo ospedaliero di Lavagna.

Allo stato il quadro economico non consente il supporto di investimenti finanziati con fondi propri, anche in attesa di eventuali finanziamenti regionali per acquisti di attrezzature. In corso d'esercizio sarà possibile valutare eventuali margini di rimodulazione del budget per investimenti eventualmente necessari per il funzionamento corrente delle attività, in specie relativamente alla gestione del patrimonio immobiliare ed alla sostituzione del parco tecnologico aziendale.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – ACCESSIBILITA' FISICA

Nulla da rilevare in termini di obiettivi di sviluppo.

L'accessibilità fisica è oggetto di attenzione già nelle fasi di progettazione degli spazi da dedicare ai nuovi servizi. Nella valutazione preliminare di progettazione dei nuovi interventi su Lavagna, oltre a verificare l'accessibilità dei percorsi a persone con disabilità motorie, si è valutato anche l'impatto di afflussi di pazienti/accompagnatori per migliorare la logistica all'interno dei nuovi spazi.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – ACCESSIBILITA' DIGITALE

ASL4, come amministrazione pubblica, pubblica la Dichiarazione di accessibilità digitale in cui attesta lo stato di conformità del proprio sito istituzionale ai requisiti di accessibilità,

conformemente al D.lgs 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio.

L'Azienda è costantemente impegnata a rendere i propri sistemi informatici in grado di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari: a tal proposito, agli inizi dell'emergenza pandemica, ha distribuito inizialmente ai reparti Covid e in seguito anche a disposizione dei poli ospedalieri, dispositivi mobili dotati di app in grado di permettere la comunicazione tra operatori e utenti con disfunzioni dell'apparato uditivo che, con l'utilizzo delle mascherine, si trovavano in situazioni di maggior disagio.

Le politiche di accesso digitale ai servizi (es. prenotazione delle prestazioni) o di gestione digitale di documenti sanitari (es. fascicolo sanitario elettronico) si sviluppano per Asl4 nell'alveo delle linee di sviluppo definite dalla Regione Liguria.

SOTTOSEZIONE IIC - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

In prosecuzione con quanto avvenuto nei precedenti anni, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott.ssa Geronima Caffarena, in collaborazione con le articolazioni aziendali maggiormente coinvolte in termini di mappatura di processi a maggior rischio ed individuazione delle azioni di mitigazione, adempimenti di pubblicazione legati alla trasparenza, definizione e implementazione delle misure generali obbligatorie, hanno provveduto all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2023-2025, che diviene parte integrante.

Come ultimo aggiornamento, il presente documento recepisce le indicazioni ANAC in tema di ampliamento dei contenuti della griglia degli adempimenti di trasparenza.

Come già previsto in passato, il raccordo tra obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza e la performance, viene garantito con l'inserimento nelle schedi di budget, di specifici obiettivi di budget, oggetto di valutazione da parte del RPCT.

Per il dettaglio del PTPCT si rimanda all'allegato P21 ed ai sotto-allegati A-B-C.

SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE IIIA – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

ORGANIZZAZIONE – ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE

L'Atto di Autonomia Aziendale, di diritto privato, costituisce lo strumento di auto-organizzazione e di funzionamento dell'Azienda. Il suo contenuto riflette i valori ed i principi generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) mutuati dalla Legge Regionale n. 41 del 07/12/2006 e s.m.i., così come integrata e modificata dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/02/2008 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 945 del 01/08/2008, dalla Legge Regionale n. 57/2009, dalla Legge Regionale n. 36/2011, e dalla Legge Regionale n. 29/2012, dalla Legge Regionale n. 17/2016 e dalla Legge Regionale n. 27/2016.

L'Atto di Autonomia aziendale di Asl4 attualmente vigente, è definito con delibera aziendale n. 305 del 16/05/2018 con successive modifiche ed integrazioni, adottato a seguito della validazione regionale avvenuta con DGR n. 551 del 06/08/2018.

Per il dettaglio del Piano Organizzativo si rimanda all'allegato P06 ed al sotto-allegato A (organigramma in forma grafica).

ORGANIZZAZIONE – EVOLUZIONE FUTURA

L'organizzazione aziendale definita in tale Atto di Autonomia è prossima a un profondo aggiornamento, legato all'applicazione delle linee di indirizzo regionali definite con DGR n. 1380 del 28/12/2022 "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale".

In particolare, rispetto all'attuale organizzazione definita con l'Atto del 2018, risultano essere prefigurati dalle linee guida rilevanti cambiamenti nell'organizzazione, prevedendo:

- un modello organizzativo Hub & Spoke;
- l'istituzione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione a supporto del sistema emergenza-urgenza, punto cruciale del sistema sanitario, di cui va garantita la massima funzionalità;
- il potenziamento e nuovo modello dell'offerta residenziale mediante la ridefinizione e adeguamento delle attività di Cure Intermedie che risultano attualmente inserite nel contesto della disponibilità di posti letto ospedalieri ridefinendo anche la filiera territoriale;
- il modello territoriale regionale incentrato sui Distretti, le responsabilità gerarchiche dirette sulle strutture territoriali che lo compongono, ovvero rapporti funzionali con le strutture non gerarchicamente riconducibili ai Distretti stessi;
- l'individuazione, in linea con le normative vigenti, dei dipartimenti, strutturali e funzionali, le afferenze dei dipartimenti alla direzione sanitaria, socio-sanitaria e amministrativa o in staff alla Direzione Generale, oltre al Dipartimento interaziendale regionale (DIAR); l'individuazione

dell'assetto delle funzioni amministrative-professionali, di norma afferenti agli Staff di Direzione o al Dipartimento Amministrativo;

- la definizione delle Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, la cui numerosità massima è stata definita, nelle linee guida regionali, per Asl4 secondo la tabella seguente:

Aziende/Enti SSR	Numero Max S.C. ospedaliera	Numero Max S.C. non ospedaliera	Tot. Max S.C.	Tot Max S.S.D./S.S.
<i>Area ottimale di levante</i>				
ASL 4	29	15	44	57

SOTTOSEZIONE IIIB – LAVORO AGILE

CAPITALE UMANO – LAVORO AGILE

L'ASL 4 intende percorrere l'opportunità del Lavoro Agile quale modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, in quanto fattore abilitante dello sviluppo della digitalizzazione, del miglioramento della produttività, di promozione della sostenibilità sociale, economica e ambientale e per favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro e vita personale.

Nel dettaglio l'implementazione del Lavoro Agile risponde alle seguenti finalità:

- Sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati;
- Introdurre modalità innovative di organizzazione del lavoro e conseguentemente di gestione del personale finalizzati alla conciliazione delle necessità dei dipendenti con quelle aziendali;
- Promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro;
- Dare la possibilità al personale di fruire di una diversa modalità di lavoro, che salvaguardi il sistema di relazioni personali e collettive in termini di formazione, crescita professionale, motivazione e responsabilizzazione;
- Razionalizzare l'uso dei locali e degli spazi aziendali e modernizzare le dotazioni informatiche e tecnologiche in utilizzo in Azienda.

Capitalizzando l'esperienza delle attività di smart-working implementate durante il periodo di emergenza pandemica, Asl4 ritiene di darsi come obiettivo per l'anno 2023 lo sviluppo del regolamento, propedeutico alla messa a regime del lavoro agile.

Per il dettaglio si rimanda all'allegato P11.

SOTTOSEZIONE IIIC – PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DI PERSONALE

CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

La programmazione dei fabbisogni di personale costituisce per Asl4 lo strumento di sintesi e di coordinamento di tutte le politiche specifiche di gestione delle risorse umane e di raccordo di queste con la programmazione aziendale.

La principale funzione è quella di assicurare la disponibilità qualitativa e quantitativa di risorse umane necessarie alla realizzazione dei piani aziendali e di assicurare nel contempo le condizioni per una loro gestione in coerenza con la dinamica legislativa, contrattuale, tecnico-economica e sociale.

Le competenti Direzioni Aziendali, sulla base degli obiettivi strategici da realizzare, della necessità di garantire il mantenimento delle prestazioni assistenziali e di accesso alle cure specialistiche, dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro, della struttura esistente e delle sue possibili variazioni, hanno definito, in primis il quadro degli organici necessari per garantire l'equilibrio del fabbisogno di personale.

Per il dettaglio si rimanda all'allegato P10 e relativi allegati A-B1-B2-C1-C2-C3, definiti in coerenza con la stima di risorse disponibili a bilancio.

CAPITALE UMANO - FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione continua e l'aggiornamento professionale rappresentano uno strumento indispensabile per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'Azienda e per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi.

La formazione svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle prestazioni dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle attività, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza erogata ed a garantire il rispetto dei livelli minimi assistenziali indicati nel Piano sanitario nazionale e negli atti di programmazione a livello locale.

In quanto tale, è rappresentativa della qualità del servizio erogato, soprattutto se viene intesa come bagaglio di abilità e competenze tecnico professionali, come cultura, come modo di saper leggere e interpretare la realtà, che riguarda gli aspetti relazionali e interattivi della persona.

La ASL4 garantisce il proprio impegno in riferimento alle proprie caratteristiche, alla sua organizzazione e al rigore qualitativo dell'offerta formativa per fornire un'attività pertinente, rilevante ed appropriata.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono assunti da questa Amministrazione come strumento sia per il miglioramento continuo della qualità, delle prestazioni erogate, sia per lo sviluppo della professionalità degli operatori e per la realizzazione delle finalità istituzionali.

La formazione, a tutti i livelli, rappresenta quindi una leva essenziale nel processo di innovazione, nelle fasi di sviluppo dell'organizzazione e costituisce un cardine fondamentale della qualità dei servizi e della attività scientifica prodotta.

Per il dettaglio del si rimanda all'allegato P16 (FORMAZIONE STRATEGICA – ACADEMY) e P17 (PIANO FORMATIVO ANNUALE).

SEZIONE IV MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio, ancora prima di quella di valutazione e rendicontazione finale, risulta fondamentale nella definizione di un piano strategico, dando atto che rilevare tempestivamente disallineamenti tra target atteso e andamento effettivo, permettendo di porre in essere l'intero ciclo di gestione della performance (inteso come PLAN DO CHECK ACT).

Il monitoraggio diviene, una volta raggiunti gli obiettivi, anche uno strumento di mantenimento dei risultati raggiunti (SUSTAIN), utile ad evitare pericolosi quanto frequenti ritorni allo stato precedente.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei contenuti del presente documento, si sintetizza in tabella, in base alle competenze, responsabilità e modalità di monitoraggio

CONTENUTO	RESPONSABILITA'	MODALITA'
P01 ATTIVITA' TERRITORIALI	SC DISTRETTI 14-15-16 DIP. SALUTE MENTALE DIPENDENZE	MONITORAGGIO ALMENO ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P02 TEMPI ATTESA AMBULATORIALI	CABINA DI REGIA TEMPI ATTESA AMBULATORIALI	MONITORAGGIO PERIODICO (INCONTRO CON DIREZIONE STRATEGICA) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P03 TEMPI ATTESA RICOVERI	CABINA DI REGIA TEMPI ATTESA RICOVERI	MONITORAGGIO PERIODICO (INCONTRO CON DIREZIONE STRATEGICA) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P04 PREVENZIONE	DIP. PREVENZIONE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P05 SCREENING DI PROSSIMITA'	DIRETTORE SOCIOSANITARIO	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE CAMPAGNA)
P06 PIANO ORGANIZZAZIONE STRATEGICA	SC RISORSE UMANE	ANNUALE (SECONDO PIANO ATTUATIVO DEFINITO IN FASE DI ADOZIONE ATTO)
P07 PERFORMANCE E BUDGET	SC CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO	MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET (INTERMEDIO E A FINE ANNO)
P08 CENTRALITA' DELLA PERSONA E ENGAGEMENT	SSD COMUNICAZIONE E URP	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)

P09 PROGETTO "NUOVI AMBIENTI" DIPARTIMENTO ECOSOSTENIBILE	SC GESTIONE TECNICA	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P10 PIANO TRIENNALE FABBISOGNI	SC RISORSE UMANE	MONITORAGGIO PERIODICO (INCONTRO CON DIREZIONE STRATEGICA) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P11 LAVORO AGILE	SC RISORSE UMANE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P12 QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	SC QUALITA' ACCREDITAMENTO E RM	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P13 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO UNICO	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P14 SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE - MEDICO COMPETENTE	MONITORAGGIO PERIODICO (INCONTRO CON DIREZIONE STRATEGICA) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P15 PARI OPPORTUNITA' E INCLUSIONE	SC RISORSE UMANE SC CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P16 FORMAZIONE STRATEGICA - ACADEMY ASL4	SSD COMUNICAZIONE E URP - FORMAZIONE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P17 FORMAZIONE	SSD COMUNICAZIONE E URP - FORMAZIONE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P18 COMUNICAZIONE	SSD COMUNICAZIONE E URP - FORMAZIONE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P19 PNRR	SC GESTIONE TECNICA SC SISTEMA INFORMATIVO SSD INGEGNERIA CLINICA	MONITORAGGIO MENSILE (PORTALE REGIS) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P20 SOSTENIBILITA'	SC GESTIONE TECNICA	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P21 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)

SVILUPPI E TENDENZE EVOLUTIVE PIAO ASL4

Asl4 con questo primo aggiornamento del documento PIAO, ha iniziato un percorso di evoluzione nella definizione e condivisione dello sviluppo strategico aziendale: rispetto alla prima edizione, l'attività di raccolta dei contributi da parte delle articolazioni aziendali ha comportato un confronto che ha evidenziato l'interrelazione tra i diversi "piani", difficilmente agibili come percorsi a se stanti, ma spesso da leggere come interconnessi avendo lo stesso punto di partenza (il Capitale Umano) e gli stessi strumenti (formazione, ciclo di programmazione e controllo) e gli stessi obiettivi, benchè leggibili sotto diversi punti di vista.

Nei prossimi anni l'evoluzione di questo processo accompagnerà le azioni programmatiche, ed in specie quelle innovative, coinvolgendo nella fase di programmazione nel modo più compiuto e trasparente gli *stakeholder esterni*.

In tal senso il PIAO diverrà pienamente lo strumento che ordinariamente rappresenterà la base della programmazione aziendale, in piena rispondenza alle finalità della normativa istitutiva dello stesso.

Arrivederci dunque al PIAO 2024/2026 !



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE



S01 - LINEE STRATEGICHE 2023-2025

Azienda Socio Sanitaria 4 Liguria




Distretto 14
 Rapallo
 ≈ 41.000 abitanti

Distretto 15
 Chiavari
 ≈ 71.000 abitanti


Distretto 16
 Sestri Levante
 ≈ 33.000 abitanti



30 comuni 140.000 abitanti
 3 Distretti sociosanitari



La popolazione
 Popolazione tra le più anziane d'Italia
 Indice di dipendenza: 68 vs 57 Italia
 Indice di vecchiaia: 273 vs 182 Italia
 Grandi vecchi: 5,59% vs 3,80% Italia



Le patologie croniche
 La Liguria ha la percentuale **più bassa di persone senza patologie croniche** (76,8% - media nazionale 81,6%)
 e la **più alta di persone con almeno una patologia cronica** (23,2% - media nazionale 18,4%).



Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti

Ospedalizzazione residenti	2018	2019	2020	2021
ASL4	140.23	138.78	106.73	119.22
Liguria	148.97	148.91	112.95	124.38

Il territorio

zona costiera popolosa (6 comuni, circa 70% della popolazione) piccoli centri nell'entroterra, zone montane con difficile accessibilità



per evolvere verso l'adozione
di un modello di Azienda **«one digital health»**:

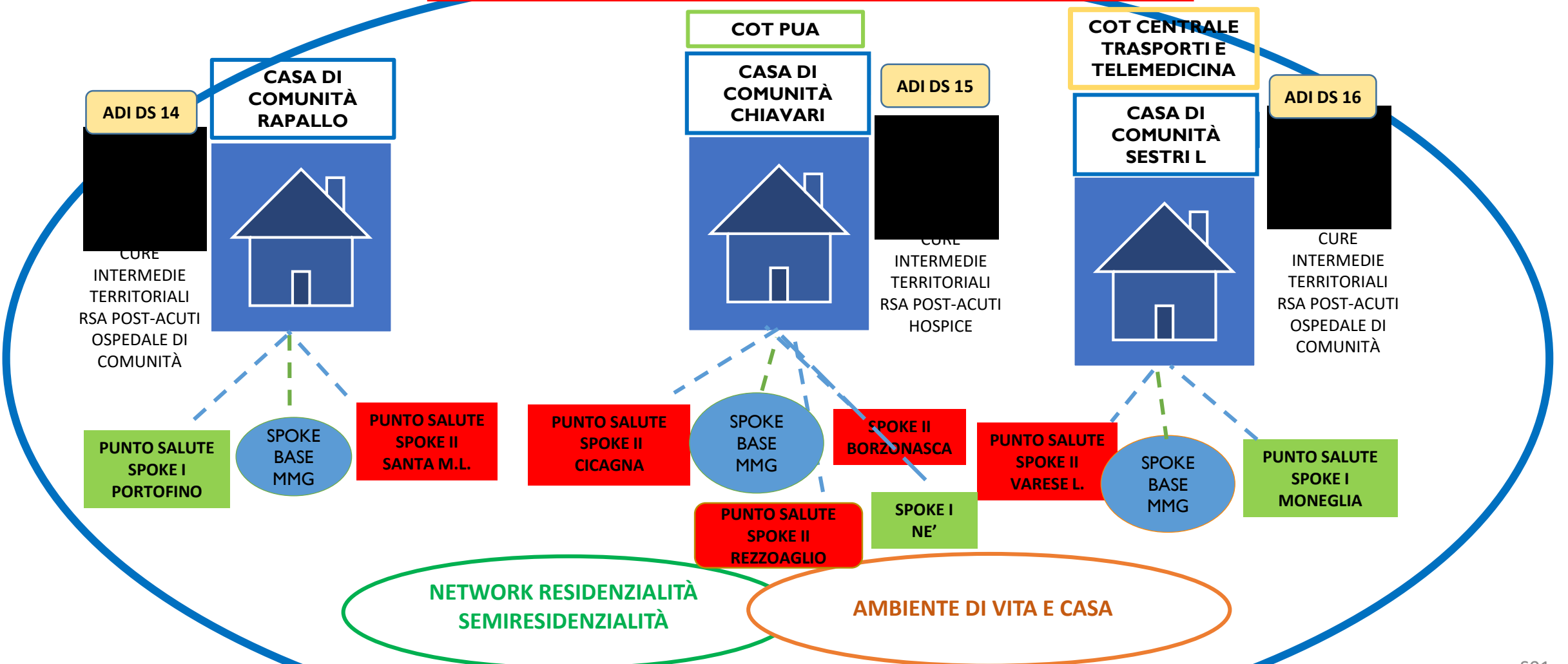
- integrata nel sistema regionale,
- «con» e «nel» territorio e tra sociale e sanitario
- flessibile e diffusa, partecipativa e di prossimità
- digitalizzata e Health Value Based

**«Tigullio luogo
di salute»**

**PROGETTO STRATEGICO CERTIFICATO
ASL4 LIGURIA - 2022**



PROGRAMMA DI RIORGANIZZAZIONE DELLA FILIERA DEI SERVIZI



in ciascun stabilimento ospedaliero
LAVAGNA - RAPALLO - SESTRI LEVANTE -CHIAVARI
sono collocate una o due diverse funzioni :

OSPEDALE PER ACUTI

POLO SANITARIO COMUNITA' (odc, cdc)

LAVAGNA

Ospedale per acuti e DEA

RAPALLO

Ospedale per acuti specialistico di percorso chirurgico - protesico e medico

Ospedale di comunità medico - riabilitativo

Casa Comunità distrettuale

SESTRI LEVANTE

Ospedale per acuti specialistico di percorso medico

Ospedale di comunità medico - riabilitativo

Casa Comunità distrettuale

Centrale Operativa Territoriale : Trasporti-Telemedicina

CHIAVARI

Hospice

Ospedale di comunità medico - riabilitativo

Casa Comunità distrettuale

Centrale Operativa Territoriale : PUA

Punto Unico Accesso

I setting erogativi Hub

in tutti i tre distretti sociosanitari

PUNTO SALUTE

(in sede ASL autorizzata con MMG, IFEC e Farmacie, anche con contenuti a distanza)

distretto 14

S MARGHERITA L. – PORTOFINO

distretto 15

CICAGNA , BORZONASCA e REZZOAGLIO

distretto 16

VARESE L

E Punti Salute Comunali e/o di zona:

Ne', Moneglia

NETWORK CON STRUTTURE RESIDENZIALI

(autorizzate e/o accreditate)

NETWORK CON SERVIZI EROGATORI PRIVATI

(anche a distanza per analisi e immagini...)

DOMICILIO

nel villaggio solidale e diffuso

AMBIENTE

(stile e qualità di vita come benessere; prevenzione, cura e riabilitazione con percorsi, proposte sperimentazioni ed educazione alla salute .

I setting erogativi Spoke

Un Ospedale del Tigullio in tre sedi



Interventi PNRR in ASL4



1 Hospice
Chiavari H

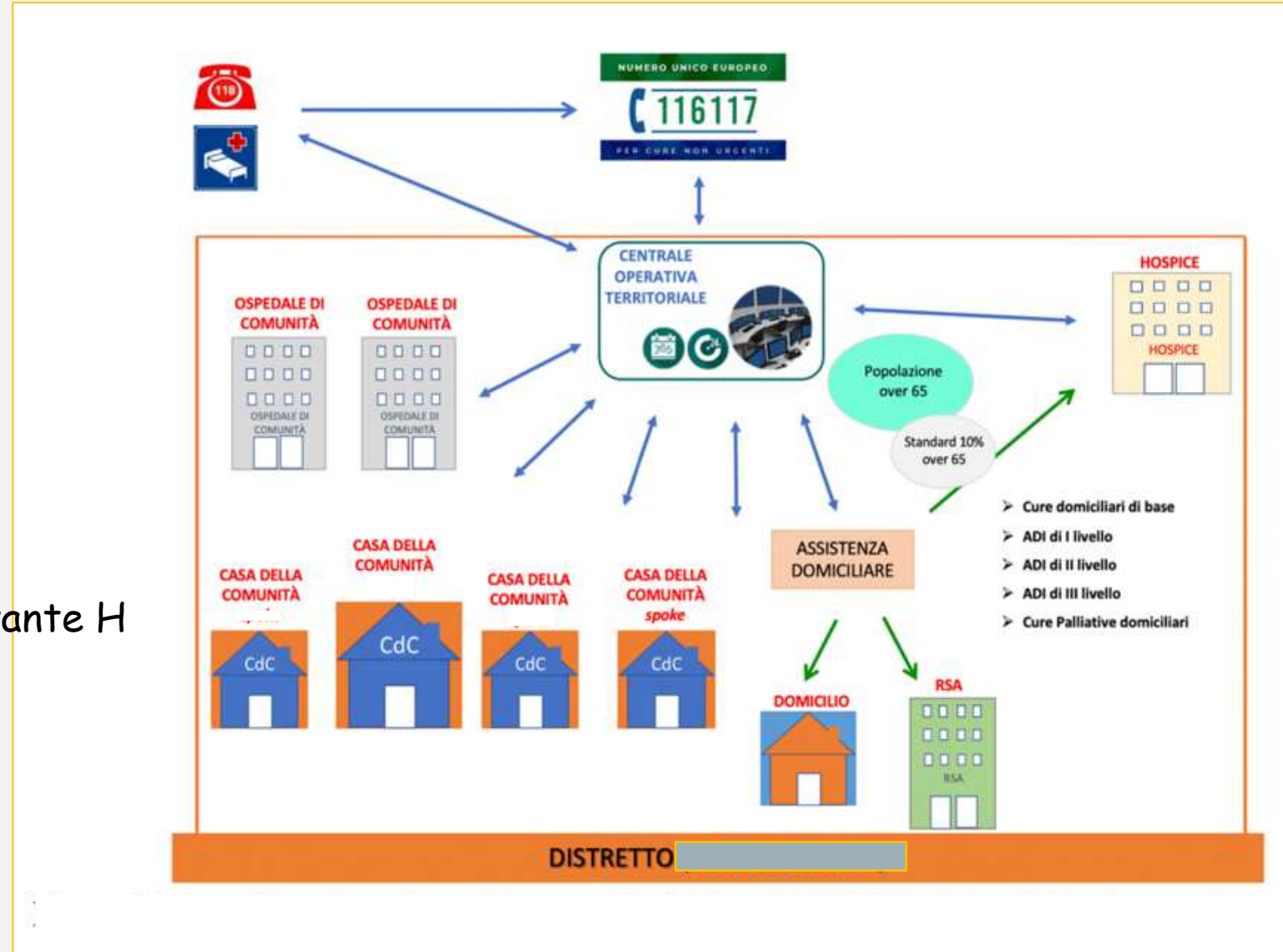


3 Case della Comunità:
Rapallo H, Chiavari H, Sestri Levante H



2 Ospedali di Comunità:
Sestri Levante H, Rapallo H

e 2 COT:
Sestri Levante H, Chiavari H



Il «Programma di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale della ASL4 – (PRAT)»

A) Revisione del modello organizzativo per le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta, promozione della salute ed efficientamento dei sistemi:

1. Organizzazione e potenziamento dei Distretti attraverso un sistema integrato composto da 3 **Case di Comunità** Hub e relativi Spoke e 2 **COT**
2. Prevenzione e Percorsi delle cronicità integrati tra MMG e medicina specialistica
3. Nuova filiera dell'assistenza territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria: realizzazione degli Ospedali di Comunità e riorganizzazione dei diversi setting assistenziali erogativi nei poli sociosanitari Hub (**degenza territoriale**)
4. Riorganizzazione sperimentale delle **cure primarie** in una logica di medicina d'iniziativa secondo il nuovo ACN per la medicina di base e la continuità assistenziale
5. Potenziamento e riorganizzazione **dell'assistenza domiciliare**
6. Riorganizzazione della filiera dei **servizi sociosanitari** residenziali e semiresidenziali extra hub
7. Integrazione sociosanitaria con i **servizi sociali** dei Comuni
8. Coinvolgimento attivo delle **organizzazioni di rappresentanza** dei cittadini e del volontariato
9. Accreditation Canada

B) Politiche per lo sviluppo del capitale umano:

1. Sviluppo e impiego di **nuovi profili professionali**: Infermiere di Famiglia e Comunità, Assistente Sociale nell'ambito delle Case di Comunità a supporto del sostegno alle cronicità, Farmacisti di Comunità
2. **Percorsi formativi** a supporto del processo di cambiamento organizzativo in setting multiprofessionali e interistituzionali

C) Politiche per un'appropriata gestione delle risorse professionali e strumentali:

1. Sviluppo della **digitalizzazione dei servizi e della Telemedicina** a supporto della gestione dei percorsi di cura e assistenziali e dell'operatività dei professionisti
2. Sperimentazione e sviluppo della piattaforma IT-CURA «Cartella a Casa»

SERVIZI STANDARD DEGLI HUB

CASE DELLA COMUNITA'

	SERVIZI
A Sportelli	<ol style="list-style-type: none"> 1) PUA (Punto Unico di Accesso) che include gli sportelli front-office di anagrafe sanitaria, assistenza stranieri, CUP, sportello integrato; è organizzato secondo il modello Hub & Spoke. 2) Accoglienza/Conciergerie che svolge assistenza nell'orientamento e nei percorsi di presa in carico 3) Portineria h 24/24, gg 7/7 a garanzia della sicurezza presso gli HUB; negli Spoke di II livello presenti sistemi antintrusione e guardianaggio
B Servizi	1) Servizio Ambulatoriale Infermieristico
	2) Servizi Sociosanitari con funzioni sovradistrettuali
	3) Servizi di specialistica ambulatoriale (inclusa attività intramoenia dei medici Specialisti)
	4) Servizi ambulatoriali di Cure Primarie (con MMG e PLS) per la presa in carico delle cronicità e le cure a bassa complessità
	5) Servizio di Continuità Assistenziale
C Assistenza	1) Cure Domiciliari
	2) Hospice e Cure Domiciliari Palliative
	3) IFEC Infermieri di Famiglia e Comunità
	4) Assistenza Sociale Integrata (con AS distretti sociali)
D Postazioni	1) Postazioni diagnostica strumentale di base
	2) Postazioni di Telemedicina

I setting erogativi

Spoke

SPOKE II LIVELLO

- 1 MMG
- 1 PLS
- Consulenze infermieristiche telefoniche
- Presenza personale infermieristico ADI e IFEC
- Telemedicina

SPOKE II LIVELLO

- 1 MMG
- 1 PLS
- Consulenze infermieristiche telefoniche
- Presenza personale infermieristico ADI e IFEC
- Telemedicina

SPOKE II LIVELLO

- 3 MMG
- 1 PLS
- Consulenze infermieristiche telefoniche
- Presenza personale infermieristico ADI e IFEC
- Telemedicina

SPOKE II LIVELLO

- 1 MMG
- Consulenze infermieristiche telefoniche
- Presenza personale infermieristico ADI e IFEC
- Telemedicina

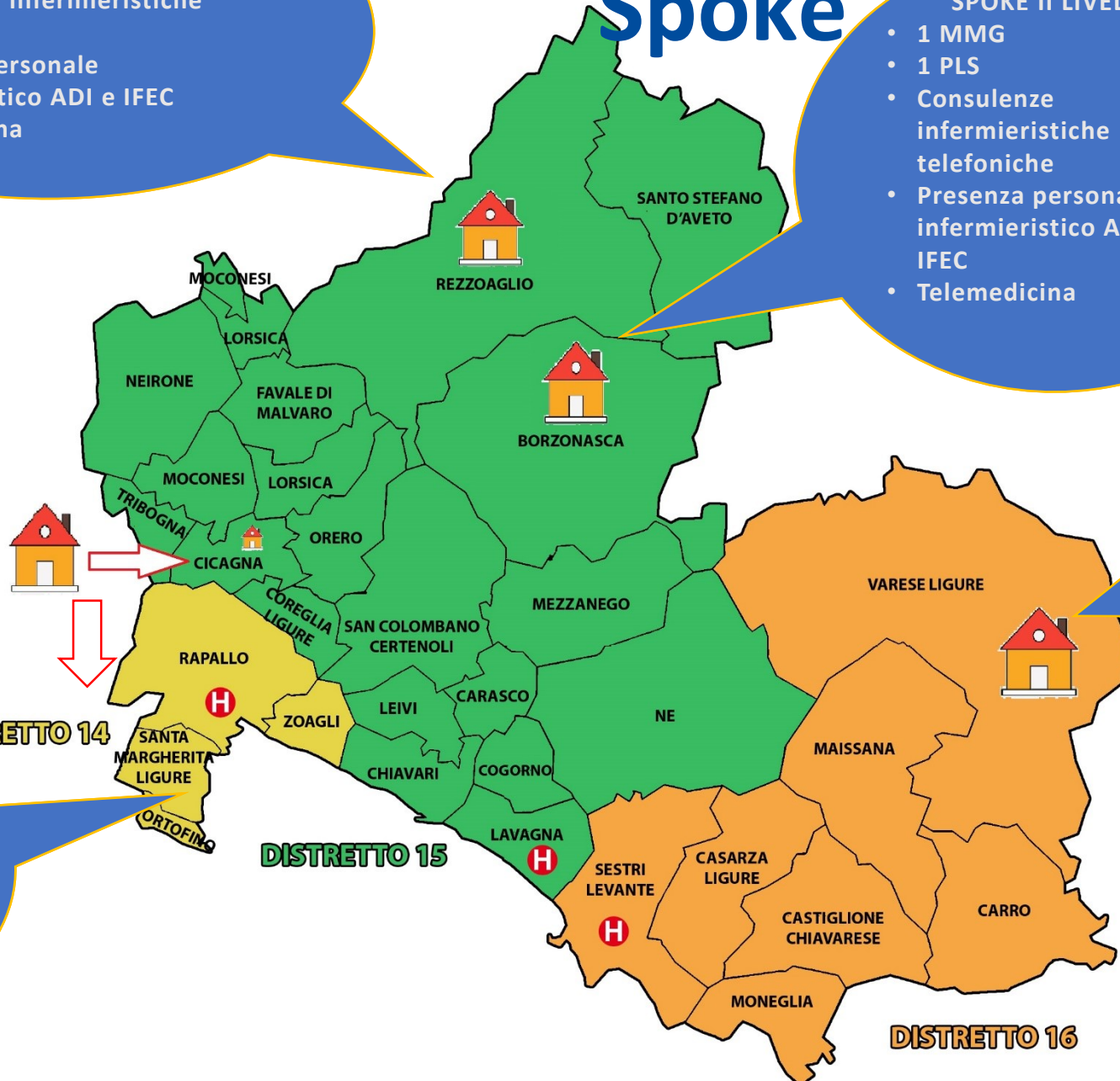
PUNTO SALUTE SPOKE II LIVELLO

- 1 MMG
- Vaccinazioni e Screening
- ADI
- Telemedicina
- Educazione Sanitaria

DISTRETTO 14

DISTRETTO 15

DISTRETTO 16



SERVIZI STANDARD DEGLI SPOKE

SPOKE BASE



Studio singolo o associato MMG/PLS in spazi privati
Integrazione con Farmacia territoriale



SPOKE I LIVELLO



Studio condiviso MMG/PLS presso spazi ASL o convenzionati
Punto Salute con postazione di telemedicina ASL



SPOKE II LIVELLO

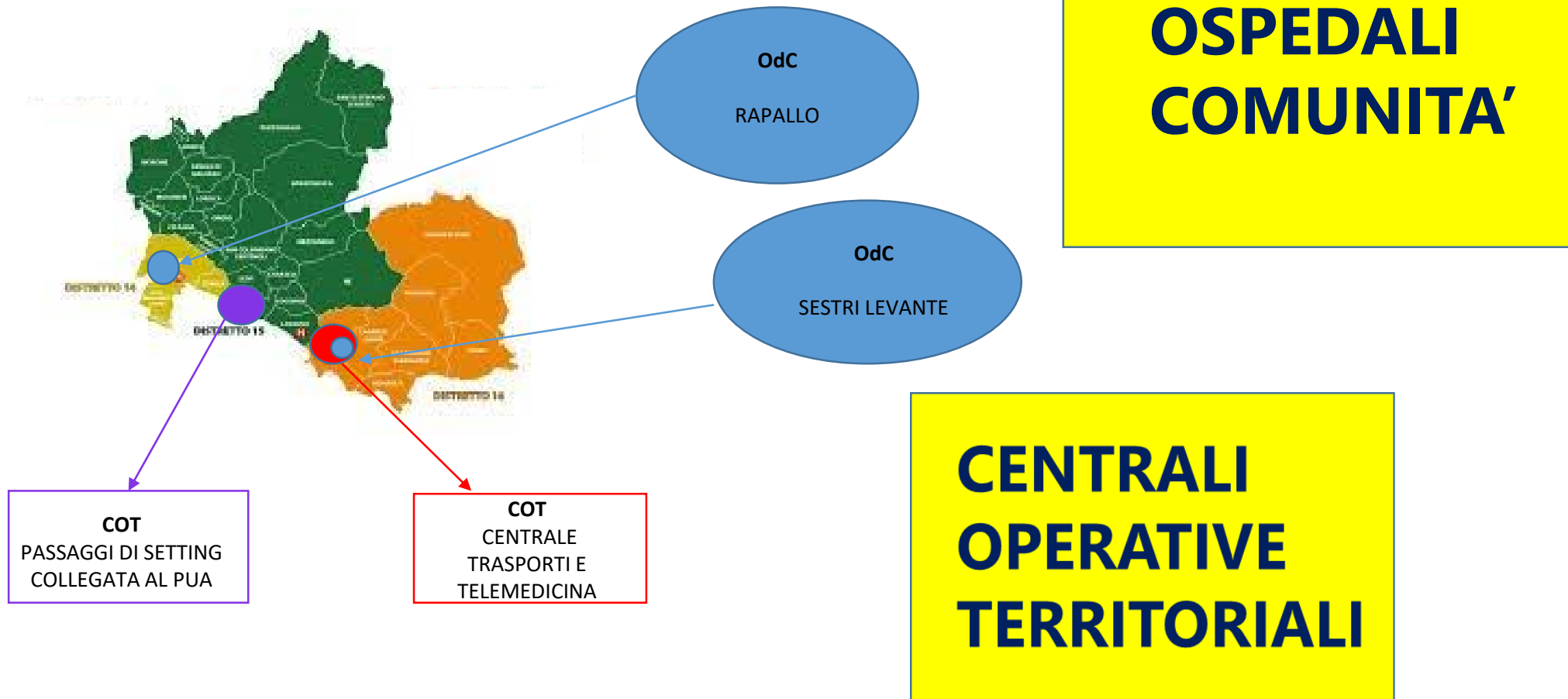


Studi condivisi MMG/PLS presso spazi ASL
Possibile polo di Guardia Medica e sede di servizi
socio-sanitari
Punto Salute con postazione di telemedicina ASL

**AMBULATORIO
MOBILE**



Mezzo attrezzato mobile con punto prelievi e punto
vaccinazioni con operatori di comunità, campagne di
screening



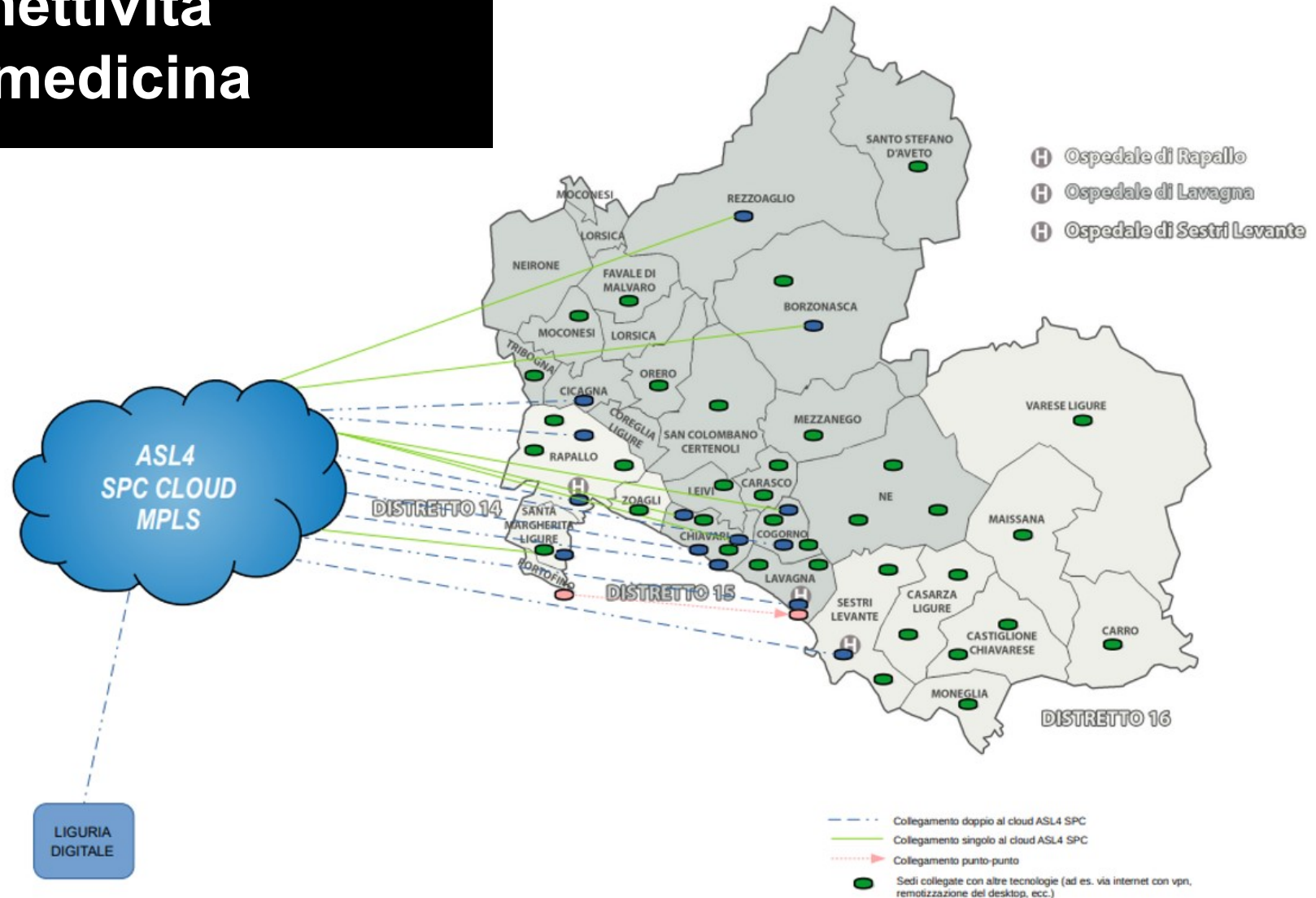
B.2 PERCORSI FORMATIVI A SUPPORTO DEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO IN SETTING MULTIPROFESSIONALI ED INTERISTITUZIONALI

➤ Lean management

➤ Leadership

➤ Medical Humanities

Digital Health TLS: la connettività e la telemedicina



Digital Health TLS: gli strumenti

La tecnologia permette di collocare il paziente al centro e stare il più possibile vicino alle persone, fornendo in modo tempestivo e sicuro le risposte di salute di cui si ha bisogno.

- ATTIVITÀ DI CONSULENZA A DISTANZA TRA MEDICI PER LA CORRETTA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

TELECONSULTO



- ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE A DISTANZA CON DOTAZIONE DI KIT SPECIFICI AI PAZIENTI A DOMICILIO

TELERIABILITAZIONE



- ATTO SANITARIO CON CUI IL MEDICO INTERAGISCE CON IL PAZIENTE CHE SI TROVA AL PROPRIO DOMICILIO O NELLA SEDE SPOKE

TELEVISITA



- ATTIVITÀ PER IL MONITORAGGIO DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI E DELL'ASSUNZIONE DELLA TERAPIA DEI PAZIENTI A DOMICILIO

TELERICONCILIAZIONE FARMACEUTICA

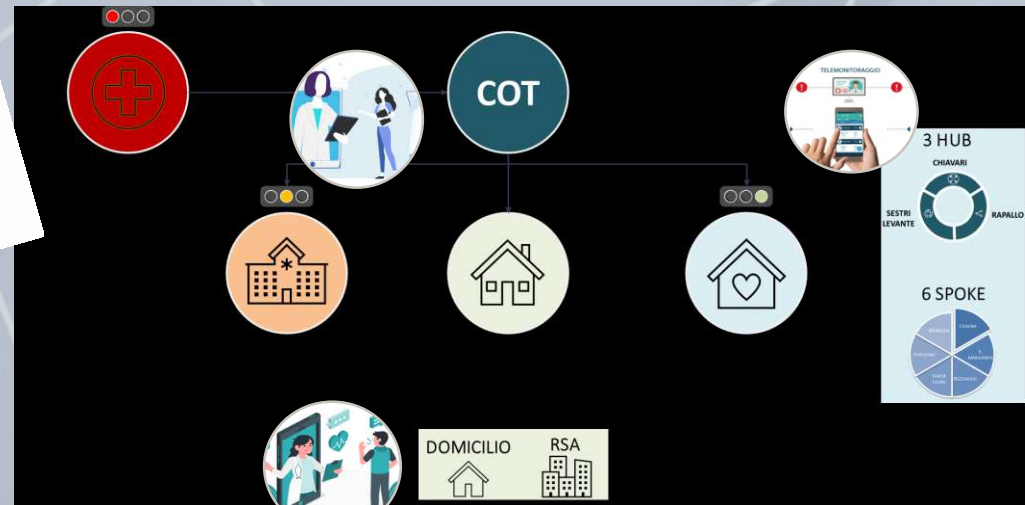


- ATTIVITÀ DI CONTROLLO E MONITORAGGIO DEI PARAMETRI TRAMITE DISPOSITIVI MEDICI DEI PAZIENTI A DOMICILIO

TELEMONITORAGGIO



Dove subentrano i Tools nella struttura integrata



Dopo le varie Campagne di Prevenzione...



Nell'ottica del più ampio progetto Tigullio Luogo di Salute

Asl4 in collaborazione con i Comuni del Tigullio e le Associazioni locali

Campagna di **In-Formazione** e **Promozione** alla Salute

- Informazione Sanitaria
- Incontri sul Ben-essere e sui corretti stili di vita
- Iniziative di Prossimità
- Temi di attualità sociale
- Community-Building
- Informazione sui Servizi Territoriali

TLS

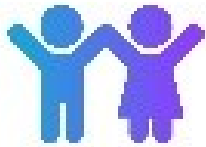
Raggiungimento e mantenimento salute Fisica e Psicica

Cittadino al centro e protagonista della propria salute

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



P01 – ASSISTENZA TERRITORIALE

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4	4
Identificazione e organizzazione dei servizi standard erogati nelle sedi hub e spoke	5
Sperimentare la presenza dei MMG presso le CdC hub e spoke e l'interazione strutturata con la Continuità Assistenziale.....	6
Sviluppo del ruolo dell'IFEC sul territorio aziendale	8
Presa in carico di persone con disturbi dello spettro autistico nella fase di transizione dalla minore alla maggiore età	10
Presa in carico di persone con disturbi da gioco d'azzardo	11
Progetto PIC – Palla in c'entro	12
Normativa di riferimento	13

Premesse

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n.4 intende dar corso all'innovazione della rete dei servizi territoriali secondo le linee di indirizzo del PNRR Missione 6, del DM 77/2022 e dei documenti programmatici regionali. La definizione dei nuovi modelli organizzativi e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale avviene in continuità con la sperimentazione del Progetto "Tigullio Luogo di Salute (TLS)" con cui la Regione Liguria ha dato mandato ad ASL4 di sperimentare un modello di intervento di salute di prossimità con specifico riferimento alla Telemedicina.

Il nuovo assetto dei servizi sanitari e sociosanitari della ASL, integrato con il Servizi Sociali dei Comuni, si sostanzia in un approccio multidisciplinare, integrato e digitalizzato in grado di garantire salute, benessere ed equità di accesso attraverso una rete di prossimità al cittadino e lo sviluppo della medicina d'iniziativa.

L'obiettivo è particolarmente sfidante in quanto il governo dell'assistenza territoriale risulta estremamente complesso per la molteplicità degli interlocutori esterni, per l'eterogeneità degli interventi (prossimità, risposte terapeutiche, psico-educative e socioassistenziali, prevenzione, cura e assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati dovuta alla storica mancanza di standard di riferimento sia a livello nazionale che regionale.

Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4

L'obiettivo del Piano è quello di rimodellare il sistema di offerta ai cittadini in modo da garantire facilità di accesso e continuità di cura e assistenza attraverso la costruzione di un sistema a filiera che consenta:

- prossimità al cittadino
- proattività dell'intervento a favore delle fasce più fragili e a rischio di isolamento con danni rilevanti per la salute
- organizzazione dei diversi setting assistenziali in modo “contiguo” a vantaggio sia dei fruitori che degli operatori sanitari
- coinvolgimento attivo dei MMG e collegamento coi medici di Continuità Assistenziale ad oggi operanti in modo separato
- integrazione sociosanitaria per una presa in carico globale della persona che tenga conto di tutti i suoi bisogni, sanitari, sociali, educativi ecc..

In questo quadro l'Azienda Sociosanitaria Ligure n.4 ha adottato 3 linee di intervento:

1. Definizione del modello di Casa di Comunità hub e spoke nella realtà del Tigullio
2. Riorganizzazione delle cure primarie in una logica di medicina d'iniziativa per la medicina di base e la continuità assistenziale
3. Implementazione della figura dell'IFEC

Le azioni suddette investono diversi stakeholders:

- I cittadini e le loro Organizzazione di rappresentanza
- Le Amministrazioni Comunali
- I professionisti della ASL operanti nei Distretti e nei Servizi sovra-distrettuali
- I Medici convenzionati
- Le OO.SS.

LINEA DI SVILUPPO	
1. Definizione del modello di Casa di Comunità hub e spoke nella realtà del Tigullio	
PROGETTO – nuova implementazione	
Identificazione e organizzazione dei servizi standard erogati nelle sedi hub e spoke	
Razionale	Obiettivo è l'organizzazione dei 3 Distretti del Tigullio (14 – Rapallo, 15 – Chiavari, 16 – Sestri Levante) secondo il modello previsto dal DM 77/2022, con azioni volte a garantirne la piena realizzazione, alcune delle quali già in atto, altre in programma da realizzarsi nel periodo di vigenza del Piano: <u>Case di Comunità Hub e Spoke</u>
Soggetti coinvolti	Direzione Sociosanitaria, Distretti (stesura progetto) Direzione Generale e Strategica (valutazione proposta) Conferenza dei Sindaci (informazione/condivisione proposta) OO.SS Confederali e di Categoria (es MMG) (informazione/condivisione proposta) Medici convenzionati, personale infermieristico e medico dipendente afferente ai Distretti (informazione/condivisione interna proposta) Direttori dei Distretti Sociali e operatori dei Comuni
Tempi di realizzazione	Dal 2023 al 2025
Azioni	Azione 2023: condivisione proposta organizzativa con i diversi interlocutori Azione 2024: costituzione delle équipe integrate sociosanitarie (operatori sociali dei Comuni con operatori sanitari della ASL) Azione 2025: insediamento operativo nelle Case di Comunità delle équipe integrate sociosanitarie
Indicatori e target	Indicatore 2023: 100 operatori dipendenti e convenzionati coinvolti nella fase di informazione/condivisione Indicatore 2024: provvedimento di approvazione Indicatore 2025: almeno 6 incontri di équipe integrate nelle nuove Case di Comunità
Valore Baseline 2022	Individuazione delle sedi hub e spok nel TLS
Costi	Costi per investimenti come da programmazione aziendale e regionale/nazionale (PNRR) Spesa corrente nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO	
2. Riorganizzazione delle cure primarie in una logica di medicina d’iniziativa per la medicina di base e la continuità assistenziale	
PROGETTO – nuova implementazione	
Sperimentare la presenza dei MMG presso le CdC hub e spoke e l’interazione strutturata con la Continuità Assistenziale	
Razionale	<p>Il territorio di ASL 4 è caratterizzato da una zona costiera densamente popolata e da tre Valli non comunicanti tra loro, nelle quali la viabilità e la comunicazione sono estremamente difficoltose con ampie distanze per l’accesso ai servizi costieri, così come per l’intervento di personale medico di emergenza. Ciò rende necessaria una riorganizzazione innovativa dell’assetto dei servizi aziendali, nell’ambito dei quali i Poli montani collocati nelle 3 Vallate rappresentano una risorsa da valorizzare quale punto strategico di riferimento sanitario per la popolazione cui garantire almeno un livello base di risposte ai bisogni di salute fronteggiando la carenza di medici che colpisce in modo particolare le zone interne.</p> <p>A valle dell’accordo quadro sottoscritto nel 2022 tra la Direzione Aziendale e le OO.SS. Confederali e dei MMG, obiettivo dal 2023 è quello di trovare un equilibrio tra un’offerta sanitaria differenziata per intensità di bisogni dei residenti in tutta la ASL e l’esigenza di mantenere attivi i presidi periferici (spoke) delle zone interne montane particolarmente disagiate.</p> <p>Gli ambiti di sperimentazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento dell’assistenza negli Spoke montani, anche con presenza dei MMG/PLS (su base volontaria) ➤ Individuazione dei casi a rischio di diabete in sede di visita del medico di CA e inoltre allert automatico al MMG di riferimento attraverso Cartella a Casa ➤ Sperimentazione dell’UCA (Unità di Continuità Assistenziale)
Soggetti coinvolti	<p>Direzione Sociosanitaria, Distretti e MMG e medici di CA (stesura progetto attraverso un gruppo di lavoro integrato)</p> <p>Direzione Generale e Strategica (valutazione proposta)</p> <p>OO.SS dei MMG (sottoscrizione accordi operativi sperimentali)</p> <p>Conferenza dei Sindaci (informazione/condivisione proposta)</p> <p>Infermieri ADI, IFEC e medico dipendente (partecipazione attiva al progetto approvato)</p>
Tempi di realizzazione	2023-2024
Azioni	Azione 1 - 2023: presenza del MMG/PLS titolare di convenzione o sostituto negli spoke montani aziendali attrezzati anche per la telemedicina

	<p>Azione 2 - 2023: utilizzo da parte dei medici di CA della scheda informatizzata FINDRSK integrata nella Cartella a Casa e segnalazione automatica al MMG dei casi a rischio di diabete</p> <p>Azione 2024: sperimentazione UCA (Unità di Continuità Assistenziale) su attivazione dei MMG dei casi con indice di fragilità elevato</p>
Indicatori e target	<p>Indicatore 1 - 2023: formalizzazione attraverso provvedimento ASL di assegnazione spazi non ad uso esclusivo</p> <p>Indicatore 2- 2023: numero casi a rischio segnalati/numero casi presi in carico dal MMG</p> <p>Indicatore 2024: numero situazioni di fragilità segnalate dal MMG all'UCA</p>
Valore Baseline 2022	Accordo quadro tra ASL4 e OO.SS. Confederali e dei MMG e CA
Costi	<p>Costi per incentivi economici ai MMG sostenuti attraverso l'utilizzo di fondo residuo vincolato al governo clinico da parte dei MMG</p> <p>Valorizzazione tempi dedicati al progetto da parte del personale ASL</p>

LINEA DI SVILUPPO	
3. Implementazione della figura dell'IFEC nell'ambito del Progetto Aree Interne Val Fontanabuona	
PROGETTO – nuova implementazione	
Sviluppo del ruolo dell'IFEC sul territorio aziendale	
Razionale	<p>Al fine di conseguire gli obiettivi che ci si prefigge nel presente Piano, una nota specifica merita la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFEC) che rappresenta uno degli aspetti più innovativi previsto dal DM 77/2022 e di cui ASL4 si è già dotata in numero significativo nel panorama ligure a partire dal progetto Aree Interne e proseguendo l'arruolamento con il progetto Tigullio Luogo di Salute.</p> <p>L'IFEC è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. L'IFEC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali e si muove sul territorio in modo proattivo al fine di intercettare precocemente le situazioni di fragilità e di bisogno sulle quali realizza i primi interventi e attiva la rete comunitaria per la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociali di riferimento.</p> <p>L'occasione per l'ulteriore implementazione di questa figura professionale deriva all'avvio prossimo del secondo progetto Aree Interne "Val Fontanabuona" finanziato dal Ministero per il contrasto all'abbandono delle zone montane</p>
Soggetti coinvolti	<p>ALISA e Regione Liguria (contatti con Ministero, stanziamento fondi, cronoprogramma azioni, rendicontazione)</p> <p>Direzione Sociosanitaria, Distretti (stesura progetto secondo le schede progetto fornite)</p> <p>Direzione Generale e Strategica (valutazione proposta)</p> <p>Direttori Distretti Sociali (stesura progetto secondo le schede progetto fornite)</p> <p>Sindaci (approvazione proposta)</p> <p>Personale infermieristico e medico dipendente/convenzionato afferente ai Distretti (informazione/condivisione interna proposta)</p> <p>Cittadini (diffusione informazione)</p>
Tempi di realizzazione	Dal 2023 al 2025
Azioni	<p>Azione 2023: acquisizione risorse finalizzate e individuazione centri di responsabilità</p> <p>Azione 2024: acquisizione nuovi IFEC e avvio attività in affiancamento</p>

	Azione 2025: consolidamento e messa regime della funzione IFEC con piena integrazione del contesto territoriale di assegnazione
Indicatori e target	<p>Indicatore 2023: entità delle risorse assegnate e allocazione tra le diverse linee progettuali – attività istruttoria</p> <p>Indicatore 2024: numero nuovi IFEC</p> <p>Indicatore 2025: numero prese in carico proattive nel territorio di assegnazione</p>
Valore Baseline 2022	Presenza IFEC in altre zone del territorio aziendale
Costi	<p>Costi per l'implementazione delle nuove azioni tra cui l'implementazione degli IFEC a carico del finanziamento Aree Interne</p> <p>Valorizzazione tempi dedicati al progetto da parte del restante personale dipendente coinvolto</p>

LINEA DI SVILUPPO Continuità delle cure territoriali	
PROGETTO – nuova implementazione Preso in carico di persone con disturbi dello spettro autistico nella fase di transizione dalla minore alla maggiore età	
Razionale	Asl4, nel solco tracciato dalle indicazioni regionali sul tema della presa in carico del paziente con disturbi dello spettro autistico, ha collaborato a molteplici progetti già a partire dal 2016, promuovendo la continuità delle cure, in particolare con il progetto “La persona con autismo al centro”. In applicazione alla delibera Alisa n. 125/2023, Asl4 intende dare continuità alle finalità del progetto applicando le linee di indirizzo regionali per la presa in carico di persone con disturbi dello spettro autistico nella fase di transizione dalla minore alla maggiore età.
Soggetti coinvolti	SSD Disabilità Infantili, SSD Npia, SC Salute mentale
Tempi di realizzazione	Dal 2023 al 2025
Azioni	Azione 2023-2025: applicazione delle linee guida secondo le indicazioni del coordinamento regionale
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato di avanzamento del progetto Indicatore 2023-2025: numero di nuovi pazienti presi in carico dal progetto annualmente, numero di pazienti in carico al progetto (target non definibili a priori)
Valore Baseline 2022	Non definibile
Costi	Non definibile

LINEA DI SVILUPPO	
Continuità delle cure territoriali	
PROGETTO – nuova implementazione	
Presa in carico di persone con disturbi da gioco d'azzardo	
Razionale	Asl4, nel solco tracciato dalle indicazioni regionali definite dal nuovo PDTA approvato con delibera Alisa n. 116/2023 che ha contribuito nel 2022-2023 a stendere, intende declinare all'interno della sua organizzazione il percorso di presa in carico del paziente con disturbi da gioco d'azzardo
Soggetti coinvolti	SC Dipendenze e Comportamenti d'abuso
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: implementazione del progetto
Indicatori e target	Indicatore 2023: stato di avanzamento del progetto Indicatore 2023: numero di pazienti in carico dal progetto (target non definibili a priori)
Valore Baseline 2022	Non definibile
Costi	Non definibile

LINEA DI SVILUPPO	
Sistema integrato di interventi e servizi sociali	
PROGETTO – nuova implementazione	
Progetto PIC – Palla in c'entro	
Razionale	Asl4, nel solco del Piano sociale integrato regionale, da attuazione l'azione 10 “rete delle responsabilità nella tutela dei minori” sviluppando ed ampliando gli interventi di prevenzione, osservazione e valutazione delle situazioni di rischio o pregiudizio che coinvolgono i soggetti minori. In tale ambito, con la collaborazione dei comuni di Chiavari e di Rapallo, sviluppa l'attività del progetto PIC
Soggetti coinvolti	SC Dipendenze e Comportamenti d'abuso – Comune di Rapallo – Comune di Chiavari
Tempi di realizzazione	Dal 2023 al 2025
Azioni	Azione 2023-2025: declinazione del PDTA nell'organizzazione aziendale e implementazione
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato di avanzamento del PDTA Indicatore 2023-2025: numero di nuovi pazienti presi in carico dal PDTA, numero di pazienti in carico al progetto (target non definibili a priori)
Valore Baseline 2022	Non definibile
Costi	Non definibile

Normativa di riferimento

Decreto Ministeriale n°77/2022 – Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28/04/2022.

Piano socio-sanitario regionale 2023/2025 - Atto N° 255-2023 - Seduta N° 3796 - del 23/03/2023 - Numero d’Ordine 15 Prot/2023/302271

Delibera Asl4 n° 240 del 17/04/2023 – Recepimento accordi aziendali “Progetto sperimentale congiunto ASL4-MMG su percorso clinico assistenziale per il Diabete” - “Progetto sperimentale congiunto ASL4-MMG su Ambulatorio diurno di Cure Primarie a bassa complessità” – “Partecipazione sperimentale dei MMG alla Rete dei Servizi Territoriali”.

Delibera Asl4 n°261 del 27/05/2022 – AIR di cui alla DGR n°42/2007 – Progetto diabete in Continuità Assistenziale, implementazione e proroga fino a dicembre 2023.

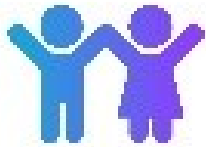
Delibera A.Li.Sa n° 42 del 20/06/2019 – Avvio interventi di cui alla DGR n° 40/2019 “Strategia Nazionale Aree Interne – Approvazione Linee Guida e altri documenti per l’attuazione e la gestione degli interventi finanziati rientranti negli Accordi di Programma Quadro per le Aree interne liguri”.

Delibera A.Li.Sa n° 190 del 19/06/2019 – Accordo sui fondi per gli interventi finanziati dal Programma Area Interna Antola-Tigullio Schede Salute, alle Aziende Sanitarie Liguri 3 e 4 – soggetti beneficiari responsabili dell’attuazione delle schede salute 5.1, 5.2, 5.3, 5.4.

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



**P02 - GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA
AMBULATORIALI**

Sommario

Premesse	3
Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	4
Gestione della domanda - L’appropriatezza prescrittiva.....	5
Gestione dell’offerta - Organizzazione dei volumi, delle agende, dei canali di prenotazione	6
Gestione della comunicazione - Informazione e formazione	8
Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni.....	10
Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio.....	13
Normativa di riferimento	14

Premesse

Perché un Piano per il Governo delle Liste d'Attesa ambulatoriali:

- misura dell'equità di accesso ai servizi;
- garantisce migliori outcome (correlazione tra attesa ed esito);
- monitoraggio della domanda e indirettamente dei "bisogni di salute";
- gestisce l'offerta e indirettamente l'efficienza dell'organizzazione;
- rende coerente le decisioni del piano con gli altri piani aziendali.

I livelli essenziali di assistenza illustrano l'ambito di garanzia che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare in modo omogeneo a tutti i cittadini sul territorio. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa tuttavia anche attraverso l'attuazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha lo scopo prioritario di determinare elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per sviluppare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. È chiaro infatti che l'equità di accesso può essere ottenuta soltanto tramite l'attuazione di coerenti criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

- il governo della domanda di prestazioni,
- il governo dell'offerta di assistenza
- i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In particolare fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento dei divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di «consumo sanitario», la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario, anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti, criticità nel reclutamento di personale medico tecnico e infermieristico, le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione. Per tali motivi è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per il triennio 2023-2025, i criteri di gestione delle liste d'attesa per percorsi outpatient (prestazioni ambulatoriali ospedaliere e territoriali) e in modo più ampio la gestione della risposta al paziente nell'intero percorso di cura, dalla promozione della salute, prevenzione, riabilitazione, diagnosi e cura delle malattie, in ospedale sul territorio e al domicilio.

La *mission* del piano è, nelle more dell'attuazione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale, quella di evolvere la gestione delle liste d'attesa, passando da un sistema diviso in compartimenti tra ospedale e territorio, reattivo nella risposta alle prenotazioni over soglia di attesa, che quindi

rincorre le problematiche come “casi singoli”, ad un sistema gestito unitariamente, che coniughi pianificazione, programmazione, implementazione e monitoraggio, gestendo in coerenza con la variazioni della domanda rilevate e la direzione dell’offerta nei limiti consentiti dalle risorse.

Il piano, tenuto conto anche dell’evoluzione dei sistemi di prenotazione ambulatoriali messi a disposizione da Regione Liguria e dalle esperienze virtuose messe in atto in azienda, in altre aziende liguri ed in altre regioni, prevede momenti di efficientamento dei percorsi di cura, dalla prescrizione all’erogazione attraverso la presa in carico clinica, organizzativa e amministrativa del bisogno di salute.

Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Il tempo di attesa è normalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell’erogazione; si parla di tempo di attesa

- ex post, in quanto riferito al tempo concreto che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione;
- ex ante, tenendo conto del tempo indicato all’utente al momento della prenotazione.

Per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, l’obiettivo da perseguire è l’erogazione delle prestazioni entro il tempo massimo di attesa, da garantire nell’ambito di riferimento:

- nel 90% dei casi per le classi di priorità U (erogazione entro 72 ore)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità B (erogazione entro 10 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità D (erogazione entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le indagini strumentali)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità P (di norma entro 120 giorni).

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l’Azienda garantisce, direttamente o attraverso gli erogatori privati accreditati che insistono nel proprio territorio, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito.

Ai fini del monitoraggio dei tempi d’attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening. Le prestazioni monitorate sono previste dal documento “Piano regionale di governo delle liste d’attesa” adottato con delibera 185 del 2019 da Alisa.

Gestione della domanda - L'appropriatezza prescrittiva

La crescente richiesta di prestazioni sanitarie ha di fatto prodotto una forbice tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche, andando ad incidere profondamente sul critico indicatore rappresentato dal relativo tempo di attesa.

Se la soluzione più immediata dell'aumento dell'offerta si configura, oltre che costosa, poco utile a ridurre il fenomeno, perché finisce con il promuovere la dissociazione tra diagnosi clinica e diagnosi strumentale, devono essere intrapresi percorsi di rivalutazione volti al raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva.

Benché non sia da ritenersi sistematica ed automatica l'associazione tra grandi volumi di prestazioni erogate ed alti gradi di inappropriata attesa, è verosimile che una maggiore aderenza a Linee Guida o PDTA potrebbe produrre un positivo impatto in termini di adeguatezza della prescrizioni con una conseguente maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, sia in termini di costo/beneficio che di tempistica di attesa, anche liberando potenzialmente risorse per indagini diagnostiche e specialistiche in quei casi talvolta più complessi o urgenti che rischiano di vedere il bisogno assistenziale non adeguatamente soddisfatto.

Se quindi da un lato risulta necessario reperire strumenti che permettano un adeguato sistema di rilevazione del grado di inappropriata della richiesta (vedasi incongruenza delle richieste rispetto ai RAO e al quesito diagnostico), diventa altresì prioritario vengano intrapresi virtuosi percorsi interdisciplinari ed a elevata integrazione ospedale-territorio, volti ad una maggiore condivisione delle evidenze scientifiche per successive scelte "evidence based". Infatti in un contesto in cui la capacità di offerta non può essere ampliata in modo lineare con la crescita della domanda, diventa imperativo agire sugli ambiti di appropriatezza e sull'uso consapevole delle prestazioni specialistiche.

In linea generale, un trattamento sanitario è da ritenersi "appropriato" se i potenziali benefici per il paziente superano i possibili rischi. In caso contrario, oltre a incrementi ingiustificati dei rischi (inappropriata clinica), l'inappropriata prescrittiva può implicare anche sprechi di risorse (rapporto costo/efficacia inadeguato) ed un relativo allungamento delle liste di attesa. Oltretutto va considerato come la mancata appropriatezza possa, a fronte di un sovra utilizzo, comportare anche un sottoutilizzo quando a fronte di una mancata erogazione per impossibilità di presa in carico vengono potenzialmente ritardate prestazioni altrimenti urgenti. Ovviamente a fronte di un'appropriatezza prescrittiva i sistemi sanitari dovrebbero prevedere un'appropriatezza organizzativa, per garantire adeguati volumi di prestazioni.

Se l'osservazione dei dati inerenti i tempi di attesa, sembrerebbe confermare la necessità di un rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva, va altrettanto considerato che difficilmente si potrebbero ottenere dei risultati degni di nota senza la collaborazione degli MMG. In tal senso, il sostegno alla loro formazione ed aggiornamento nonché un'importante integrazione ospedale-territorio appare decisiva in questa sfidante scelta operativa.

Come in ogni processo di problem solving e decision making, il monitoraggio e l'analisi delle prescrizioni ha un ruolo del tutto decisivo e cruciale se si vogliono produrre interventi mirati.

Gestione dell'offerta - Organizzazione dei volumi, delle agende, dei canali di prenotazione

L'offerta di prestazioni ambulatoriali è strettamente legata a fattori organizzativi aziendali e fattori legati alla particolare "attrattività" e "logistica" di una specifica struttura erogatrice. L'offerta collettiva del sistema è definita dall'azienda attraverso la programmazione delle prestazioni erogabili, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sia nel pubblico che nel privato accreditato, in risposta ai fabbisogni previsti.

Per la definizione dei volumi di offerta che consentano di garantire la risposta alla domanda entro tempi definiti, diventa di fondamentale importanza l'integrità e la fruibilità per le aziende dei dati di prescrizione elettronica, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo. Per facilitare le aziende nella lettura di tali dati sono resi disponibili da parte di regione Liguria, appositi report di monitoraggio dei volumi prescritti, al fine di confrontarli con i volumi prenotati ed i volumi erogati. Tale analisi dovrà esser svolta in modo sistematico nel contesto aziendale.

Separazione dei flussi di accesso

La possibilità per il sistema aziendale di assicurare nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni è fortemente connessa alla capacità dello stesso di definire, in termini di dimensionamento e varietà, il fabbisogno dei propri assistiti, e dunque la domanda, unita ad una gestione della propria offerta che sia in grado di diversificare i canali di accessibilità in misura tale da adempiere alle diverse espressioni della domanda.

In tal senso risulta indispensabile la separazione dei primi accessi da quelli successivi; in particolare per quanto riguarda l'attività clinica è fondamentale distinguere tra:

- **prima visita/primo esame diagnostico:** il problema clinico primario del paziente viene preso in carico per la prima volta; si genera appropriata documentazione clinica e viene definito un eventuale piano diagnostico-terapeutico. In tale categoria viene inclusa altresì la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia.
- **visita di controllo/esame di controllo:** una difficoltà clinica già inquadrata dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) che necessita di rivalutazione e la documentazione esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione di tale visita occorre sia indicato nella prescrizione medica.

Per tale motivo diviene necessario il sempre puntuale inserimento in prescrizione di:

- Identificazione della classe di priorità;
- Identificazione del quesito diagnostico;
- Per le visite la corretta identificazione tra prima visita e seconde visite (di controllo).

Le prescrizioni che prevedono il codice di priorità P, che si riferisce solitamente ad una specifica area della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, raccolgono differenti tipologie di prestazioni, che devono essere individuate e gestite con canali separati di offerta:

- 1) prestazioni di primo accesso, quindi scaturite da un problema clinico emergente e legate ad un quesito diagnostico esplicitato, che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica del prescrittore;
- 2) prestazioni diagnostico-strumentali orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, anche di primo accesso, non organizzate in programmi di prevenzione, supportate da relative linee-guida;
- 3) prestazioni di controllo o di follow-up nell'ambito di una presa in carico di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi definiti.

Per tale ultima tipologia l'azienda ha l'obiettivo di creare per la maggior parte delle branche, percorsi dedicati, finalizzati ad una piena presa in carico immediata del paziente attraverso la creazione di agende dedicate per il follow-up del paziente. Il percorso deve prevedere che lo specialista, finita la valutazione clinica del primo accesso del paziente, possa definire il follow-up in termini di tempo e pertanto prenotare direttamente il controllo del paziente, che uscito dall'ambulatorio avrà già definito i successivi appuntamenti. Tale attività già presente in alcuni percorsi di particolare significatività clinica, dovrà essere progressivamente ampliata all'intero sistema.

Canali di prenotazione

L'utenza ha a disposizione diversi canali di prenotazione e di disdetta:

- Cup Regionale: chiamando il numero verde;
- Via Web, attraverso la piattaforma "Prenota Salute";
- Cup aziendale (presso gli sportelli di Chiavari, Rapallo, Sestri Levante e Cicagna);
- Prenotazione tramite farmacie convenzionate;
- Prenotazione in studi medici

Con l'introduzione del numero verde regionale e della piattaforma "Prenota Salute", è stata resa disponibile per il cittadino l'informazione sull'intera offerta in riferimento ad ogni Asl sul territorio ligure, favorendo nell'ultimo anno una maggior mobilità dei cittadini sui diversi territori in funzione di una offerta con tempi minori, comportando dei fenomeni di migrazione che possono, in alcune situazioni, influire in modo significativo sull'equilibrio domanda-offerta. Diviene quindi necessario un monitoraggio periodico di questi flussi (sia in uscita che in entrata) per valutazioni sull'adeguamento dell'offerta.

Chiusura e Sospensione dell'erogazione

In ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali, non possono essere previste le “chiusure d’agenda”, se non nei casi specificatamente normati. L’azienda ha fornito alle strutture eroganti interne, indicazioni un merito alle misure adottate in caso di temporanea sospensione dell’attività di specialistica ambulatoriale causata da forza maggiore.

Le agende hanno un’apertura minima di 18 mesi; su richiesta della UO/Servizio che eroga la prestazione, previa valutazione sull’impatto dell’offerta e dell’organizzazione, modificati i Piani di Lavoro, in funzione dell’organizzazione interna.

Il drop-out

Con il termine “drop-out” si intende la mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all’orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

Dato che questo fenomeno ha come conseguenza uno spreco di risorse e la mancata possibilità di riassegnare la prenotazione ad altro assistito, è opportuno attuare ogni azione volta a sensibilizzare l’utenza e favorire la tempestiva comunicazione in caso di disdetta, per poter massimizzare l’utilizzo da parte degli utenti di tutta l’offerta disponibile.

A tal fine è programmata in Asl4 la massima estensione del recall automatizzato con servizi di messaggistica. Si precisa che tale funzionalità è già stata implementata nella maggior parte di agende e particolare attenzione verrà posta in essere per lo sviluppo di servizi telematici quali mail, sms, etc. dedicati alla disdetta delle prestazioni.

Per agevolare il cittadino che intende disdire una prenotazione entro i termini previsti, si mettono a disposizione i diversi canali: sportello cup, farmacie, call center e l’utilizzo della piattaforma web. La volontà, è quella di valutare la fattibilità di implementare le attività di remind con ulteriori strumenti.

Il monitoraggio dei volumi di drop-out dovrà essere implementato fino ad essere automatizzato, permettendo di individuare le prestazioni su cui concentrare le azioni di miglioramento.

Gestione della comunicazione - Informazione e formazione

Informazione - La trasparenza

Il fine di una corretta comunicazione e informazione agli utenti sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal presente Piano. I contenuti da

rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) sono individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

Devono essere rese facilmente fruibili le informazioni e le comunicazioni sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, così come le indicazioni sui diritti e doveri, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate.

Anche per quanto riguarda i percorsi organizzativi di presa in carico (PDTA), devono essere previste specifiche modalità di comunicazione ed informazione per l'utente ed i familiari circa i percorsi attivi, le prestazioni di cui sono composti e le tempistiche di erogazione.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi devono essere oggetto di confronto ed individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

La trasparenza da parte dell'azienda è garantita attraverso la pubblicazione mensile sul proprio sito web degli esiti di verifica del rispetto dei tempi massimi previsti. In particolare all'indirizzo <https://www.asl4.liguria.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-dattesa/> sono già presenti dashboard per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che contengono analisi per prestazione che per ambito territoriale di riferimento.

Formazione – Gli operatori

Diversi i settori in cui sviluppare la formazione per gli operatori.

Prescrittori: la comunicazione e la condivisione dell'informazione deve essere al centro dell'attività operativa del piano, di tipo normativo e organizzativo, che le variazioni inerenti le prescrizioni e l'accesso vengono condivise con specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, PLS, attraverso incontri periodici con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri, in modo da avere occasioni di discussione e di confronto per approfondire tematiche quali l'appropriatezza ed i RAO.

Sistemi di Prenotazione: per garantire il costante aggiornamento e supporto degli operatori, l'Azienda programma le seguenti attività:

- Incontri periodici con coordinatori dei referenti degli sportello aziendali di prenotazione, per la gestione di problematiche sia di tipo quotidiano sia di nuovi percorsi;

- Programmazione di incontri con gli operatori delle farmacie e con i rappresentanti delle farmacie per la gestione delle criticità e casistiche particolari.

Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'Asl4. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel processo di gestione delle liste d'attesa:

Il processo di gestione delle liste d'attesa si sviluppa su tre livelli decisionali:

- **STRATEGICO (LS):** nel quale vengono definite la pianificazione dell'offerta nel medio periodo (indicativamente annuale con verifiche trimestrali/mensili), in funzione di quanto noto sulla domanda, sugli obiettivi (nazionali/regionali) così da poter definire eventuali modifiche di assetto organizzativo e di risorse volte a supportare le decisioni;
- **DI COORDINAMENTO (LC):** nel quale, a fronte degli input del livello strategico, viene definito il governo dell'offerta nel medio periodo (trimestrale con verifiche mensili/settimanale), in funzione di quanto noto sulla domanda, sugli obiettivi declinati dal livello strategico e sulle risorse considerate come vincolo, vengono altresì effettuate valutazioni sull'appropriatezza e definite le azioni di miglioramento;
- **OPERATIVO (LO):** nel quale vengono implementate ottimizzazioni dell'offerta nel breve periodo (mensile con verifiche settimanali/giornaliere) per effetto di informazioni desumibili dal monitoraggio di trend di breve periodo, oltre ad attivare le azioni di miglioramento definite a seguito del monitoraggio sull'appropriatezza.

Vengono quindi definiti, nel passaggio top-down dal livello strategico a quello di coordinamento ed operativo, nonché nella gestione dei feedback bottom-up: gli obiettivi aziendali, le modalità per applicare tali obiettivi ai diversi livelli assistenziali dell'organizzazione aziendale, individuando le responsabilità, modalità e tempistiche di risposta, monitoraggio e aggiornamento delle azioni, valutazione e impatto sulla organizzazione nonché sulla capacità erogativa della stessa.

Sono individuati quali attori del processo di gestione delle liste d'attesa:

- il Direttore Generale;
- la Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- il Responsabile della gestione delle liste d'attesa ambulatoriali;
- il Responsabile della gestione dell'appropriatezza della prescrizione e dell'accesso;
- le Unità Operative e i Servizi eroganti le prestazioni;
- i Prescrittori;
- i Distretti, la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e le Professioni Sanitarie (supporto alla organizzazione);

- i Sistemi Informativi Aziendali e il Centro Direzionale di Controllo (supporto ai sistemi di prenotazione ed al monitoraggio);
- le Unità Operative ed i Servizi di supporto sanitari e organizzativo/amministrativi;
- l'URP e la Comunicazione (supporto alla gestione della comunicazione e dell'informazione, oltre che alle attività di accettazione CUP e di risposta alle segnalazioni URP);
- la Formazione (supporto alla gestione della formazione degli operatori – prescrittori ed erogatori).

Gestione del processo Outpatient

Il piano, principalmente orientato alla organizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si declina in diversi Task, di seguito sintetizzati e illustrati nel cronoprogramma:

- Task01 - LS:** individuazione formale del livello di coordinamento e del livello operativo (Responsabile/ Referente/ Gruppo di lavoro) da parte del livello strategico;
- Task02 - LC:** strutturazione da parte del livello di coordinamento (sentito livello strategico e livello operativo) di un set di analisi dei dati da rendere disponibili e fruibili ai vari livelli della programmazione (domanda/offerta/risorse);
- Task03 - LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello di coordinamento, definizione di algoritmi di analisi dei dati e di individuazione delle potenziali azioni di miglioramento nelle situazioni non a target secondo i diversi livelli di programmazione (strategico, tattico e operativo) e di garanzia (classi di priorità per i primi accessi, disponibilità per i controlli), implementazione di strumenti di analisi condivisi;
- Task04 – LS/LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello strategico supportato dal livello di coordinamento, per individuare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che possono essere gestite solamente con un cambio organizzativo e/o con nuove risorse, definizione del livello programmatico dell'anno, il TO BE a cui tendere per l'anno in termini di volumi e delle eventuali risorse aggiuntive (in termini di aumento di dipendenti, liberi professionisti, specialisti ambulatoriali o di risorse per l'incentivazione del personale, in termini di attrezzature e spazi);
- Task05 – LS/LC:** programmazione annuale dei volumi, monitoraggio mensile/trimestrale dell'offerta degli erogatori privati convenzionati e dei livelli di rispetto dei TA, modulazione dell'acquisto per far fronte a criticità di tipo strutturale e/o non strutturale; gestione di eventuali attività aggiuntive previste da specifici atti regionali di recupero liste d'attesa;
- Task06 – LS/LC:** programmazione annuale dei volumi di prestazioni erogate dagli specialisti ambulatoriali, ricerca di AAA (accordi aggiuntivi aziendali) specifici per facilitare la complementarietà aziendale tra ospedale e territorio;
- Task07 - LC:** studio da parte del livello di coordinamento per individuare le priorità con cui affrontare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che non sono gestite al Task04;

- Task08 - LO:** studio da parte del livello operativo in collaborazione con il livello di coordinamento per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni non strutturali non a target (no gestite nei Task04 e Task05); definizione della istruzione operativa per la definizione di ruoli, prestazioni e azioni per gestione delle singole prenotazioni non a target;
- Task09 - LO:** monitoraggio giornaliero del livello operativo per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni puntuali non a target attuazione di quanto previsto nella istruzione operativa per la gestione delle singole prenotazioni non a target;
- Task10 – LC/LO:** monitoraggio settimanale/mensile del livello di coordinamento per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello operativo, o di situazioni di mancata saturazione risorse;
- Task11 - LC:** attivazione, partecipazione e coordinamento da parte del livello di coordinamento dei follow-up di percorsi di miglioramento già implementati;
- **Task12 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale del livello strategico per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello di coordinamento;
- Task13 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale dell’offerta per individuare azioni di miglioramento (es. agende non saturate, ripetute, drop-out) anche in base ai feedback del livello operativo, individuazione e attuazione delle contromisure, rimodulazione di agende e divisione tra classi di priorità;
- Task14 – LC:** studio di andamenti periodici (settimanali, stagionali) per migliorare il sistema predittivo della domanda e adeguare l’offerta ad eventuali andamenti prevedibili;
- Task15 – LC/LO:** analisi a campione volte a individuare caratteristiche prescrittive anomale, in particolare per la gestione di follow-up programmabili anche con ampio anticipo;
- Task16 – LS/LC:** analisi a campione volte a supportare l’applicazione dei RAO;
- Task17 – LC/LO:** analisi a campione volte a supportare azioni di prevenzione del drop-out e individuazione di canali diversificati di “REMIND” per i pazienti;
- Task18 – LS/LC:** programmazione delle attività di comunicazione vs la popolazione e di formazione vs gli operatori, al fine di supportare corretti comportamenti nelle fasi di prescrizione, prenotazione, disdetta ecc.;
- Task19 – LS/LO:** programmazione e gestione delle sospensioni di attività (per motivi organizzativi, periodo estivo ecc.) secondo le indicazioni regionali; attuazione sistematica delle indicazioni regionali in tema di intervalli minimi di apertura agende.
- Task20 – LC/LO:** revisione, in collaborazione con le articolazioni eroganti, delle agende attivate ma che risultano non utilizzate (in particolare le agende destinate a percorsi di follow-up, o a percorsi prioritari).

Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio

Sono individuate le seguenti fonti dati, utili a fornire i dati di monitoraggio:

1. DOMANDA ESPRESSA (FLUSSO DELLE PRENOTAZIONI – GIA' ESISTENTE): differenziando l'analisi nelle classi di priorità di primo accesso (U-B-D) diviene quindi necessario lo studio della domanda espressa in termini di analisi dell'andamento medio e dei picchi:
 - TREND DEGLI ULTIMI MESI
 - TREND NEI GIORNI DELLA SETTIMANA

per singola prestazione e nel dettaglio per singola sede, al fine di desumere (in base ai picchi di domanda o dei momenti in cui si prenota oltre soglia) le prestazioni che hanno fatto rilevare maggior criticità (ma anche le prestazioni per le quali non avendo mai rilevato tensioni domanda/offerta, potrebbe essere presente una offerta sovradimensionata).

2. DOMANDA INESPRESSA (FLUSSO PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE): Anche se non sono disponibili dati sulla domanda che non trova risposta nelle agende aziendali (per rinuncia, per migrazione, per ricorso a prestazioni non SSN), è possibile effettuare una valutazione sulla domanda inespressa, utilizzando i dati delle prescrizioni dematerializzate confrontate con la prenotazione rilevata. A questo si abbinano anche analisi periodiche delle fughe.
3. OFFERTA SATURATA (da costruire in modo sistematizzato): in parallelo l'analisi dell'offerta deve attuarsi secondo due filoni distinti: analisi della struttura delle agende attualmente attive ed analisi delle risorse disponibili per l'effettiva erogazione di prestazioni (principalmente professionisti, attrezzature, spazi).
4. OFFERTA NON SATURATA (AGENDE VUOTE): analisi delle agende vuote e del drop out, di slot troppo corti o di agende ripetute deve far valutare possibili azioni per migliorare la saturazione (dal recall alla revisione della programmazione) compreso l'efficiente utilizzo di apparecchiature e spazi. A questa si abbinano analisi periodiche dell'attrattività.
5. CONFRONTO TRA DATI EX-ANTE ED EX-POST – BENCHMARK REGIONALI

I principali indicatori di monitoraggio del piano sono individuati in:

- VOLUMI ATTIVITA' EROGATE - % DI VOLUME PER CLASSE DI PRIORITA
- % PRESTAZIONI EROGATE ENTRO TEMPO SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA (target atteso aumento rispetto all'anno precedente – obiettivo a regime > 90% per classi di priorità B e D)
- TEMPO MEDIANO DI ATTESA PER PRESTAZIONI OLTRE SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA' (target atteso riduzione rispetto all'anno precedente)
- VOLUMI ATTIVITA' SOSPESA

Normativa di riferimento

Normativa Nazionale

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019) che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012;

Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)”, articolo 1, comma 282;

Legge 23 dicembre 1994, n.724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” articolo 3, comma 8.

Normativa Regionale

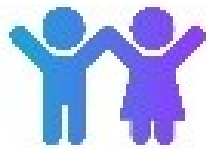
Deliberazione della Giunta regionale n.397 del 17/05/2019 “Recepimento dell’intesa Stato/Regioni del 21.2.2019 (rep. Atti n.28/CSR) sul piano nazionale di governo delle liste d’attesa per triennio 2019/2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266”

Deliberazione della Giunta regionale n. 1105 del 09/12/2019 “Piano di governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021. Attuazione.”

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



**P03 - GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA
RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI**

Sommario

Premesse	3
Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa dei ricoveri programmati	4
Gestione della domanda – La definizione della priorità clinica.....	4
Gestione dell’offerta - Organizzazione dei flussi	5
Gestione della comunicazione - Informazione e formazione	5
Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni.....	6
Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio.....	8
Normativa di riferimento	9

Premesse

Perché un Piano per il Governo delle Liste d'Attesa dei ricovero chirurgici programmati:

- misura dell'equità di accesso alle prestazioni, che deve necessariamente essere guidato dalla priorità clinica agli interventi;
- garantisce migliori outcome (correlazione tra attesa ed esito);
- monitoraggio della domanda e indirettamente dei "bisogni di salute";
- gestisce un punto di riferimento per la programmazione dell'offerta e indirettamente incide sull'efficienza dell'organizzazione;
- rende coerente le decisioni del piano con gli altri piani aziendali;

I livelli essenziali di assistenza individuano l'ambito di garanzia che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare in modo omogeneo a tutti i cittadini sul territorio. L'allungamento delle liste d'attesa per ricoveri programmati, principalmente chirurgiche, avutosi come conseguenza del periodo pandemico, ha fatto emergere maggiormente le criticità, sistematiche o momentanee, di capacità di sistema di rispondere alla domanda, senza prescindere dalla garanzia di cure sicure e di qualità.

La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa necessariamente attraverso l'attuazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, data la correlazione tra appropriatezza di accesso, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, la disponibilità di capitale umano necessario alla gestione di tutte le fasi del percorso chirurgico programmato, dall'inserimento in lista passando per pre-ricovero, ricovero per acuti, eventuali riabilitazione e/o altro tipo di servizio per le dimissioni protette.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

- il governo della domanda di prestazioni, legato alla classificazione per priorità clinica
- il governo dell'offerta di assistenza
- i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per il triennio 2023-2025, i criteri di sviluppo della gestione delle liste d'attesa per percorsi inpatient (prestazioni di ricovero e cura in regime ordinario e di day surgery e prestazioni ambulatoriali chirurgiche complesse che prevedono comunque l'accesso al blocco operatorio) e in modo più ampio la gestione della risposta al paziente nell'intero percorso di cura, dalla promozione della salute, prevenzione, riabilitazione, diagnosi e cura delle malattie, in ospedale sul territorio e al domicilio.

La *mission* del piano è, sulla base dei contenuti delle "Linee guida di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2020 e sulla scorta dell'esperienza che Asl4 sta facendo come "azienda pilota" nel progetto ministeriale di applicazioni di tali linee guida attualmente in corso, che comporterà da parte di tutte le Regioni coinvolte l'emanazione di linee attuative, la revisione dell'organizzazione attualmente implementata (in gran parte già compliant alle linee guida nazionali).

Il piano, tenuto conto anche dell'evoluzione dei sistemi che si stanno prefigurando a livello regionale e dalle esperienze virtuose messe in atto in azienda nel periodo di "restart" attivato per fronteggiare le criticità generate dalla pandemia, prevede momenti di efficientamento dei percorsi di cura, dall'inserimento in agenda all'erogazione attraverso la presa in carico clinica, organizzativa e amministrativa del bisogno di salute.

Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa dei ricoveri programmati

Il tempo di attesa è normalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento dell'inserimento in agenda del paziente ed il momento dell'erogazione della procedura chirurgica; si parla di tempo di attesa

- ex post, in quanto riferito al tempo concreto che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione;
- ex ante, tenendo conto del tempo indicato all'utente al momento della prenotazione.

Per le prestazioni di ricovero e cura programmate chirurgiche oggetto di monitoraggio, l'obiettivo da perseguire è l'erogazione delle prestazioni entro il tempo massimo di attesa, da garantire nell'ambito di riferimento:

- nel 95% dei casi per le classi di priorità A (erogazione entro 30 giorni)
- nel 95% dei casi per le classi di priorità B (erogazione entro 60 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità C (erogazione entro 180 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità D (di norma entro 12 mesi).

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda garantisce, direttamente o attraverso gli erogatori privati accreditati che insistono nel proprio territorio, la prima disponibilità della prestazione entro il tempo massimo stabilito.

Gestione della domanda – La definizione della priorità clinica

Le best practices sviluppate a livello regionale o aziendale dal 2020 in applicazione delle linee guida del percorso chirurgico programmato, hanno evidenziato che il punto nodale nella gestione della domanda è rappresentato dalla corretta definizione delle classi di priorità.

Gli sviluppi aziendali nell'ottica di migliorare da definizione delle classi di priorità, nelle more delle indicazioni regionali, individuano nella definizione di standard per l'assegnazione della classe di priorità, legati principalmente alla diagnosi, alla tipologia di procedura e livello assistenziale di erogazione, tenendo comunque conto della variabilità legata alle condizioni del singolo paziente.

L'analisi dei dati storici permetterà una valutazione della variabilità rispetto allo standard atteso, anche a livello di singolo specialista, da valutare in termini di appropriatezza nell'utilizzo del setting assistenziale.

Al fine di una corretta gestione della domanda inserita in lista d'attesa, verrà introdotto nel sistema organizzativo e informatico aziendale, il meccanismo di gestione della cosiddetta "pre-lista", che permette di mappare il percorso del paziente che, pur avendo già avuto la diagnosi che prevede l'accesso ad un intervento, ha ancora necessità di approfondimento (es. stadiazione) o di altri trattamenti precedenti l'intervento (es. trattamento neoadiuvante, altre procedure che precedono l'intervento).

Gestione dell'offerta - Organizzazione dei flussi

L'offerta di prestazioni chirurgiche ambulatoriali è strettamente legata a fattori organizzativi aziendali e fattori legati alla particolare "attrattività" e "logistica" di una specifica struttura erogatrice. L'offerta globale aziendale è limitata da una serie di fattori organizzativi che devono essere letti e monitorati nella loro organicità, al fine di ottimizzare il risultato delle azioni di miglioramento implementate – che rischierebbe, risolvendo un "collo di bottiglia", di generarne un altro a valle (disponibilità di sale operatorie, di posti letto, di slot di pre-ricovero, di posti riabilitativi, di supporto territoriale alle dimissioni, ecc.).

Per la definizione dei volumi di offerta che consentano di garantire la risposta alla domanda entro tempi definiti, diventa di fondamentale importanza l'integrità e la fruibilità per le aziende dei dati di lista d'attesa, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo.

Gli obiettivi del piano saranno oggetti di allineamento, a fronte dell'emanazione delle linee applicative regionali e a seguito della chiusura del progetto sperimentale ministeriale.

Gestione della comunicazione - Informazione e formazione

Informazione - La trasparenza

Il fine di una corretta comunicazione e informazione agli utenti sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal presente Piano. I contenuti da rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) sono individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate.

Formazione – Gli operatori

Data la prospettata introduzione di standard per l'assegnazione della classe di priorità, legati principalmente alla diagnosi, alla tipologia di procedura e livello assistenziale di erogazione, tenendo comunque conto della variabilità legata alle condizioni del singolo paziente, la formazione degli specialisti verrà definito un percorso di formazione specifica con corsi alternati a gruppi di miglioramento ed attività di revisione peer-to-peer.

Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'Asl4. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel processo di gestione delle liste d'attesa:

Il processo di gestione delle liste d'attesa di ricovero e cura si sviluppa su tre livelli decisionali:

- **STRATEGICO (LS):** nel quale vengono definite la pianificazione dell'offerta nel medio periodo (indicativamente annuale con verifiche trimestrali/mensili), in funzione di quanto noto sulla domanda, sugli obiettivi (nazionali/regionali) così da poter definire eventuali modifiche di assetto organizzativo e di risorse volte a supportare le decisioni;
- **DI COORDINAMENTO (LC):** nel quale, a fronte degli input del livello strategico, viene definito il governo dell'offerta nel medio periodo (trimestrale e mensile), in funzione di quanto noto sulla consistenza delle liste d'attesa, sugli obiettivi declinati dal livello strategico e sulle risorse considerate come vincolo, vengono altresì effettuate valutazioni sulle situazioni non a target e definite le azioni di miglioramento;
- **OPERATIVO (LO):** nel quale viene implementata l'organizzazione di dettaglio delle attività chirurgiche programmate (mensile e settimanali/giornaliere) per effetto di informazioni operative, oltre ad attivare le azioni di miglioramento definite a seguito del monitoraggio.

Vengono quindi definiti, nel passaggio top-down dal livello strategico a quello di coordinamento ed operativo, nonché nella gestione dei feedback bottom-up: gli obiettivi aziendali, le modalità per applicare tali obiettivi ai diversi livelli assistenziali dell'organizzazione aziendale, individuando le responsabilità, modalità e tempistiche di risposta, monitoraggio e aggiornamento delle azioni, valutazione e impatto sulla organizzazione nonché sulla capacità erogativa della stessa.

Sono individuati quali attori del processo di gestione delle liste d'attesa:

- il Direttore Generale;
- la Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- il Responsabile della gestione delle liste d'attesa di ricovero e cura programmate;

- il Responsabile della gestione dell'appropriatezza;
- le Unità Operative e i Servizi eroganti le prestazioni;
- gli Specialisti che possono inserire gli utenti in lista d'attesa;
- la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, la direzione della SC Anestesia e Rianimazione e le Professioni Sanitarie (supporto alla organizzazione);
- i Sistemi Informativi Aziendali e il Centro Direzionale di Controllo (supporto ai sistemi di prenotazione ed al monitoraggio);
- le Unità Operative ed i Servizi di supporto sanitari e organizzativo/amministrativi;
- l'URP e la Comunicazione (supporto alla gestione della comunicazione e dell'informazione, oltre che alle attività di accettazione CUP e di risposta alle segnalazioni URP);
- la Formazione (supporto alla gestione della formazione degli operatori).

Gestione del processo Inpatient

Il piano, principalmente orientato alla organizzazione delle prestazioni chirurgiche programmate che insistono sui blocchi operatori, si declina in diversi Task, di seguito sintetizzati e illustrati nel cronoprogramma:

- **Task01 - LS:** individuazione formale del livello di coordinamento e del livello operativo (Responsabile/ Referente/ Gruppo di lavoro) da parte del livello strategico; individuazione delle figure di raccordo tra Regione Liguria – Alisa e Azienda per l'implementazione delle linee guida 2023 (Referente Organizzativo e Referente Informatico);
- **Task02 - LC:** strutturazione da parte del livello di coordinamento (sentito livello strategico e livello operativo) di un set di analisi dei dati da rendere disponibili e fruibili ai vari livelli della programmazione (domanda/offerta/risorse);
- **Task03 - LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello di coordinamento, definizione di algoritmi di analisi dei dati e di individuazione delle potenziali azioni di miglioramento nelle situazioni non a target secondo i diversi livelli di programmazione (strategico, tattico e operativo) e di garanzia (classi di priorità), implementazione di strumenti di analisi condivisi;
- **Task04 – LS/LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello strategico supportato dal livello di coordinamento, per individuare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che possono essere gestite solamente con un cambio organizzativo e/o con nuove risorse, definizione del livello programmatico dell'anno, il TO BE a cui tendere per l'anno in termini di volumi e delle eventuali risorse aggiuntive (in termini di aumento di dipendenti, liberi professionisti, specialisti ambulatoriali o di risorse per l'incentivazione del personale, in termini di attrezzature e spazi);
- **Task05 - LC:** studio da parte del livello di coordinamento per individuare le priorità con cui affrontare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che non sono gestite al Task04;

-**Task06 - LO:** studio da parte del livello operativo in collaborazione con il livello di coordinamento per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni non strutturali non a target (no gestite nei Task04 e Task05); definizione della istruzione operativa per la definizione di ruoli, prestazioni e azioni per gestione delle singole prenotazioni non a target;

-**Task07 - LO:** monitoraggio giornaliero del livello operativo per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni puntuali non a target attuazione di quanto previsto nella istruzione operativa per la gestione delle singole prenotazioni non a target;

-**Task08 – LC/LO:** monitoraggio mensile del livello di coordinamento per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello operativo, o di situazioni di mancata saturazione risorse;

-**Task09 - LC:** attivazione, partecipazione e coordinamento da parte del livello di coordinamento dei follow-up di percorsi di miglioramento già implementati;

- **Task10 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale del livello strategico per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello di coordinamento;

-**Task11 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale dell'utilizzo di sala operatoria per individuare azioni di miglioramento (es. tardiness) anche in base ai feedback del livello operativo, individuazione e attuazione delle contromisure, rimodulazione di programmazione;

-**Task12 – LC/LO:** analisi statistiche e/o a campione volte a individuare caratteristiche di definizione della classe di priorità anomale, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali;

-**Task13 – LS/LC:** definizione, implementazione, messa a regime e monitoraggio della procedura di pulizia sistematica delle agende, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali;

-**Task14 – LS/LC:** definizione, implementazione, messa a regime e monitoraggio della procedura di utilizzo della pre-lista, in base alle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali.

Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio

Sono individuate le seguenti fonti dati, utili a fornire i dati di monitoraggio:

1. DOMANDA ESPRESSA (FLUSSO DELLE PRENOTAZIONI – DA SISTEMATIZZARE): differenziando l'analisi nelle classi di priorità (A-B-C-D) diviene quindi necessario lo studio della domanda espressa in termini di analisi dell'andamento medio e dei picchi:
 - TREND DEGLI ULTIMI MESI

per singola procedura, al fine di desumere (in base ai picchi di domanda o dei momenti in cui si prenota oltre soglia) le prestazioni che hanno fatto rilevare maggior criticità (ma anche le prestazioni per le quali non avendo mai rilevato tensioni domanda/offerta, potrebbe essere presente una offerta sovradimensionata).

2. DOMANDA INESPRESSA (FLUSSO MIGRAZIONE PASSIVA): Anche se non sono disponibili dati sulla domanda che non trova risposta nelle agende aziendali (per rinuncia, per migrazione, per ricorso a prestazioni non SSN), è possibile effettuare una valutazione sulla domanda inespressa, utilizzando i dati delle fughe verso altre strutture liguri e verso altre regioni (anche se con tempestività scarsa) al fine di individuare eventuali fughe legate non all'attrattività ma a un livello di tempo d'attesa elevato.
3. OFFERTA SATURATA (da costruire in modo sistematizzato): l'analisi dell'utilizzo delle sale operatorie, intese come la "risorsa scarsa" che maggiormente influenza la capacità di risposta nei tempi obiettivo, deve essere implementata sistematicamente al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento e monitorarne l'attuazione.
4. OFFERTA NON SATURATA (AGENDE VUOTE): analisi dell'andamento eventuale di liste d'attesa che fanno rilevare, nel tempo, trend anomali in riduzione deve essere implementata al fine di supportare una programmazione flessibile delle sale operatorie.

I principali indicatori di monitoraggio del piano sono individuati in:

- VOLUMI ATTIVITA' EROGATE - % DI VOLUME PER CLASSE DI PRIORITA
- % RICOVERI EROGATE ENTRO TEMPO SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA'
(target atteso aumento rispetto all'anno precedente – obiettivo a regime > 95% per classi di priorità A e B - > 90% per classi di priorità C e D)
- MEDIANA GG ATTESA OLTRE SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA'
(target atteso riduzione rispetto all'anno precedente)
- VOLUMI PAZIENTI PASSATI DA PRELISTA (E TEMPO DI PRESENZA)
(target non definibile, in attesa di attivazione del progetto)
- % PAZIENTI OGGETTO DI PULIZIA AGENDA (% CANCELLAZIONI)
(target non definibile, in attesa di attivazione del progetto)
- TASSI DI FUGA E DI ATTRAZIONE COLLEGATI A TEMPI D'ATTESA CRITICI O PERFORMANTI
(target atteso: mantenimento o riduzione delle fughe, mantenimento o incremento dell'attrazione)

Normativa di riferimento

Normativa Nazionale

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019) che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012;

Progetto "Mattoni tempo d'attesa" 2006.

Normativa Regionale

Deliberazione Alisa n. 120 del 24/05/2023 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria”

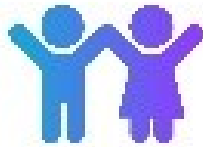
Deliberazione della Giunta regionale n.397 del 17/05/2019 “Recepimento dell’intesa Stato/Regioni del 21.2.2019 (rep. Atti n.28/CSR) sul piano nazionale di governo delle liste d’attesa per triennio 2019/2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266”

Deliberazione della Giunta regionale n. 1105 del 09/12/2019 “Piano di governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021. Attuazione.”

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



P04 – PREVENZIONE

Sommario

Premesse	3
<i>Coinvolgimento delle realtà aziendali e produttive nella promozione della salute</i>	4
<i>Metodologie di valutazione efficace del rischio e approfondimento sulla Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico nel settore lapideo</i>	5
Screening oncologici: tumore della cervice uterina, tumore mammario, tumore colonrettale.....	6
Attivazione registro ex-esposti amianto secondo le linee guida regionali	7
Normativa di riferimento	8

Premesse

La Regione Liguria, con DGR 1092/2020 ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ed i contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, dando mandato ad A.LI.SA, con il supporto del Settore regionale Tutela della Salute negli Ambienti di Vita e di Lavoro, di predisporre la proposta del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 ed affidando alle Aziende Sanitarie liguri, ad ARPAL ed all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta il compito di partecipare alla pianificazione preliminare.

Il PRP 2020-2025 si propone di proseguire gli obiettivi già previsti nel PRP 2014/2019, era stato però realizzato tramite un approccio per target e per setting verso cui indirizzare specifici programmi e specifiche attività di prevenzione e definisce la realizzazione di una pianificazione regionale coordinata per la salute e per l'ambiente in coerenza con le altre politiche regionali per un loro vicendevole rafforzamento. Tra gli elementi fondanti, il rafforzamento dei sistemi informativi e un focus sulla formazione degli operatori per l'implementazione di nuove competenze. Da evidenziare, l'approccio ONE HEALTH del piano nazionale e regionale.

Il PRP e il presente piano aziendale, per il periodo di sviluppo 2020-2025, andranno a declinare tutti i Programmi Predefiniti del PNP e quelli aggiuntivi:

- PP01 - Scuole che promuovono Salute
- PP02 - Comunità attive
- PP03 - Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP04 - Dipendenze
- PP05 - Sicurezza negli ambienti di vita
- PP06 - Piano mirato di prevenzione
- PP07 - Prevenzione in edilizia e agricoltura
- PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP09 - Ambiente, clima e salute
- PP10 - Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
- PL11 - Screening oncologici
- PL12 - Malnutrizione nelle strutture residenziali

Secondo queste linee di sviluppo ed alle ultime indicazioni pervenute da Regione Liguria-Alisa, si individuano i progetti rappresentati di seguito.

LINEA DI SVILUPPO	
PP03 - Luoghi di lavoro che promuovono salute	
PROGETTO – nuova implementazione	
Coinvolgimento delle realtà aziendali e produttive nella promozione della salute	
Razionale	La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (Rif. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986). La promozione della salute rappresenta un processo sociale e politico globale, che comprende non solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. La partecipazione è fondamentale per supportare le azioni di promozione della salute.
Soggetti coinvolti	Sc PSAL
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: coinvolgimento di almeno una associazione di categoria per sensibilizzare sull’argomento della promozione della salute nelle aziende Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle indicazioni regionali in merito
Indicatori e target	Indicatore 2023: almeno 1 associazione coinvolta formalmente Indicatore 2024-2025: da definirsi in seguito
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

LINEA DI SVILUPPO	
PPo6 - Piano mirato di prevenzione	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Metodologie di valutazione efficace del rischio e approfondimento sulla Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico nel settore lapideo	
Razionale	In accordo con le linee di indirizzo espresse nel PNP 2020-2025 e alla luce delle risultanze e delle necessità territoriali condivise con Regione Liguria la Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di Asl4 ha sviluppato un progetto incentrato sull'approfondimento di tematiche di valutazione efficace del rischio del comparto LAPIDEO, sia in ambito estrattivo che nell'ambito della lavorazione della pietra.
Soggetti coinvolti	Sc PSAL
Tempi di realizzazione	Dal 2022-25
Azioni	Azione 2023: Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle indicazioni del PNP e PRP
Indicatori e target	<p>Indicatore 2023:</p> <p>1° Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evento formativo degli operatori PSAL su applicazione delle norme; • pubblicazione sul sito ASL4 del materiale prodotto nel 2022; • 1 incontro divulgativo con aziende, rappresentanti di categoria ed enti pubblici; • incontri di assistenza alle imprese in merito ai contenuti dei documenti prodotti nel 2022 in merito alla loro applicazione; <p>2° Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • invio/consegna delle schede di autovalutazione alle imprese del settore; • 1 intervento di comunicazione/informazione/formazione rivolto ai lavoratori del settore: • 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno) per consulenti delle aziende coinvolte e medici competenti; • Almeno 1 report annuale sulle attività svolte <p>Indicatore 2024-2025: da definirsi in seguito</p>
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

LINEA DI SVILUPPO	
PL11 - Screening oncologici	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Screening oncologici: tumore della cervice uterina, tumore mammario, tumore colonrettale	
Razionale	Da anni ASL4 è attiva nella programmazione di campagne di screening attivo, relative ai tumori della cervice uterina, tumori mammari e tumori del colon-retto
Soggetti coinvolti	Sc Igiene e Salute Pubblica – Articolazioni aziendali coinvolte nell'erogazione della diagnostica
Tempi di realizzazione	Avvio primo programma di screening in ASL4 (screening mammografico): luglio 2002
Azioni	Azione 2023: prosecuzione delle attività di chiamata ed erogazione del primo e secondo livello degli screening Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle indicazioni regionali in merito (previsto un ampliamento delle coorti d'invito per gli screening mammografico e colon-rettale con estensione della partecipazione ai residenti fino ai 74 anni d'età. In attesa di Delibera ALiSa che ne definisca le modalità operative)
Indicatori e target	<p>Indicatore 2023:</p> <p>screening cervice uterina: invito di almeno 6200 donne (target atteso: incremento % estensione corretta, rispetto all'anno precedente)</p> <p>screening mammografico: invito annuale di almeno il 40% della popolazione target (target atteso 100% degli aventi diritto, nel biennio)</p> <p>screening colon-rettale: invito annuale di almeno il 40% della popolazione target (target atteso 100% degli aventi diritto, nel biennio)</p> <p><u>Aventi diritto</u> = popolazione residente nel territorio dell'ASL4 meno i soggetti esclusi per vari motivi, ad es. pz seguiti in follow up oncologico attivo, pz con alto rischio eredo-familiare con presa in carico c/o altro percorso, altra patologia grave documentabile...</p>
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

LINEA DI SVILUPPO	
Attivazione registro ex-esposti amianto	
PROGETTO – nuova implementazione	
Attivazione registro ex-esposti amianto secondo le linee guida regionali	
Razionale	Gli ex esposti ad amianto costituiscono una popolazione con definiti bisogni socio-sanitari quali: la necessità di conoscere il grado della loro esposizione pregressa ad amianto, il bisogno di informazione sui diritti previdenziali, l'assistenza medico-legale nel riconoscimento delle patologie professionali, la fruibilità di programmi di promozione della salute, la presa in carico di soggetti sintomatici da parte del Sistema Sanitario Regionale al fine di una corretta diagnosi e cura
Soggetti coinvolti	Sc PSAL – Articolazioni aziendali coinvolte nell'erogazione della diagnostica
Tempi di realizzazione	Dal 2023 secondo tempistiche definite da regione Liguria
Azioni	Azione 2023-2025: attuazione delle indicazioni regionali
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: da definirsi in base alle indicazioni regionali, al cronoprogramma ed ai volumi individuati
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

Normativa di riferimento

Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025

Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025

Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020

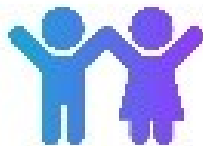
Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023

Piano regionale della prevenzione 2021-2025

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



P05 – CAMPAGNE SCREENING DI PROSSIMITA'

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4	4
CAMPAGNA PROSSIMITÀ PER LA PREVENZIONE DEL DIABETE DI TIPO II	5
CAMPAGNA PROSSIMITÀ PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE.....	6
CAMPAGNA DI PROSSIMITA' PER LA PROMOZIONE CORRETTI STILI DI VITA E COMPORAMENTI ALIMENTARI SALUTARI	7
CAMPAGNA DI PROSSIMITA' PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE POLMONARI CRONICHE E DEI RISCHI CONNESSI AL FUMO	8
Normativa di riferimento	9

Premesse

Le dimensioni e le caratteristiche della ASL4 hanno consentito la sperimentazione del Progetto “Tigullio Luogo di Salute (TLS)” con cui la Regione Liguria, con la DGR 1041/2021, ha dato mandato ad ASL4 di sperimentare un modello di salute di prossimità.

Nell’ambito della più ampia trasformazione in atto, la realizzazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici/fragili nelle case di comunità è in corso attraverso le seguenti contestuali ed integrate azioni:

1. Implementazione della Cartella a Casa
2. Riorganizzazione delle cure primarie in una logica di medicina d’iniziativa e di continuità di cura attraverso la definizione di specifici percorsi.
3. Potenziamento e riorganizzazione dell’assistenza domiciliare e delle dimissioni protette.
4. Integrazione sociosanitaria con i servizi sociali dei Comuni

Il territorio di ASL4 conta 145.000 abitanti circa residenti in 30 Comuni di cui 6 distribuiti lungo la costa dove si concentra il 70% della popolazione, mentre il restante 30% degli abitanti è disperso nelle zone dell’immediato entroterra e nelle zone montane vere e proprie.

L’interno è costituito da tre vallate non comunicanti tra loro, nelle quali la viabilità e la comunicazione sono estremamente difficoltose con ampie distanze per l’accesso ai servizi costieri, così come per l’intervento di personale medico di emergenza. La popolazione anziana rappresenta oltre il 29% dei residenti, percentuale che supera il 40% nelle zone interne. I “grandi vecchi” over 85 anni rappresentano il 5% della popolazione totale e, percentuale che sale al 10% in alcuni Comuni interni. L’indice di anzianità è il più alto della Liguria (259,65 vs 255,8) e l’Indice di dipendenza è pari al 68% contro 65,6 di media regionale e il 56% di media nazionale. È volto a realizzare un ecosistema sociosanitario digitale, il progetto, basato su tecnologie innovative, potenzierà l’interconnessione della rete di prossimità con le strutture intermedie e l’assistenza domiciliare, determinando una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei livelli di assistenza.

Durante la pandemia, sia per le vaccinazioni che per le visite e tamponi domiciliari è stato necessario costruire un sistema integrato tra ospedale e territorio, tramite modello Hub e Spoke collegati tra di loro anche attraverso anche tramite l’impiego del mezzo mobile “Gulliver”.

Finita l’emergenza pandemica, nell’ottica di implementare nuovi modelli di promozione del benessere dei cittadini, prevenzione, screening e presa in carico precoce delle cronicità, l’azienda ha attivato una campagna di prossimità dedicata ai cittadini della ASL4: tale campagna si integra con il Piano aziendale “la centralità della persona nelle relazioni di presa in cura e cura” (delibera n°81 13/2/23) ed è in linea con i percorsi assistenziali già attivati nell’ambito del più ampio progetto “Tigullio Luogo di Salute”, in particolare il percorso del paziente polipatologico, per lo scompenso cardiaco e per il paziente diabetico.

La seguente campagna inoltre è in linea con il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025- Programma predefinito 03- “Programma Luoghi di lavoro che promuovono salute – rete WHP Liguria”.

Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4

La campagna integra l'ospedale con il territorio, tramite il Modello Lean e il sistema Hub e Spoke, anche attraverso l'utilizzo dell'unità mobile Gulliver, permettendo così prestazioni il più possibile vicine ai cittadini della ASL4.

Si prevede di effettuare tale campagna di prevenzione secondo un calendario ad hoc in base al tipo di patologia scelta per la specifica campagna e il conseguente target di popolazione.

Parallelamente alle azioni preventive e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale, sarà attivo un percorso clinico-assistenziale specifico per il soggetto patologico.

Il progetto vedrà coinvolti vari professionisti sanitari in collaborazione tra loro, principalmente gli IFeC e un Medico Igienista in sinergia con altri attori e realtà territoriali (MMG, medici ospedalieri e altre professioni sanitarie, Medici di continuità assistenziale, farmacie territoriali, associazioni varie, terzo settore, industrie, università) per effettuare una serie di valutazioni atte alla prevenzione delle patologie scelte nella relative campagna.

Gli Operatori Sanitari previo colloquio preliminare e acquisizione del consenso informato, specifico per ogni campagna, effettueranno la rilevazione dei parametri vitali (variabili in base alla campagna) e domande su storia clinica e stili di vita.

Il Medico, se presente, in collaborazione con gli operatori sanitari, una volta effettuata la presa in carico e la rilevazione dei parametri, in base ai risultati raccolti sul file raccolta dati fornirà indicazioni e/o consigli su azioni da intraprendere, risponderà alle domande dell'utente e qualora riscontri un rischio elevato invierà il cittadino previo consenso informato ad eventuale invio al secondo livello presso la struttura stabilita e prenderà contatti con il medico curante.

Lo screening di secondo livello sarà variabile in base al tipo di campagna, potrà quindi essere svolto da vari attori, su diversi livelli e in diversi setting concordati.

Potrà prevedere: raccolta anamnesi e stratificazione rischio, ricognizione terapeutica, esami di laboratorio e strumentali, valutazioni specialistiche anche per la definizione di un eventuale Piano assistenziale individualizzato, introduzione e monitoraggio della terapia farmacologica, periodico monitoraggio in TELEVISITA con riconciliazione farmacologica.

Le farmacie territoriali nelle campagne in cui saranno coinvolte, effettueranno lo screening di primo livello con relativo eventuale invio al secondo livello.

Il presente piano di correla al piano p15 - Pari Opportunità ed Inclusione, per la sezione relativa alla medicina di genere, ritenendo utile correlare un "focus" sulla medicina di genere per almeno una delle campagne.

LINEA DI SVILUPPO	
Progetto Diabete	
PROGETTO – nuova implementazione	
CAMPAGNA PROSSIMITÀ PER LA PREVENZIONE DEL DIABETE DI TIPO II	
Razionale	Elevata % di diabete “sommerso” dai dati aziendali in confronto con la letteratura scientifica
Soggetti coinvolti	Direzione Socio Sanitaria, Direzione Sanitaria, S.C. Diabetologia, IFEC, Distretto
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione prima campagna Azione 2024: ripetizione campagna con modifiche migliorative Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: raccolta e studio dati raccolti Indicatore 2024: ottimizzazione tempi e risorse per avere dati >2023 Indicatore 2025: valori >2024
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costo carburante mezzo mobile e test per glicemia max 500 euro (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO	
Progetto Cuore	
PROGETTO – nuova implementazione	
CAMPAGNA PROSSIMITÀ PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	
Razionale	Informare soggetti lavoratori del rischio attuale e futuro di andare incontro ad un evento cardiaco maggiore (infarto e icuts) utilizzando la carta del Rischio Cardiovascolare del ISS
Soggetti coinvolti	Direzione Socio Sanitaria, Direzione Sanitaria, S.C. Cardiologia, S.C. Medicina Interna I, IFEC, Distretto
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione prima campagna Azione 2024: ripetizione campagna con modifiche migliorative Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: raccolta e studio dati raccolti Indicatore 2024: ottimizzazione tempi e risorse per avere dati >2023 Indicatore 2025: valori >2024
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costo carburante mezzo mobile e test per colesterolo max 1000 euro (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO 3	
PROGETTO – nuova implementazione CAMPAGNA DI PROSSIMITA' PER LA PROMOZIONE CORRETTI STILI DI VITA E COMPORAMENTI ALIMENTARI SALUTARI	
Razionale	Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative
Soggetti coinvolti	Direzione Socio Sanitaria, Direzione Sanitaria, S.C. Dietologia, IFEC, Distretto, S.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione prima campagna Azione 2024: ripetizione campagna con modifiche migliorative Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: raccolta e studio dati raccolti Indicatore 2024: ottimizzazione tempi e risorse per avere dati >2023 Indicatore 2025: valori >2024
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costo carburante mezzo mobile max 500 euro (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO 4	
PROGETTO – nuova implementazione CAMPAGNA DI PROSSIMITA' PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE POLMONARI CRONICHE E DEI RISCHI CONNESSI AL FUMO	
Razionale	Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative
Soggetti coinvolti	Direzione Socio Sanitaria, Direzione Sanitaria, S.C. Pneumologia, IFEC, Distretto, S.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione prima campagna Azione 2024: ripetizione campagna con modifiche migliorative Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: raccolta e studio dati raccolti Indicatore 2024: ottimizzazione tempi e risorse per avere dati >2023 Indicatore 2025: valori >2024
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costo carburante mezzo mobile e test spirometria max 500 euro (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

Normativa di riferimento

PIANO NAZIONALE DI RIPARTENZA E RESILIENZA (PNRR) 2021

DM 77/2022 del 23/5/2022 (G.U. 22/6/2022) “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” che declina operativamente la missione 6 del PNRR

DM del 29/4/2022 (G.U. 24/5/2022) “Linee guida organizzative Modello Digitale per l’attuazione dell’Assistenza Domiciliare” che definiscono un modello di riferimento per l’attuazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso l’individuazione di processi innovativi di presa in carico del paziente a domicilio e la valorizzazione della collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare tra i diversi professionisti.

DGR 1223/2022 Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022” che individua le linee di sviluppo della rete dei servizi territoriali attraverso la realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, focalizzando l’attenzione su: centralità della persona, prossimità dei servizi, continuità ospedale/territorio, percorsi di presa in carico, valutazione multidisciplinare, telemedicina, sviluppo della figura dell’IFEC, digitalizzazione, integrazione sociosanitaria.

DGR 255/2023 “Piano socio-sanitario regionale 2023/2025 - Proposta di Atto al Consiglio Regionale” che fornisce indirizzi per costruire un sistema integrato e strutturato di risposte al cittadino allineato alla domanda e ai bisogni espressi, in cui l’universalismo dei servizi trovi attuazione nella personalizzazione degli interventi sull’individuo considerato nella sua unicità e nel suo sistema di relazioni, agendo sulle prestazioni ma anche sul contesto assumendo come riferimenti valoriali la Persona, il Territorio, l’Innovazione e la Sostenibilità.

Legge n. 33/2023 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE



P06 – ORGANIZZAZIONE

Sommario

Premesse	3
Struttura Organizzativa.....	4
Organizzazione aziendale	5
Separazione dei poteri	6
Organigramma aziendale	6

Premesse

Il rispetto e la valorizzazione del Capitale Umano per l'Asl4 il principio fondamentale a cui si ispirano le politiche del personale.

Accrescere le competenze professionali e favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva sono considerati presupposti essenziali per la crescita e lo sviluppo dell'azienda. L'Asl4 si impegna a reclutare, utilizzare e accrescere al meglio le competenze espresse ed i potenziali di tutto il personale, coerentemente con lo sviluppo strategico, utilizzando diversi strumenti, tra i quali:

- Miglioramento continuo del processo di selezione e del percorso di accoglimento ed inserimento in azienda. In coerenza con l'indirizzo espresso dal legislatore, l'azienda utilizza, nel reclutamento del personale, in via prioritaria l'istituto della mobilità tra enti per il quale ha elaborato specifica procedura al fine di garantire la massima trasparenza ed imparzialità nella scelta degli aspiranti e la congruità con il profilo professionale richiesto.
- Sviluppo di una cultura della **comunicazione** finalizzata ad aumentare la conoscenza e la partecipazione alle strategie aziendali attraverso l'utilizzo di strumenti dedicati esclusivamente ai dipendenti (portale del dipendente – accessibile anche da casa) e strumenti trasversali che interessano un pubblico più ampio (sito internet).
- Aumento della soddisfazione e della motivazione dei dipendenti tramite l'attivazione di strumenti di partecipazione e coinvolgimento
- Investimento nella formazione e in programmi di aggiornamento al fine di sviluppare le potenzialità e le competenze del personale. A causa delle vigenti misure di contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, la formazione viene effettuata principalmente in house, con utilizzo di risorse interne in possesso di specifiche competenze ovvero con l'organizzazione di eventi formativi che prevedono il coinvolgimento di docenti esterni e sono aperti, a pagamento, anche al personale di altre aziende sanitarie.
- Arricchimento delle **opportunità professionali** tramite il ricorso alla mobilità interna, tenendo in considerazione competenze e potenzialità di ogni singolo dipendente.
- Attenzione costante al benessere organizzativo attraverso la costituzione di un Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni Il Comitato, in particolare, propone alla Direzione Aziendale l'utilizzo di specifici strumenti per accrescere il benessere in azienda.
- Utilizzo costante e pieno delle professionalità interne, in grado di rispondere a tutte le attività organizzative e funzionali dell'Azienda con limitazione del ricorso alle consulenze esterne
- Incentivazione del personale all'utilizzo della rete e delle tecnologie innovative (vedi alla voce portale del dipendente)
- Attivazione di strumenti a supporto dei dipendenti: con sviluppo in particolare degli istituti che favoriscono la conciliazione tempi di vita e lavoro.

Struttura Organizzativa

L'Atto di Autonomia Aziendale, di diritto privato, costituisce lo strumento di auto-organizzazione e di funzionamento dell'Azienda. Il suo contenuto riflette i valori ed i principi generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) mutuati dalla Legge Regionale n. 41 del 07/12/2006 e s.m.i., così come integrata e modificata dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/02/2008 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 945 del 01/08/2008, dalla Legge Regionale n. 57/2009, dalla Legge Regionale n. 36/2011, e dalla Legge Regionale n. 29/2012, dalla Legge Regionale n. 17/2016 e dalla Legge Regionale n. 27/2016.

Ha l'obiettivo primario di esprimere la "missione aziendale", di esplicitare la "visione perseguita" nonché i principi ed il sistema di valori a cui è improntata l'azione dei singoli e dell'organizzazione nel suo complesso. Definisce i principi generali di organizzazione e delinea gli assetti organizzativi interni e le articolazioni di governo dell'Azienda.

Individua il modello organizzativo idoneo a promuovere ed assicurare l'integrazione delle funzioni di prevenzione, cura e assistenza. L'Atto Aziendale costituisce la cornice di riferimento delle scelte gestionali ed organizzative sulla base delle quali vengono individuate le funzioni e le responsabilità.

L'Atto di Autonomia aziendale di Asl4 attualmente vigente, è definito con delibera aziendale n. 305 del 16/05/2018 con successive modifiche ed integrazioni, adottato a seguito della validazione regionale avvenuta con DGR n. 551 del 06/08/2018.

L'organizzazione aziendale definita in tale Atto di Autonomia è prossima a un profondo aggiornamento, legato all'applicazione delle linee di indirizzo regionali definite con DGR n. 1380 del 28/12/2022 "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale".

Organizzazione aziendale

L'organizzazione aziendale, per garantire l'erogazione dei servizi, si articola in Distretti e Presidio Ospedaliero Unico e si organizza in Dipartimenti secondo i modelli organizzativi e strutturali previsti dal D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dalla L. R. n. 41/2006 e s.m.i., nonché sulla base degli atti di indirizzo formulati nella materia dalla Regione Liguria.

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dal piano di organizzazione;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- assegnazione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate ed amministrare in spazi fisici definiti ed omogenei.

Sono organi dell'Azienda Sociosanitaria ai sensi dell'art. 1, comma 3 quater del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dell'art. 18 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i.:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- Il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale, è Responsabile delle funzioni di indirizzo strategico dell'Azienda, della quale assume la rappresentanza legale e tutti i poteri di governo e di alta amministrazione, esercitando gli stessi mediante l'adozione di provvedimenti amministrativi o atti di diritto privato.

Nominato dalla Giunta Regionale, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, nonché delle relazioni istituzionali esterne, rispondendo alla Regione del proprio operato, svolto nell'ambito della programmazione regionale e sulla base delle indicazioni, valutazioni e proposte espresse dagli organismi locali di riferimento politico-istituzionale.

Attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della "mission" e lo sviluppo della "vision" avvalendosi dell'attività degli organi e delle Strutture organizzative aziendali.

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile. La composizione, la funzione e la durata sono fissati nell'art. 3 ter del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.

Il Collegio di Direzione di cui all'art. 17 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. è l'organo di riferimento per l'esercizio collegiale del governo strategico aziendale ed in particolare della programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie.

E' organo consultivo del Direttore Generale nell'espletamento delle funzioni di pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi e della valutazione dei risultati clinici conseguiti, concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

La Direzione Strategica, che riunisce Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario, garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

Separazione dei poteri

L'Asl4 informa il proprio modello organizzativo alla distinzione tra:

- Potere di indirizzo, programmazione e controllo
- Compiti e responsabilità gestionali.

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Generale dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario che operano unitariamente pur nella distinzione di relativi ruoli e responsabilità.

Il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali, nell'ambito dei compiti assegnati e della relativa area di competenza, spetta alla Dirigenza, cui è devoluta la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi aziendali e l'attuazione degli specifici atti amministrativi e/o di diritto privato.

Organigramma aziendale

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di strutture organizzative (secondo l'organizzazione gerarchica illustrata in figura 1):

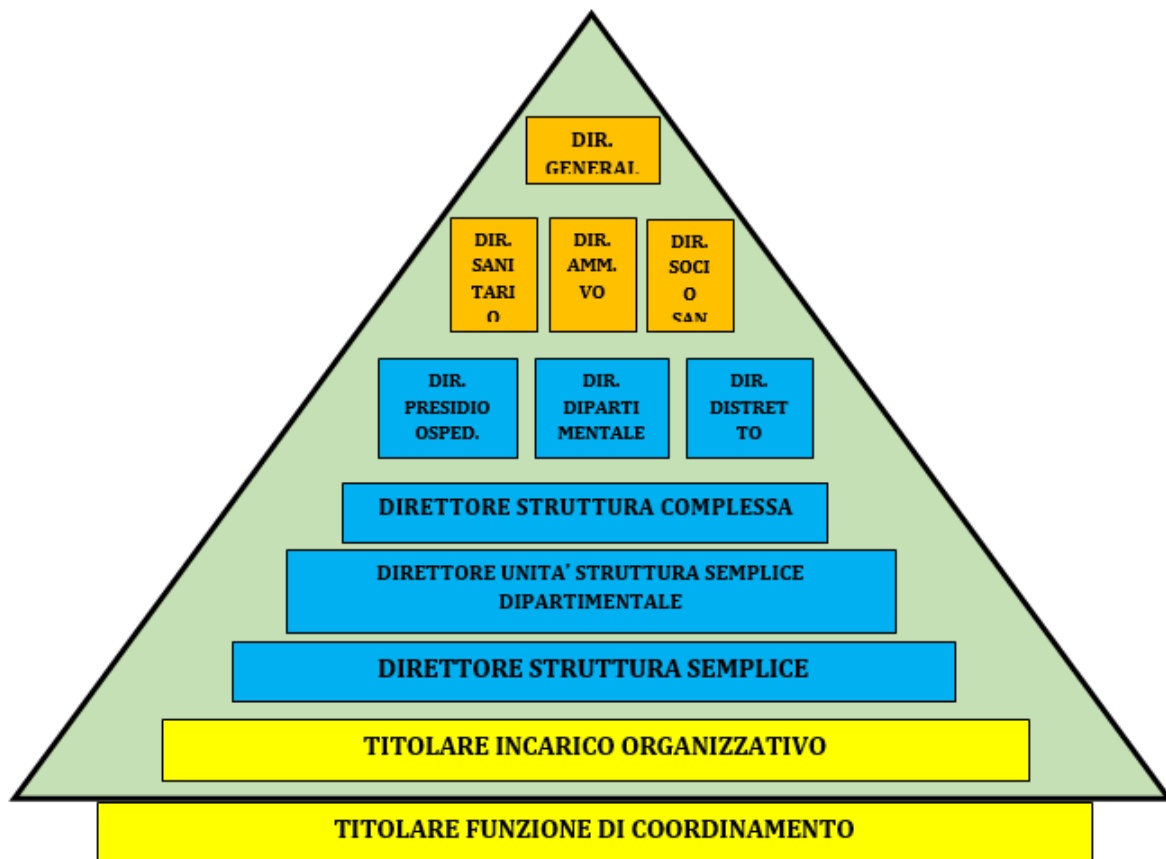
- I Dipartimenti;
- Le strutture complesse;
- Le strutture semplici a valenza dipartimentale e le strutture semplici articolazione di Struttura Complessa;
- Altre articolazioni organizzative (servizi, settori, uffici) a cui è attribuita la responsabilità di attività che non richiedono combinazione di mezzi, persone o contenuti gestionali tali da giustificare l'istituzione di una struttura organizzativa;
- Il Presidio Ospedaliero Unico;
- I Distretti.

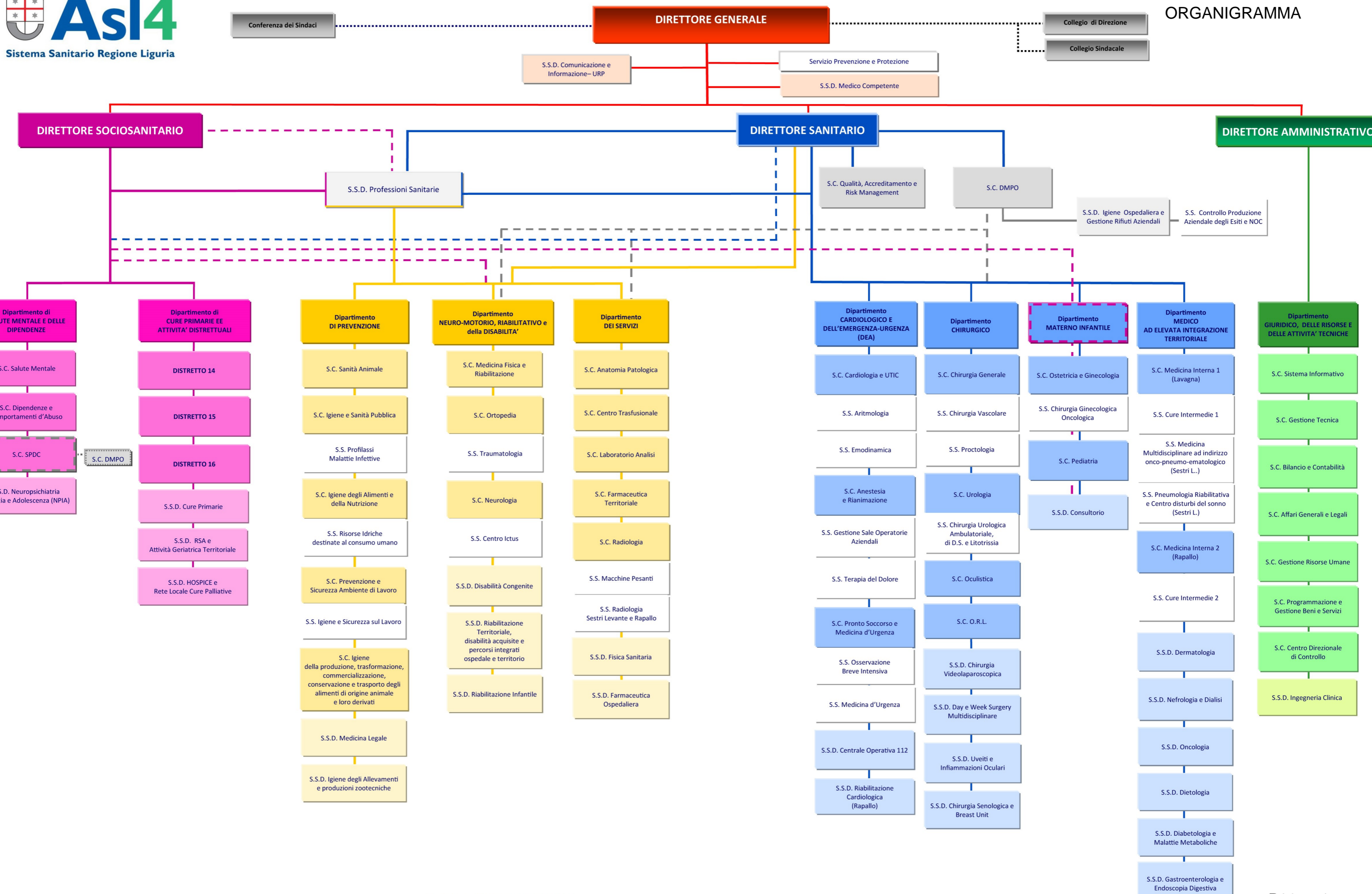
L'organigramma di Asl4 attualmente vigente (come rappresentato in allegato 1), si articola in strutture organizzative per le seguenti aree e funzioni:

- STRUTTURE IN STAFF AL DIRETTORE GENERALE;
- STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA;
- AREA TERRITORIALE (Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze);

- AREA OSPEDALIERA (Dipartimento Cardiologico e dell’Emergenza-Urgenza (DEA), Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Medico ad elevata integrazione territoriale);
- AREA DELL’INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Neuro-Motorio, Riabilitativo e della Disabilità, Dipartimento dei Servizi);
- AREA AMMINISTRATIVA (Dipartimento Giuridico, delle Risorse e delle Attività Tecniche).

Figura 1: livelli di responsabilità organizzativa





Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE



P07 – PERFORMANCE E BUDGET

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del piano e attori del processo.....	4
Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche	6
Il format della scheda di budget	7
Obiettivi/indicatori legati all'efficienza	8
Obiettivi/indicatori legati all'efficacia	9
Seconda fase di monitoraggio e valutazione del Budget, responsabilità e tempistiche	12
Revisione secondo l'approccio di Lean Management del percorso di budget, della struttura della scheda di budget e delle modalità organizzative.....	13

Premesse

Il Processo di Budget è un percorso attraverso il quale la direzione orienta, misura e valuta la performance organizzativa e, assieme ad altri strumenti di valutazione, la performance individuale del personale dipendente.

L'ASL4, per guidare la propria gestione, si dota di un sistema multilivello di condivisione delle strategie che permette di diffondere a tutto il personale dipendente, con modalità diverse, le linee di sviluppo pluriennali e gli obiettivi annuali individuati dalla Direzione Strategica, così da coordinare l'attività nella ricerca del miglioramento continuo nel rispondere ai bisogni di salute in un'ottica di sicurezza, qualità, efficienza, efficacia ed economicità e di valorizzazione del capitale umano. Il Processo di Budget rappresenta lo strumento principale di tale sistema di diffusione:

- a livello aziendale il Processo di Budget permette la traduzione delle strategie pluriennali definite dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, nonché quelle definite aziendalmente, in obiettivi annuali e l'allocazione delle risorse disponibili, in un contesto caratterizzato da una domanda di prestazioni in crescita ed in evoluzione a fronte di un livello di risorse disponibili stabili o in riduzione;
- a livello di singola articolazione aziendale il Processo di Budget è un momento di esplicitazione degli obiettivi in coerenza con le strategie aziendali, e di responsabilizzazione sui livelli di attività qualitativi/quantitativi in coerenza con le risorse assegnate.

Obiettivi del piano e attori del processo

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per l'esercizio 2023, i criteri di definizione degli obiettivi aziendali e le modalità per declinare tali obiettivi ai diversi livelli dell'organizzazione aziendale (Distretti, Dipartimenti, SC-SSD, dirigenza e comparto), le responsabilità, modalità e tempistiche di proposta, discussione e sottoscrizione, monitoraggio e aggiornamento, valutazione degli obiettivi di Budget.

La volontà è, in linea con il piano strategico di sviluppo aziendale e nelle more dell'adozione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale, quella di evolvere il percorso di Budget, in un sistema più tempestivo di declinazione delle linee di indirizzo regionali e aziendali, nonché di dare maggiore rilievo al percorso di efficientamento delle attività, necessario in un sistema a risorse di capitale umano e strumentale "definito" e con una domanda di salute in crescita.

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'ASL4. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel Processo di Budget:

- Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- Comitato di Budget (supportato dai responsabili del monitoraggio degli obiettivi);
- Responsabili dei Centri di Responsabilità (CDR) e i Direttori di Dipartimento;
- Centro Direzionale di Controllo;
- OIV/NVP.

Comitato di Budget: si tratta di un gruppo multidisciplinare individuato dalla Direzione Strategica, costituito da professionalità che partecipano attivamente, ciascuno per il proprio ruolo, al Processo di Budget. In genere può essere composto da uno o tutti i Direttori di Direzione Strategica, da alcuni dei responsabili delle strutture di Staff della Direzione con particolare conoscenza trasversale dell'organizzazione aziendale. Il Comitato supporta la Direzione Strategica, in particolare nella fase di monitoraggio degli andamenti rispetto agli obiettivi attesi.

Centro di Responsabilità (CDR): è il livello organizzativo delle articolazioni aziendali cui vengono assegnati gli obiettivi di budget; sono in genere individuabili in quanto hanno la gestione di risorse umane, produttive, economiche e/o tecnologiche definite. Nello specifico vengono di norma individuati come Centri di Responsabilità in ASL4:

- Strutture Complesse afferenti ai Dipartimenti;
- Strutture Semplici a valenza Dipartimentale afferenti ai Dipartimenti;
- Strutture di Staff delle Direzioni, siano esse Strutture Complesse o Semplici non afferenti a Strutture Complesse;

le Strutture Semplici afferenti a Strutture Complesse non sono invece, di norma, considerate CDR autonomi e quindi assegnatarie di uno specifico budget. In coerenza con l'evoluzione dell'organizzazione, che sta orientando sempre di più la gestione delle attività per processi

trasversali a più UUOO/Dipartimenti/Direzioni, la Direzione Strategica potrà individuare ulteriori CDR con modalità che derogano da quanto visto sopra.

Al fine di rendere coerente il processo di budget con eventuali modifiche dell'organizzazione aziendale, la lista dei CDR viene definita ad inizio del processo, ma potrebbe avere modifiche anche in corso d'anno. Per ogni CDR possono essere individuati uno o più livelli di centri di costo / centri di ricavo che permettono la rilevazione delle attività e delle risorse con maggiore dettaglio rispetto al livello di contrattazione di budget.

OIV/NVP: è l'organismo costituito da componenti esterni all'azienda, secondo i criteri previsto da normativa nazionale e regionale; ad esso sono affidati, all'interno del Processo di Budget, i seguenti compiti:

- Verifica dell'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'ente di appartenenza, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- Verifica del rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale;
- Valutazione della la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance.

Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche

Dato atto dell'inevitabile disallineamento temporale che intercorre tra la disponibilità di dati di chiusura d'esercizio (relativamente sia ai costi che ai volumi di attività erogati) nonché alle indicazioni per la definizione del bilancio di previsione, oltre che alla individuazione degli obiettivi di valutazione delle Aziende da parte di Regione Liguria, la Direzione ha ritenuto necessario, in una prima fase di definizione del budget, anticipare (basandosi su stime legate agli andamenti storici) gli obiettivi ed i vincoli per l'anno, così da permettere la definizione di un primo nucleo di obiettivi, che potranno avere un orizzonte effettivo di 12 mesi per essere perseguiti e raggiunti. In particolare il processo di definizione degli obiettivi per l'ANNO N deve vedere queste fasi:

- settembre – ottobre ANNO N-1 (Centro Direzionale di Controllo – Gestione Risorse Umane): raccolta ed armonizzazione dei dati storici (volumi di produzione, costi ed FTE del personale dipendente e non, costi diretti di beni e servizi);
- ottobre ANNO N-1 (Direzione Strategica – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): stima degli obiettivi di volume e dei limiti di spesa aziendali, in base ad andamenti storici – stima della % di copertura dei costi indiretti e generali;
- ottobre ANNO N-1 (Centro Direzionale di Controllo): in base ai dati storici di erogazione/costo/efficienza, definizione di una scheda di budget legata ai principali obiettivi individuati a livello strategico;
- 15 novembre ANNO N-1 (Direzione Strategica): valutazione dei limiti di spesa in coerenza con gli obiettivi di produzione, definizione delle azioni eventualmente necessarie per rendere coerenti volumi di attività previsti, capitale umano e costi di produzione;
- novembre-dicembre ANNO N-1 (Centro Direzionale di Controllo): predisposizione delle schede di budget secondo le indicazioni della Direzione Strategica
- gennaio ANNO N (Direzione Strategica): valutazione della proposta di schede di budget
- gennaio – aprile ANNO N: integrazione della scheda di budget definite nella prima fase con obiettivi di tipo quali/quantitativo discendenti dagli obiettivi aziendali assegnati da Regione, dall'andamento di indicatori PNE/MES di performance/outcome, obiettivi legati a processi di innovazione e riorganizzazione, ecc. valutazione condivisa con Dipartimenti e CDR delle schede, modifica e sottoscrizione.

Il format della scheda di budget

Di seguito i format generale della scheda di budget

CDR: XXX						
				RESP. CDR: DR xxx	PUNTEGGIO assegnato dopo la contrattazione	
Sigla Indicatori	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2023	NOTE	Responsabile	Diligenza	Comparto
Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA')						
VPR	Vincolo di Produzione Ricoveri (VPR): è dato dal tariffato complessivo dei pazienti dimessi, in regime ordinario e DH.	€ XXX				
VPS	Vincolo di Produzione Specialistica (VPS): è dato dal tariffato complessivo delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Esterni erogate dalla struttura comprensivo di DSA	€ XXX				
VPR+VPS	Totale tariffato					
VPI	Volume di Produzione per Interni (VPI): è dato dalla tariffazione FITTIZIA delle prestazioni fornite ad altri CDR per pazienti interni	DATO RAPPRESENTATO A LIVELLO STATISTICO NON SOGGETTO AD OBIETTIVO DI BUDGET				
VPPS	Volume di Produzione per Interni (VPPS): è dato dalla tariffazione FITTIZIA delle prestazioni fornite al Pronto Soccorso	DATO RAPPRESENTATO A LIVELLO STATISTICO NON SOGGETTO AD OBIETTIVO DI BUDGET				
VPV	Volume di Produzione per Altre prestazioni non tariffate (VPV): è dato dalla tariffazione FITTIZIA di altre prestazioni diverse da quelle per interni e di PS	DATO RAPPRESENTATO A LIVELLO STATISTICO NON SOGGETTO AD OBIETTIVO DI BUDGET				
VPR+VPS+VPI+VPPS	Totale tariffato + non tariffato					
VS1	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Sanitari	€ XXX				
VS2	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Non Sanitari	€ XXX	DA VALUTARE SE METTERE A BUDGET IN FUNZIONE DI IMPORTI, EFFETTIVA GESTIONE			
VS3	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Servizi tenuto conto dei possibili risparmi derivanti dalle gare regionali..	€ XXX	DA VALUTARE SE METTERE A BUDGET IN FUNZIONE DI IMPORTI, EFFETTIVA GESTIONE			
VSPD	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa relativa al personale dipendente in dotazione al CDR	DATO RAPPRESENTATO A LIVELLO STATISTICO NON SOGGETTO AD OBIETTIVO DI BUDGET				
VSPND	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa relativa al personale non dipendente in dotazione al CDR (contrattisti, interinali, turni di cooperativa, ecc.)	DATO RAPPRESENTATO A LIVELLO STATISTICO NON SOGGETTO AD OBIETTIVO DI BUDGET				
VS+VSPD+VSPND	Totale vincolo di spesa Beni e Servizi + Personale					
TSR	Tetto di Spesa Prestazioni Radiologia (TSR): rappresenta il tariffato per le prestazioni di Radiologia richieste per utenti ricoverati (interni)	€ XXX				
TSL	Tetto di Spesa Prestazioni Laboratorio (TSL): rappresenta il tariffato per le prestazioni di Laboratorio Analisi richieste per utenti ricoverati (interni)	€ XXX				
TSP	Tetto di Spesa Prestazioni Per Interni diverse da RAD e LAB (TSP): rappresenta il tariffato per le prestazioni di Laboratorio Analisi richieste per utenti ricoverati (interni)	€ XXX				
TOTALE parziale						
Processo Interno: OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO						
DEFINITI IN SECONDA FASE						
TOTALE parziale						
Prospettiva del paziente: AREA DELL'EQUITA' E TRASPARENZA (OBIETTIVI DI TUTELA)						
DEFINITI IN SECONDA FASE						
TOTALE parziale						
Innovazione e apprendimento: AREA DELL'INNOVAZIONE E FORMAZIONE						
DEFINITI IN SECONDA FASE						
TOTALE parziale						
AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET						
DEFINITI IN SECONDA FASE						
TOTALE parziale						
NOTA:						

La scheda di budget di configura in tre principali sezioni:

- AREA DELL'EFFICIENZA (obiettivi economici e di attività)
- AREA DELL'EFFICIENZA (obiettivi di governo clinico, equità, innovazione e formazione)
- AREA DI SBARRAMENTO (in cui sono inseriti obiettivi su indicatori di performance ritenuti "basilari" e che quindi, se non conseguiti comportano la decurtazione parziale o totale della valutazione conseguita con le prime due sezioni)

Ogni obiettivo/indicatore della scheda di budget deve riportare le modalità di calcolo/valutazione/rendicontazione, il target atteso per l'anno, se possibile almeno un valore storico di riferimento, dando evidenza delle eventuali altre articolazioni aziendali coinvolte nel conseguimento dell'obiettivo di performance.

Dando atto che la performance complessiva di CDR viene conseguita quando tutta l'equipe (personale dirigente e del comparto) viene coinvolta nel perseguimento degli obiettivi, ove possibile si ricorre ad una scheda comune ai diversi livelli organizzativi che compongono il CDR (es. Direttore, Dirigenti Medici, Dirigenti Sanitari non Medici, Coordinatore Infermieristico, Personale Infermieristico, OSS e Ausiliari, Personale Amministrativo) dando evidenza del differente apporto al conseguimento del singolo indicatore attraverso l'assegnazione di pesi diversi agli obiettivi in riferimento alla singola figura di equipe. La somma dei pesi degli obiettivi deve essere pari a 100% per ogni figura professionale.

Obiettivi/indicatori legati all'efficienza

Al fine della definizione iniziale degli obiettivi a livello aziendale, legati al volume dell'attività e ai vincoli di costo, sono individuati i seguenti VALORI, che possono essere considerati TARGET di obiettivi o VINCOLI correlati alla capacità:

- VOLUMI DI ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA;
- VOLUMI DI ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE;
- ALTRI VOLUMI DI ATTIVITA' (es. DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, ATTIVITA' ORGANIZZATIVO-AMMINISTRATIVE);
- COSTO DEL PERSONALE: personale dipendente, personale acquisito con altre modalità;
- COSTI DI BENI E SERVIZI (sanitari e/o non sanitari);
- COSTO PER CONSULENTE/ESAMI PER INTERNI.

Si correlano a tali valori, indicatori legati all'efficienza dei processi di cura, quali il mantenimento/riduzione della degenza media parametrata al mix DRG, i tempi di attivazione delle prestazioni ADI a seguito di dimissioni, ecc. nonché di efficienza quali il mantenimento/miglioramento dell'indice di rotazione delle scorte, l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto/biosimilari, ecc.

Nella tabella 1 sono elencati gli indicatori che, storicamente o come nuova introduzione per il 2023, saranno oggetto di valutazione per le equipe.

Tabella 1: indicatori di performance – area efficienza

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICIENZA	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPR	Vincolo di Produzione Ricoveri (VPR): è dato dal tariffato complessivo dei pazienti dimessi, in regime ordinario e DH.	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPS	Vincolo di Produzione Specialistica (VPS): è dato dal tariffato complessivo delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Esterni erogate dalla struttura	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPST	Vincolo di Produzione Strategico: Ricovero e cura (VPST MDC): dato dal tariffato della produzione incrementale di MDC specifici / Ambulatoriale (VPST AM): dato dal tariffato della produzione incrementale di tipo ambulatoriale richiesta da ALISA	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VP	Vincolo di Produzione complessivo Dipartimento Prevenzione	
	VINCOLI DI COSTO	CMU	Costo Medio Unitario (CMU): Rappresenta il Costo dei beni sanitari (Gruppo 120) per ogni 100 Euro di tariffato complessivo (Ricoveri e Specialistica).	
	VINCOLI DI COSTO	VS	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Sanitari (Gruppo 120) tenuto conto dei possibili risparmi derivanti dalle gare regionali.	
	VINCOLI DI COSTO	VS1	Vincolo di spesa (Assistenza resid. e semiresid.) Disabili, NPIA, Anziani	
	VINCOLI DI COSTO	VS6B	Vincolo di spesa Convenzioni per assistenza riabilitativa tossicodipendenti / malati disturbi mentali	
	VINCOLI DI COSTO	DDH	Distribuzione diretta Farmaci H e ad alto costo SERT.	
	VINCOLI DI COSTO	VIM	Valorizzazione dell'immobilizzo di Magazzino al 31/12 rispetto al valore del consumato dell'anno.	
	VINCOLI DI COSTO	STA	Spesa per trasporto in ambulanza. Al netto dei trasporti autorizzati dalla fisioterapia	
VINCOLI DI COSTO	SFC	Spesa farmaceutica pro capite (convenzionata)		

Obiettivi/indicatori legati all'efficacia

In questa sezione della scheda di budget confluiscono gli indicatori “qualitativi” che misurano la qualità di output ed outcome. Numerosi sono gli indicatori sviluppati esternamente che misurano (con eventuali proxy) l'efficacia del sistema “salute”, tra questi ricordiamo a solo titolo di esempio gli indicatori del Programma Nazionale Esiti, finalizzati ad una valutazione (e orientamento delle azioni di miglioramento) dell'efficacia delle cure.

Nella tabella 2 sono elencati gli indicatori che, storicamente o come nuova introduzione per il 2023, saranno oggetto di valutazione per le equipe.

Tabella 2: indicatori di performance – area efficacia

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA Chiavari con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni	<=11,0%
	GOVERNO CLINICO	B28.3.10	Ammissioni in RSA (Mantenimento) per over 65	>=9,38%
	GOVERNO CLINICO	C8b.1	Tasso di accesso al PS per 1000 residenti std per età e sesso	<330 (performance buona)
	GOVERNO CLINICO	C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	1,4% obiettivo regionale < 1,25% obiettivo ASL4
	GOVERNO CLINICO	C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	<155

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)	<15
	GOVERNO CLINICO	C2a	Indice di performance degenza media per acuti	-0,43 Da valutare il peso dei pazienti urgenti
	GOVERNO CLINICO	C4.7	obiettivo bersaglio Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)	75% Monitoraggio a 6 mesi
	GOVERNO CLINICO	H17C	Tagli cesarei primari / Tot parti	<15%
	GOVERNO CLINICO	C5.1	Ricoveri ripetuti entro 30 gg per stessa MDC	Riduzione rispetto al dato 2019 o mantenimento se il valore è al di sotto della media aziendale Dato aziendale: 4,40%
	GOVERNO CLINICO	C10.2.1	% di interventi conservativi alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	Valutazione ottima > 80%
	GOVERNO CLINICO	C10.2.2	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento conservati	75%
	GOVERNO CLINICO	APP	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	12%
	GOVERNO CLINICO	REG1	% ricoveri fuori soglia per DRG>2gg in soggetti over 65 (esclusi i ricoveri COVID)	<4%
	GOVERNO CLINICO	REG2	Degenza media area medica, STD per DRG trimmata a SX per ricoveri inferiori a 2gg	<9 gg
	GOVERNO CLINICO	C15a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per azienda di erogazione	<2% (valutazione buona)
	GOVERNO CLINICO	C15a.5a	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni.	stare al di sotto della media regionale : 331,64 (dato 2020)
	GOVERNO CLINICO	C15a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni.	stare al di sotto della media regionale: 148,86 (dato 2020)
	GOVERNO CLINICO	D27C	% di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in SPDC (Cod. MES C15A.13A).	Dato MES 2018 ASL 4: 8,25 Dato MES 2020 ASL 4: 10,38 Dato MES 2021 ASL4: 9,23 Dato MES 2018 Regione Liguria: 7,78 Obiettivo 2021: <= 6,5%
	GOVERNO CLINICO	P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Screening mammo: >=60% Screening cervice uterina: >=50% Screening colo-rettale: >=50%
	GOVERNO CLINICO	B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani (>=65 anni)	>64% (performance media)
	GOVERNO CLINICO	B7.4	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>=30% in sinergia col Medico Competente, DMPO Distretti e Professioni Sanitarie.
	GOVERNO CLINICO	B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcica nel bambino al 24° mese di vita.	>90%
	GOVERNO CLINICO	B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcica nel bambino al 24° mese di vita.	>90%
	GOVERNO CLINICO	F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	7,75%
GOVERNO CLINICO	F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	65	
GOVERNO CLINICO	F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	56	
GOVERNO CLINICO	Cerebro	Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	Mortalità <=10%	

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	C16.10	Riduzione degli accessi ripetuti al PS.	Valore dell'indicatore < 5,30. Verrà comunque valutato il posizionamento nell'ambito delle fasce definite dal Laboratorio Mes.
	GOVERNO CLINICO	C16.1.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 2 ARANCIONE visitati entro 15 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	C16.2.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 3 AZZURRO visitati entro 60 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	C16.2.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 4 VERDE visitati entro 120 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	ARU	108 DRG Patto della Salute 2008 - 2010	non oltre 500 ricoveri ordinari urgenti da Ps ad alto rischio di inappropriatazza
	GOVERNO CLINICO	Cardio	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore.	>69%
	GOVERNO CLINICO	Cardio	Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	8,50%
	GOVERNO CLINICO	C5.2	Fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione: incremento dell'indicatore.	80%
	GOVERNO CLINICO	CPC	N° Casi presi in carico complessivo. (NPIA, Disabili)	
	AREA EQUITA' E TRASPARENZA	TDA	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali	Garantire i seguenti tempi secondo le seguenti classi di priorità: B (breve): entro 10 gg - 95% delle prestazioni D (differibile): entro 30 gg per visite e entro 60 gg per accertamenti diagnostici - 95% delle prestazioni Rilevazione del tempo di attesa (ex post): è data dalla differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della prenotazione calcolata in giorni solari.

Tali indicatori di performance efficienza/efficacia, potranno essere integrati nella scheda di budget con obiettivi/indicatori che misurano l'apporto delle articolazioni aziendali nel conseguimento degli "obiettivi strategici" definiti in applicazione al presente PIAO e a quanto individuato come progetti nelle sue sotto-sezioni, in ragione della misurabilità, della coerenza con gli orizzonti temporali di programmazione e con la correlazione tra responsabilità / capacità del CDR di incidere nel conseguimento degli obiettivi.

Seconda fase di monitoraggio e valutazione del Budget, responsabilità e tempistiche

In corso d'anno sono numerosi i fattori che possono portare al disallineamento tra andamento atteso e risultato conseguito. Il tempestivo e puntuale monitoraggio degli obiettivi consente di:

- Individuare anticipatamente questi trend, ponendo in atto le eventuali azioni correttive da parte del singolo CDR, ove possibile, o da parte dell'organizzazione
- Monitorare i risultati delle azioni correttive e/o nel caso di target non più conseguibili per fattori endogeni e/o esogeni (quali ad esempio criticità di risorse, innovazioni normative) procedere alla rimodulazione dell'obiettivo e/o alla sostituzione con un nuovo target.

-

In particolare il processo di monitoraggio degli obiettivi per l'ANNO N deve vedere queste fasi:

- aprile-dicembre ANNO N (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): monitoraggio degli andamenti degli indicatori, segnalazione dei risultati intermedi ai CDR e confronto attivo sui risultati non a target;
- aprile-dicembre ANNO N (Direzione Strategica – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): valutazione degli andamenti economici e definizione di eventuali politiche correttive;
- settembre ANNO N (Centro Direzionale di Controllo - CDR): segnalazione anticipata di eventuali obiettivi/indicatori non conseguibili, non più attuali o comunque da stralciare o aggiornare – monitoraggio intermedio;
- gennaio-aprile ANNO N+1 (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): pre-valutazione di livello di raggiungimento degli obiettivi
- gennaio – maggio ANNO N+1: (Centro Direzionale di Controllo – CDR– Referente dei singoli obiettivi di budget) confronto sugli indicatori non a target e valutazione delle motivazioni di mancato raggiungimento
- giugno ANNO N+1 (Nucleo di Valutazione – OIV) certificazione del livello di raggiungimento di performance di equipe per i casi di valutazione concordata tra CCD-CRD, valutazione di secondo livello per equipe con livelli di performance non sufficienti (< 60%).

Il processo di budget, come tutti i processi organizzativi, ha periodicamente necessità di essere rivalutato ed aggiornato, in un processo di miglioramento continuo, per verificare che lo strumento sia coerente con gli obiettivi da conseguire, e non diventi sostituto del fine ultimo per cui è stato definito.

In tale ottica, anche in applicazione all'innovazione implementata nel processo di programmazione strategica a medio termine con l'introduzione del PIAO, si definisce il seguente progetto di miglioramento del percorso di budget di Asl4.

LINEA DI SVILUPPO	
Performance e budget	
PROGETTO – nuova implementazione	
Revisione secondo l'approccio di Lean Management del percorso di budget, della struttura della scheda di budget e delle modalità organizzative	
Razionale	Parte del tempo dedicato da tutte le articolazioni aziendali in tutte le fasi del processo di budget risulta “NON A VALORE” comportando sprechi quali attese inutili, rilavorazioni, errori e sovrapproduzione. IL progetto si pone quindi come obiettivo l'analisi di alcune delle fasi rilevate come “critiche” e un ripensamento nell'ottica SIA di rendere più fluido il processo di budget SIA più coerente ed a supporto del processo di aggiornamento del PIAO.
Soggetti coinvolti	SC Centro Direzionale di Controllo – SC Distretti 14-15-16 – SC Direzione Medica di Presidio – SSD Professioni Sanitarie – SC Qualità Accreditamento e Risk Management – alcune articolazioni aziendali destinatarie di budget (sanitarie ed amministrative)
Tempi di realizzazione	2023-2024
Azioni	Azione 2023: revisione della fase di processo legata all'acquisizione degli obiettivi trasversali (modalità tempistiche e strumenti) Azione 2023-2024: revisione delle modalità di “assemblaggio” delle schede di budget (attualmente in xls) Azione 2024: revisione delle modalità di monitoraggio intermedio e trasmissione di feedback e rivalutazione degli obiettivi in corso d'anno
Indicatori e target	Indicatore 2023: entro novembre 2023 definizione condivisa nuovi strumenti di raccolta degli obiettivi/indicatori/target da parte dei referenti del monitoraggio obiettivi Indicatore 2024: definizione della scheda di assegnazione obiettivi E di monitoraggio intermedio e raccolta dei feedback intermedi e finali, ripensata per evitare rilavorazioni (copia-incolla) di dati, informazioni e relazioni.
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**



VP03 – ENGAGEMENT DEL PAZIENTE E ONE HEALTH

**P08 – LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA NELLE
RELAZIONI DI CURA E L'ENGAGEMENT DEL
PAZIENTE**

Sommario

Premesse	3
Partecipazione alla co-pianificazione strategica aziendale	4
Partecipazione alla realizzazione dei progetti di presa in cura	5
Partecipazione alla formazione sulle Medical Humanities dei pazienti caregiver e operatori sanitari, secondo livelli specifici per target.....	8

Premesse

L'umanizzazione delle relazioni di cura - intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica – è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

AGENAS su, tale fronte, ha sviluppato un Programma partecipato per il miglioramento continuo del grado di umanizzazione con la collaborazione dei Cittadini e di tutte le Regioni/Pa, attraverso gli esperti del gruppo interregionale sull'empowerment del paziente. Il Programma AGENAS prevede che professionisti delle strutture sanitarie e cittadini partecipino insieme a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento: dalla costruzione degli strumenti di valutazione, alla rilevazione dei dati, per arrivare all'analisi dei risultati ottenuti ed alla definizione/implementazione e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento.

Nel solco delle indicazioni AGENAS, ASL4 ha inserito nella strategia aziendale alcuni specifici obiettivi, da sviluppare con interventi annuali, al fine di sviluppare la cultura della centralità della persona nelle relazioni di cura e l'engagement del paziente e del caregiver, secondo le tre linee di sviluppo:

- Partecipazione alla co-pianificazione strategica aziendale;
- Partecipazione alla realizzazione dei progetti di presa in cura;
- Partecipazione alla formazione sulle Medical Humanities dei pazienti caregiver e operatori sanitari, secondo livelli specifici per target.

Linea A	Partecipazione alla co-pianificazione strategica aziendale
Soggetti coinvolti e attività in corso	<p>Organizzazioni sindacali confederali: siglato accordo quadro con delibera n. 423 del 04/08/2022</p> <p>Confindustria: siglato accordo per il programma di screening e prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle aziende associate a Confindustria.</p> <p>Federfarma: delibera 696 del 20/12/2022 in corso di approvazione accordo quadro per la promozione di corretti stili di vita e campagne di salute</p> <p>Forum Terzo Settore: delibera n. 491 del 15/09/2022 e accordi operativi di integrazione gestionale nei servizi sociosanitari volti a rispondere ai bisogni delle persone fragili tra il Dipartimento di Salute Mentale e la Struttura Disabilità congenite dell'Asl 4 e quattro Enti del terzo settore territoriale: il Villaggio del Ragazzo, l'Anfass Rapallo, le cooperative Un'Occasione e Il Sentiero di Arianna.</p> <p>Associazioni Trasporto malati: siglato accordo quadro con delibera n. 34 del 27/01/2023 per la collaborazione in iniziative di promozione della salute</p> <p>Associazioni di Volontariato sociosanitario: siglato accordo quadro con delibera n. 80 del 10/02/2023 e successivi atti specificativi. Prevista l'apertura delle case del volontario all'interno di ogni polo ospedaliero.</p>
Soggetti da coinvolgere e attività da svolgere	<p>Comuni;</p> <p>Scuola;</p> <p>Chiesa;</p> <p>Confcommercio</p>

Linea B	Partecipazione alla realizzazione dei progetti di presa in cura
<p>Soggetti da coinvolgere e attività da svolgere</p>	<p>Tempo di cura: Formazione di base finalizzata al rinforzo e all'implementazione di tecniche comunicative che favoriscano - il miglior adattamento possibile del paziente e dei caregiver alle condizioni di malattia e - lo sviluppo di una cultura relazionale comune. Destinatari: associazioni presenti sul territorio Modalità e tempi: 2 laboratori da 4 ore ciascuno</p> <p>Stili di cura: Formazione esperienziale finalizzata all'acquisizione di uno stile relazionale comune, funzionale alla - promozione dell'engagement del paziente - all'acquisizione di specifiche competenze per la trasformazione dei conflitti in opportunità di crescita - allo sviluppo di una cultura proattiva rispetto alle problematiche emergenti Destinatari: infermieri ed oss. Tutti i reparti dell'Asl 4 4 moduli da 4 ore ciascuno (primo avvio in un contesto target).</p> <p>Cura nelle cure: - Verifica ed eventuale supporto nella costruzione di percorsi di dimissioni protette nelle varie realtà ospedaliere finalizzati al garantire la continuità assistenziale.</p> <p>- supporto nella costruzione di gruppi di mutuo aiuto in specifiche categorie d'utenza.</p> <p>- Attivazione sportello counseling per associazioni.</p> <p>Donazioni nelle cure - Valorizzazione e promozione del volontariato attraverso laboratori specifici dedicati alle narrazioni guidate. Pubblicazione e divulgazione del materiale prodotto al fine di sensibilizzare la popolazione all'attività di volontariato. Eventuale coinvolgimento liceo artistico Luzzati per la produzioni di immagini illustrative legate alle narrazioni. Soggetti coinvolti: volontari AVO/studenti 1 incontro di 4 ore a cadenza mensile PER VOLONTARI/ 2 INCONTRI STUDENTI/ 1 EVENTO FINALE APERTO ALLA POPOLAZIONE Durata 1 anno dall'avvio.</p>
<p>Soggetti coinvolti e attività in corso</p>	<p>- Tempo di cura: 1. Instaurazione del dialogo fiduciario nel tempario di cura 2. Narrazione agevolata paziente 3. Informazione garantita: In pronto soccorso è presente un educatore professionale che agevola e facilita la comunicazione tra degenti e parenti e sostiene il degente.</p> <p>- Luoghi di cura:</p>

1. Interventi nelle sale d'attesa con l'obiettivo di migliorare l'accoglienza degli utenti anche in senso logistico alberghiero;
 2. Redazione di apposita cartellonistica chiara e comprensibile agli utenti, evitando sovrapposizioni;
 3. progettazione ambienti umanizzata
- Stili di cura:**
- 1 Monitoraggi con questionari di qualità percepita ai pazienti, ai parenti e agli utenti in generale: i questionari vengono somministrati con cadenza annuale e secondo un criterio di rotazione tra i reparti.
 2. Effettuazione di audit periodici con gli operatori sanitari: vengono effettuati audit periodici con la collaborazione della SC Qualità e Accreditamento;
 3. Verifica del rispetto e del raggiungimento degli standard previsti da Accreditation Canada tramite l'analisi degli indicatori. Vengono effettuate riunioni periodiche di monitoraggio in vista della verifica finale.
- Percorsi di cura:**
1. Costruzione di Percorsi di Diagnosi Terapia e cura (PDTA) anche digitali in collaborazione con le associazioni di pazienti presenti sul territorio: esempi sono il percorso del diabete, del paziente polipatologico e del paziente con scompenso cardiaco;
 2. Implementazione di percorsi specialistici in Telemedicina: attività in corso di svolgimento oltre a quelli già presenti es diabetologia, cardiologia, paziente polipatologico, allergologia, dietologia, medicina fisica e riabilitativa;
 3. promozione di campagne di sensibilizzazione e prevenzione anche con le associazioni specifiche di settore: campagne di salute di prossimità svolte in collaborazione con le associazioni (es diabetici, Lions, Rotary) per costruzione e supervisione.
- Spiritualità nelle cure:**
1. implementazione del servizio di assistenza spirituale fornito dagli assistenti religiosi e volontari della diocesi di Chiavari;
 2. Potenziamento della rete relazionale di cure palliative e hospice.
 3. - inserimento strumento IPOS per valutazione bisogni assistenziali e la misurazione degli esiti nei pazienti di cure palliative (studio pilota in collaborazione con fondazione F.A.R.O).
- Donazioni nelle cure:**
1. Promozione di tutte le forme di partecipazione attiva alle cure
 2. Sviluppo di una cultura partecipativa alla cura dedicando parte del proprio tempo (volontariato formazione): organizzazione di eventi di formazione per i volontari su temi quali l'igiene delle mani, il corretto uso degli antibiotici.
- Emozioni nelle cure**
1. laboratori e eventi di arte terapia nelle diverse forme espressive Esperienze condotte dal Dipartimento di Salute Mentale con l'organizzazione di spettacoli teatrali e musicali;
 2. laboratori ed eventi specifici di Cinesoterapia, Teatrolgia e Musicoterapia: Esperienze condotte dal Dipartimento di Salute Mentale con l'organizzazione di spettacoli teatrali e musicali;

	<p>In entrambi i casi in collaborazione con le associazioni settoriali del territorio e con testimonial</p> <p>- Cura nelle cure:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Contatto telefonico con l'utente per effettuare prenotazioni e per ricordare le prenotazioni effettuate (Servizio di Recall regolarmente svolto e in corso di implementazione attraverso un servizio di messaggistica);2. Radicamento della Conciergerie di accoglienza dei pazienti relazionandosi con gli stessi, rispondendo alle richieste degli utenti, indirizzare le telefonate, coordinare gli spostamenti3. consolidamento percorso dimissioni protette ambito cardiologico. Sperimentazione effettuata 2021. Counseling telefonico al paziente dalla dimissione al primo controllo successivo finalizzato al supporto dell'aderenza terapeutica (gestione problematiche farmacologiche), supporto all'autocura (monitoraggio e supporto nel mantenimento di comportamenti finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio). <p>Risorse utilizzate: studenti 3 anno. 1 pomeriggio a settimana durante il tirocinio.</p>
--	--

Linea C	Partecipazione alla formazione sulle Medical Humanities dei pazienti caregiver e operatori sanitari, secondo livelli specifici per target
Soggetti coinvolti e attività in corso	<p>Pazienti: i pazienti sono stati coinvolti in un percorso di formazione e umanizzazione delle cure che si è svolto dal 17/04 al 21/04 alle Opere Pie devoto marini con la collaborazione della Scholas Occurrentes.</p> <p>Caregiver Formali e informali: formazione specifica in ambito comunicativo e relazionale</p> <p>Studenti delle professioni sanitarie e sociali: gli studenti sono stati coinvolti in un percorso di formazione e umanizzazione delle cure che si è svolto dal 17/04 al 21/04 alle Opere Pie Devoto Marini e al Polo Didattico di san Salvatore con la collaborazione della Fondazione Scholas Occurrentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto “promozione del benessere organizzativo” - Formazione in Master in infermiere di famiglia: finanziamento da parte di ASL 4 di n. 12 borse di studio erogate anno 2022/2023 <p>Operatori sanitari, amministrativi e sociali: Progetto di condivisione delle buone pratiche e lo sviluppo delle competenze dei professionisti: Stipula di protocollo di collaborazione con AOU Senese le Scotte per lo sviluppo delle competenze, il cambiamento organizzativo, il miglioramento delle performance e la conoscenza e condivisione di buone pratiche.</p>
Soggetti da coinvolgere e attività da svolgere	<p>Progetto “prendersi cura di chi si prende cura”</p> <p>3 assi azione: valorizzazione delle risorse umane e promozione dell’engagement - mappatura delle competenze extracurricolari degli operatori che ne fanno richiesta ed inserimento in data base aziendale. Formalizzazione del progetto in itinere “il tutoraggio agli studenti per promuovere il senso di appartenenza all’Azienda e sviluppare l’engagement negli studenti di infermieristica. Implementazione dei livelli di benessere organizzativo. Mappatura dei luoghi di salute attraverso specifici strumenti quali i resoconti legati alle esperienze percepite, le segnalazioni all’URP, questionari e focus group al fine di</p> <ul style="list-style-type: none"> -estrapolare modelli funzionali da esportare in realtà simili; - individuare le aree di miglioramento e co-progettare il cambiamento. - attivazione di laboratori esperienziali finalizzati all’acquisizione di tecniche di gestione dello stress (tecniche di rilassamento psico-fisico; tecniche cognitive). <p>sviluppo</p> <ul style="list-style-type: none"> - creazione data base tesi di ricerca ambito infermieristico allo scopo di individuare percorsi di miglioramento “situati” e condividere le conoscenze (abstracts) - promozione attività di ricerca-intervento nei luoghi di cura (ciclo del valore collaborazione CL infermieristica.

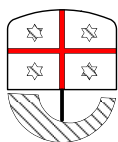
Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2023/2025

VP03 – ENGAGEMENT DEL PAZIENTE
E ONE HEALTH



P09 – PROGETTO “NUOVI AMBIENTI”
DIPARTIMENTO ECOSOSTENIBILE



**REGIONE
LIGURIA**
DIREZIONE CENTRALE
ORGANIZZAZIONE



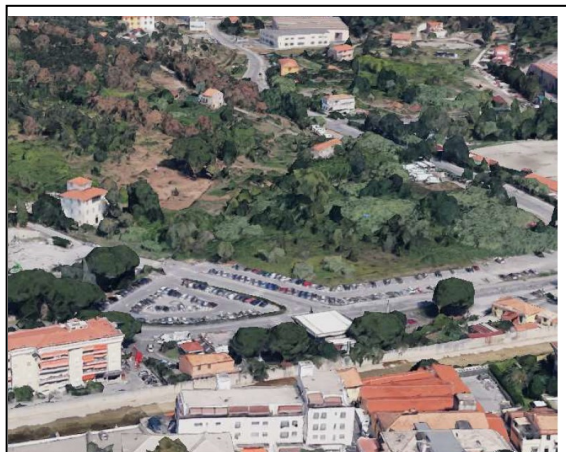
DIPARTIMENTO di PREVENZIONE “ONE HEALTH”

PROGETTO “NUOVI AMBIENTI”
Dipartimento Ecosostenibile.
REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di
DIPARTIMENTO di PREVENZIONE “ONE
HEALTH” in SITO VICINIORO all’AREA
OSPEDALIERA di SESTRI LEVANTE-
Finanziato da PNC- PRACSI
1° LOTTO FUNZIONALE

**PROGETTO di FATTIBILITA’
TECNICO-ECONOMICA**


Aspetti Architettonici, Funzionali ed Estimativi:
Dott. Ing. Francesco GORETTI
Dirigente Ingegnere – U.S.S. EDILIZIA SANITARIA 4- REGIONE LIGURIA

Aspetti Architettonici,
Dott. Arch. Matteo FAZIO
Libero Professionista Incaricato°



Elaborato:

PROGETTO di FATTIBILITA’ TECNICO-ECONOMICA

Codice Regionale		Pagina: 3 di 29	 Asl4 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA di SESTRI LEVANTE- Finanziato da PNC- PRACSI

1. INTRODUZIONE

Il presente documento è redatto ai sensi dell'art. 23, comma 4 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. e riguarda gli interventi di realizzazione di una nuova struttura per un **Dipartimento di Prevenzione Innovativo**, per un sistema sanitario resiliente e sostenibile che persegua, in una logica di rete, l'interconnessione con le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché con gli altri Enti del territorio di competenza, con l'obiettivo di fortificare la protezione della salute dei cittadini.

La realizzazione prevede, attraverso una filosofia di costruzione integralmente ecosostenibile, il rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi a livello locale, tramite il miglioramento delle infrastrutture, delle capacità umane e tecnologiche.

In questa direzione appare appropriata la collocazione del nuovo **Dipartimento di Prevenzione** in un'area fortemente connotata dalla presenza di presidi sanitari ed ospedalieri (**Polo Ospedaliero** a vocazione degenziale/riabilitativa e territoriale sede di Ospedale di Comunità, **Villa Laura** struttura da adibire a Casa di Comunità, e presenza della **Centrale Operativa Territoriale**) e dalla presenza molto forte di aree collinari a verde, che ne rendono gradevole la vista e la fruibilità degli spazi collettivi.

Codice Regionale		Pagina: 4 di 29	 Asl4 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

2. DESCRIZIONE dei LUOGHI

Il lotto oggetto di intervento è inserito in un più ampio comparto adibito a servizi pubblici sanitari (Polo Ospedaliero, e Villa Laura futura Sede del Distretto socio-sanitario) immersi in un'ampia cornice di verde che si estende dall'area pianeggiante in fregio a Via Arnaldo Terzi fino alla contigua collina, che procede con declivio molto dolce in direzione Nord.


Il terreno in questione ha orografia prevalentemente pianeggiante, con la porzione a nord che sale gradualmente verso la parte collinare retrostante, non ha particolari vincoli idrogeologici che ne impediscano la realizzazione di nuovi volumi, è ben asservito dalla viabilità urbana ed autostradale (il casello di Sestri Levante è posto a meno di 1 km dal sito), dai mezzi pubblici su gomma (la fermata dell'autobus è posta poco prima del sito su Via A.Terzi, e poco dopo (in fregio al vicino Ospedale) e su rotaia (la stazione ferroviaria è ad una distanza di poco meno di 1 km. dal sito).



3. TITOLO di GODIMENTO del BENE

Il terreno è di proprietà di **A.R.T.E. Genova** Ente Pubblico di natura economica e strumentale della Regione Liguria. Tale appezzamento ha già una destinazione urbanistica di indirizzo pubblico, quindi l'intervento proposto va nella direzione delle macro-previsioni dello Strumento Urbanistico Comunale.

Ad un sondaggio informale con l'amministrazione di A.R.T.E. Genova, quest'ultima ha manifestato la

Codice Regionale		Pagina: 6 di 29	 Asl4 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

disponibilità di alienare il bene per una destinazione di interesse pubblico.


4. DESCRIZIONE dei VINCOLI ESISTENTI

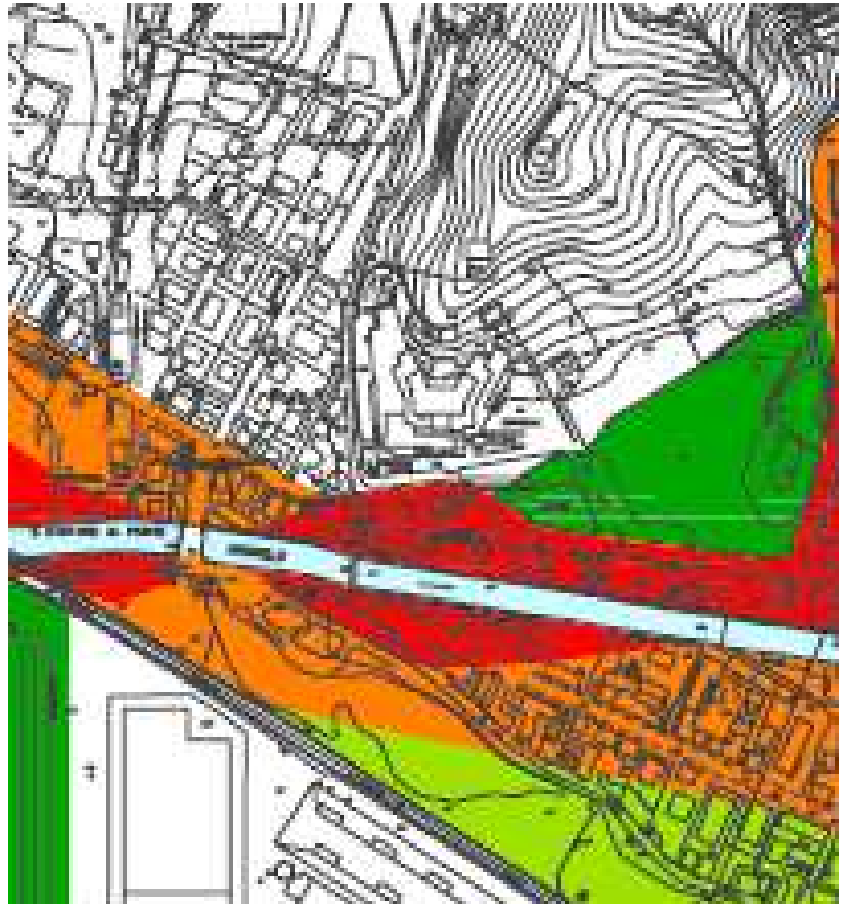
Il lotto oggetto di intervento è posto in zona periurbana del Comune di Sestri Levante, in fregio a Via Arnaldo Terzi e Via Villa Ragone (è collocato esattamente all'incrocio tra le due arterie comunali).

I vincoli gravanti sul suddetto terreno sono meglio descritte ai paragrafi successivi.

4.1 DATI CATASTALI

L'area oggetto di intervento è censita al Catasto Terreni al fg. **19** mapp.li **1503 e 1504** aventi consistenza complessiva di m². **6.922**. Il lotto in questione è meglio evidenziato nello stralcio della planimetria catastale sotto-riportata (con colorazione in giallo).


Codice Regionale		Pagina: 8 di 29	
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	



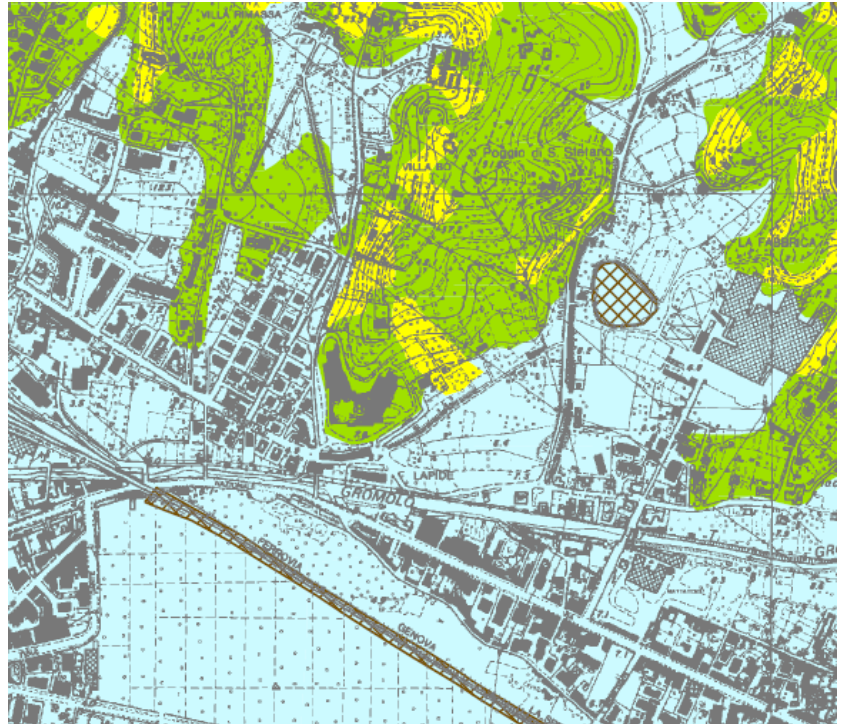
Mentre per quanto riguarda la pericolosità geologica l'area in questione si trova prevalentemente in fascia di suscettività al dissesto **Molto Bassa –Pg 0**.

In entrambi i casi la tipologia di intervento è compatibile con le prescrizioni contenute nelle norme di attuazione del Piano di Bacino stralcio **Ambito 17-Torrente Gromolo**.


Infatti per quanto riguarda la zonizzazione del Piano di Bacino stralcio- Ambito 17- TORRENTE GROMOLO, l'intervento di nuova costruzione è consentito “.. purchè realizzato con tipologie costruttive finalizzate alla riduzione della vulnerabilità delle opere e quindi

Codice Regionale		Pagina: 9 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

del rischio per la pubblica incolumità e coerenti con le azioni e misure di protezione civile previste dai Piani e dai Piani Comunali di protezione civile...".



Infine per quanto riguarda la zonizzazione del PUC, ultimo aggiornamento, il comparto in questione è zonato come **ART.38 - PP E OOPP "ZONE SOGGETTE A S.U.A. O PROGETTO DI OPERA PUBBLICA RIFERITE ALREGIME URBANISTICO PREVIGENTE"**, ed in particolare **"OOPP9-AR- PROGETTO DEFINITIVO PER LA COSTRUZIONE DELLA CASERMA PER IL COMANDO DELLA COMPAGNIA DEI CARABINIERI DI SESTRI LEVANTE E SUE PERTINENZE IN VIA A. TERZI EX Legge 1/78 Art.1 comma 4 Deliberazione di C.C. n. 87 del 23/08/1999"** come meglio evidenziato nello stralcio cartografico di seguito riportato.


Codice Regionale		Pagina: 11 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

COLLINARE VISIBILI DAL MARE DALLA VIA AURELIA E DALLO ABITATO DI SESTRI LEVANTE (D.M. del 12/07/1964)” e pertanto l’intervento sarà assoggettato a preventiva autorizzazione paesaggistica ai sensi dell’art. 146 del D.Lgs. 42/2004 e ss.mm.ii.

4.3 ASSENTIBILITA' dell'INTERVENTO dal PUNTO di VISTA ANTISISMICO.

L’ intervento di nuova costruzione proposto può essere collocato in classe d’uso IV secondo la tabella inserita nelle NTC 2018, e può essere definito di “minore rilevanza” nei riguardi della pubblica incolumità, nonostante sia edificio aperto al pubblico, come previsto al p.to **b)-3)** dell’**art. 94-bis del DPR 380/2001** novellato dalla L. 55/2019, trattandosi di opera ricadente in **zona sismica 3**. Per quanto sopra sarà esclusivamente necessario il deposito del progetto strutturale (modello strutturale completo della relazione di calcolo, degli elaborati strutturali e di tutta la documentazione necessaria) presso l’Ufficio sismica e cemento armato della Città Metropolitana di Genova come disciplinato dalla **DGR 812/2020** in applicazione del predetto art. 94 bis del DPR 380/2001

4.4 ASSENTIBILITA' dell'INTERVENTO dal PUNTO di VISTA ANTINCENDIO.

Codice Regionale		Pagina: 12 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

L'intervento di nuova costruzione si può far ricadere in attività antincendio **71-1A** ai sensi della tabella allegata al DPR 151/2011 e smi., in quanto assimilabile ad azienda ed uffici con oltre 300 persone presenti e fino ad un massimo di 500 persone. Pertanto il progetto non deve essere assoggettato a parere preventivo del Comando dei VVF, e sarà sufficiente successiva presentazione della SCIA obbligatoria a fine lavori.


5. REGOLE e NORME TECNICHE da RISPETTARE

Il progetto dovrà essere redatto in conformità con le regole e le norme tecniche applicabili, stabilite sia a livello nazionale sia regionale attraverso la vigente legislazione.

La progettazione dovrà essere svolta in conformità alle disposizione del D.Lgs. 50/2016 (**Codice**) e ss.mm.ii., al DPR 207/2010 (per le parti ancora in vigore) ed alle linee guida ANAC emesse in attuazione del succitato Codice, ovvero, in caso di assoggettabilità dell'intervento alle nuove disposizioni normative in corso di approvazione e con previsione di vigenza al 1° luglio 2023.

Di seguito si riporta un'elencazione, **non esaustiva**, delle principali norme in materia, a cui far riferimento:

5.1 NORMATIVA GENERALE

Codice Regionale		Pagina: 13 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


- Strumento urbanistico vigente nel Comune di Sestri Levante;
- Piano di bacino stralcio per l'assetto idrogeologico della Regione Liguria– ambito 17-Torrente Gromolo;
- D.Lgs. 42/2004, DPCM 12/12/2005 e DPR 13/02/2017 n°. 31 in materia di tutela delle bellezze paesaggistiche e culturali qualora applicabili;

5.2 NORMATIVA sui CONTRATTI PUBBLICI

- D.Lgs 50/2016 (**Codice**) e ss.mm.ii., linee guida e altri provvedimenti attuativi, per le parti non abrogate il DPR 207/2010, ovvero nuove disposizioni normative la cui previsione di vigenza è a tutto il 1° luglio 2023.

5.3 NORMATIVA EDILIZIA

- Norme in materia edilizia in conformità alle disposizioni di cui al DPR 06/06/2001 n°. 380 e ss.mm.ii. *“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia”* nonché di tutte le altre leggi e regolamenti disciplinanti in materia;
- DM 14/06/1989 n°. 236 e DPR 24/07/1996 n°. 503 e ss.mm.ii. in materia di abbattimento delle

Codice Regionale		Pagina: 14 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici e/o aperti al pubblico;

- DM infrastrutture 20/02/2018 *"Norme Tecniche per le Costruzioni"* **NTC 2018**, e ss.mm.ii. e circolari applicative;
- D.Lgs. 16/06/2017 n°. 106 *"Disposizioni inerenti la certificazione dei materiali da costruzione"*;

5.4 NORMATIVA di PREVENZIONE INCENDI

- DM 15 settembre 2005: *"Regola tecnica di prevenzione incendi per i vani degli impianti di sollevamento ubicati nelle attività soggette ai controlli di prevenzione incendi"*;
- *"Nuovo Regolamento di prevenzione incendi"* DPR 01/08/2011 n°. 151 e DM 07/08/2012 *"Disposizioni relative alle modalità di presentazione delle istanze concernenti i procedimenti di prevenzione incendi e alla documentazione da allegare, ai sensi dell'articolo 2, comma 7, del Decreto del Presidente della Repubblica 1° agosto 2011, n. 151"*.

5.5 NORMATIVA INERENTE la SICUREZZA del LAVORO

Codice Regionale		Pagina: 15 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


- D.Lgs. 81/2008 *"Testo Unico sulla Sicurezza del Lavoro"* e ss.mm.ii;

5.6 NORMATIVA INERENTE gli IMPIANTI

- DM 22/01/2008 n°. 37 e ss.mm.ii.;
- Prescrizioni di cui alle norme CEI;
- Prescrizioni di cui alle norme UNI EN e UNI EN ISO;
- Legge 01/03/1968 n°. 186 *"Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazione e impianti elettrici ed elettronici"*;
- DPR 22/10/2001 n°. 462 *"Regolamento di semplificazione del procedimento per la denuncia d'installazione e dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche, di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e di impianti elettrici pericolosi"*


5.7 NORMATIVA INERENTE i CRITERI AMBIENTALI MINIMI

- Decreto Interministeriale 11/04/2008, che ai sensi dei commi 1126 e 1127 dell.art. 1 della Legge 27/12/2006 n°. 296 ha approvato il *"Piano*

Codice Regionale		Pagina: 16 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi della P.A.”;

- DM 24/12/2015 recante *“Adozione dei criteri ambientali minimi per l’affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione degli edifici e per la gestione dei cantieri della P.A....”* e ss.mm.ii.;
- DM del Ministero della Transizione ecologica 23 giugno 2022 recante *“Criteri ambientali minimi per l’affidamento del servizio di progettazione di interventi edilizi, per l’affidamento dei lavori per interventi edilizi e per l’affidamento congiunto di progettazione e lavori per interventi edilizi”*
- 5.8 NORMATIVA SPECIFICA di SETTORE
- L.R. 11/05/2017 n°. 9 *“Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private”* e relativo *“Manuale requisiti di autorizzazione”*;
- Piano Nazionale Complementare ed in particolare *“Linee Guida e procedure per il censimento degli Enti e delle strutture di SNPS-SNPA e per la richiesta di fabbisogni funzionali al*

Codice Regionale		Pagina: 17 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


rafforzamento complessivo di strutture e servizi da finanziare nell'ambito del PNC-PRACSI".

6. DESCRIZIONE degli INTERVENTI EDILIZI da REALIZZARE

L'intervento, nella sua completezza, posiziona la sede del Dipartimento di Prevenzione, in un'area già fortemente connotata dalla destinazione d'uso sanitaria (il Polo Ospedaliero sede di COT e OdC, Villa Laura sede di CdC) a formare una sorta di "Cittadella della Salute".

Il progetto prevede la costruzione di quattro palazzine su due livelli fuori terra, collegate tra loro da un percorso rettilineo ricavato lungo un'asse immaginario (la **main street**). La direzione di tale percorso è diagonale rispetto alla forma a quadrilatero del lotto di terreno in questione. Il percorso ha larghezza non inferiore a m. 3.00 onde consentire la percorrenza pedonale nei due sensi di marcia agli utenti (anche disabili) ed al personale che si reca verso le palazzine.


Gli edifici sono "aggangiati" al suddetto percorso e contengono, al loro interno, le funzioni delle singole unità operative che compongono il Dipartimento di Prevenzione. Ogni fabbricato è indipendente, ancorchè perfettamente collegato con gli altri, ed è dotato singolarmente di vano scale e di ascensore con dimensioni atte all'utilizzo da parte di disabili. All'interno degli edifici saranno presenti uffici, studi

Codice Regionale		Pagina: 18 di 29	
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

medici, sale riunioni, aree attesa, spogliatoi per il personale in modo singolarmente adattato alle esigenze di ogni singola unità operativa/ area di attività. In ogni edificio uniformemente presenti servizi igienici per il personale e l'utenza, percorsi verticali ed orizzontali, uscite secondarie (vie di fuga) contrapposte agli ingressi principali.


Gli edifici sono orientati sull'asse parallelo al confine ovest del lotto quasi sovrapponibile all'asse eliotermico (18° direzione sud sud-ovest). I manufatti saranno costruiti seguendo i criteri ambientali minimi (CAM) e con caratteristiche dell'involucro edilizio simili ai dettami di CasaClima:

- Fabbisogno termico molto basso attraverso un'efficace coibentazione dell'involucro edilizio e la presenza di vetrate termiche (particolarmente efficaci considerando la ottima esposizione dei fabbricati);
- Comfort termico ed acustico attraverso un buon isolamento delle pareti. Un buon isolamento del perimetro dell'edificio si rivela utile anche in estate perché impedisce il surriscaldamento;
- Risparmio energetico con conseguente riduzione dell'emissione di sostanze inquinanti per l'aria

Codice Regionale		Pagina: 19 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

(poveri sottili, ossidi di carbonio, ossidi di azoto ed idrocarburi);

- Migliore qualità dell'ambiente interno si traduce in un miglioramento del benessere e della salute degli occupanti;
- Economia nella gestione energetica del fabbricato grazie ad un sensibile risparmio energetico delle fonti primarie (idrocarburi) ed al ricorso di fonti di energia rinnovabili che esentano la percentuale di risparmio. Nella fattispecie si è pensato di dotare il comparto edilizio di fonti rinnovabili quali geotermia e solare fotovoltaico, con l'utilizzo di generatori a pompe di calore per il riscaldamento ed il raffrescamento. Ogni singola derivazione degli impianti di climatizzazione sarà dotata di sensori di rilevazione e regolazione, per il mantenimento, attraverso un'apposita centrale di monitoraggio, del comfort microclimatico ideale dei locali;
- Attenta progettazione che prende in considerazione soprattutto i dettagli critici relativi alla tecnica edile ed energetica, al fine ridurre al massimo i difetti edilizi più frequenti, che limitano l'efficienza energetica dell'edificio;


Codice Regionale		Pagina: 20 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

- Utilizzo di materiali di valore ed elementi isolanti efficaci soprattutto in vista del fatto che:
 - o l'impiantistica dell'edificio viene rinnovata dopo 15 o 20 anni;
 - o le pareti esterne non devono venire toccate per un periodo tra i 30 ed i 60 anni.

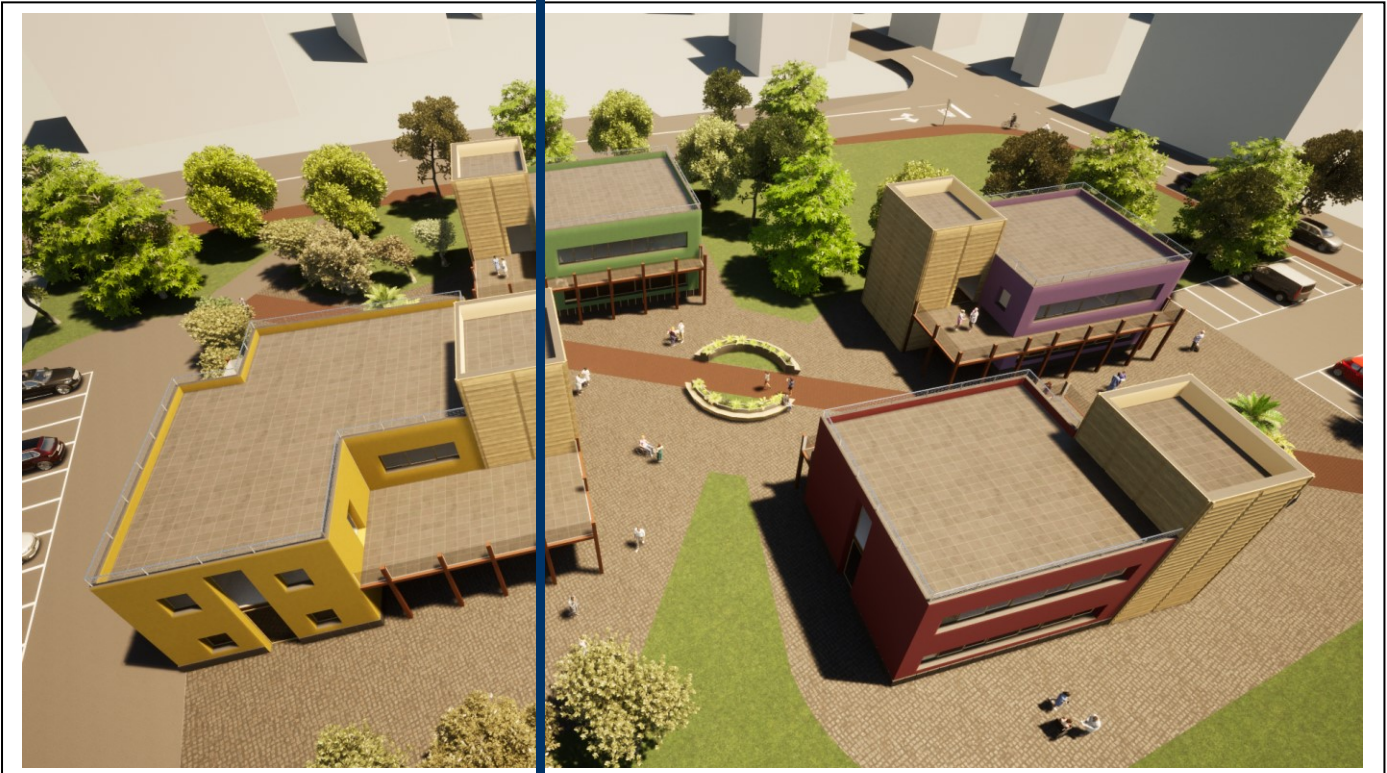
L'area che circonda i fabbricati sarà sistemata a verde in modo che possa essere fruibile dagli utenti del Dipartimento di Prevenzione (anche da animali e dai loro accompagnatori da e per il servizio veterinario). Potranno essere previsti, nella zona nord del comparto, manufatti in legno, ben integrati nel paesaggio circostante, onde far sostare o ricoverare temporaneamente gli animali.

In questa fase viene riportata una stima di massima che tiene conto, stante la parzialità del finanziamento, solo di un PRIMO LOTTO FUNZIONALE. Tale lotto prevede:

- l'acquisizione dell'intero lotto costituito dai mappali **1503 e 1454** del foglio **19**,
- la realizzazione delle prime due palazzine in posizione più vicina al confine lato OVEST;

Codice Regionale		Pagina: 21 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


- la realizzazione del primo tratto significativo della *main street* e della sistemazione della porzione OVEST dell'area;
- sistemazione a verde di una porzione del lotto interessata dalle attività.



Gli interventi sopra descritti sono meglio illustrati negli elaborati grafici allegati.

7. STATO della PROGETTAZIONE

Lo stato della progettazione è all'attualità costituito dalla presente relazione illustrativa ed i suoi allegati, i quali sono stati redatti con le modalità ed i contenuti

Codice Regionale		Pagina: 22 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


per essere parte integrante del Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (PFTE).

Nell'augurata ipotesi che il presente progetto sia ammesso al finanziamento di che trattasi, si potrà procedere al completamento del PFTE, affidando i restanti livelli progettuali (Progettazione definitiva ed esecutiva) e l'esecuzione dei lavori con la formula del cd. **Appalto Integrato** ai sensi del D.Lgs. 50/2016 così come modificato ed integrato dal DL 77/2021.

8. AUTORIZZAZIONI NECESSARIE

Come già anticipato al paragrafo 4-*"Descrizione dei vincoli esistenti"*, al fine della cantierizzazione dell'intervento edilizio di cui alla presente relazione, sono necessari i seguenti nullaosta:

- **Permesso di Costruire** che può essere rilasciato anche con l'ausilio dell'istituto della Conferenza dei Servizi ai sensi dell'art. 14 e segg. della L. 241/1990, comprendente anche la necessaria variante al PUC (modifica delle destinazioni d'uso dell'immobile ad uso pubblico da collocare in tale area, al posto della prevista caserma dei Carabinieri che sarà realizzata in altro comparto nel territorio del Comune di Sestri Levante;
- **Parere paesaggistico** rilasciato dalla Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e


Codice Regionale		Pagina: 23 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

Paesaggio di Genova, all'interno all'interno della Conferenza dei Servizi od in modalità asincrona

- **Parere Igienico-sanitario**, anche questo nulla osta può essere rilasciato all'interno della Conferenza dei Servizi od in modalità asincrona;
- **Parere della Regione Liguria, settore Assetto del Territorio** relativamente al nulla osta idrogeologico delle misure da porre in essere visto che la zona oggetto di intervento ricade in zona condizionata da eventi idrologici sporadici (**fascia verde**). Il rilascio di detto parere non appare ostativo circa la fattibilità dell'intervento edificatorio previsto, come specificato nelle norme di attuazione del Piano di Bacino stralcio-Ambito 17- Torrente Gromolo.

Per quanto riguarda la prevenzione incendi, trattandosi di fabbricato che al massimo può ricadere in attività antincendio **71-1A** ai sensi della tabella allegata al DPR 151/2011 e smi., e pertanto sarà sufficiente il deposito di SCIA antincendio al termine dei lavori.

Per quanto riguarda la normativa antisismica e del cemento armato, trattandosi di intervento che può essere definito di "minore rilevanza" nei riguardi della pubblica incolumità, nonostante sia edificio aperto al pubblico, in quanto ricade al p.to **b)-3)** dell'**art. 94-bis**

Codice Regionale		Pagina: 24 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	


del DPR 380/2001 novellato dalla L. 55/2019, trattandosi di opera ricadente in **zona sismica 3**. Per quanto sopra sarà esclusivamente necessario il deposito del progetto strutturale prima dell'effettivo inizio dei lavori strutturali (L. 1086/1971 e ss.mm.ii.).

9. MODALITA' PREVISTA di APPALTO delle OPERE

Le modalità di appalto previste delle opere previsto sarà del tipo **appalto integrato**, come previsto dall'art 59 c. 1 dl D.Lgs 50/2016 novellato per interventi PNRR e PNC dall'art. 48 c.5 del DL 77/2021 (convertito in L. 108/2021). Trattandosi di importo di lavori infra la soglia comunitaria di €. 5.382.000, si potrà procedere procedura negoziata senza bando previa consultazione di almeno 10 operatori economici. L'aggiudicazione avverrà con il metodo dell'**offerta economicamente più vantaggiosa**.

10. STIMA delle OPERE e QUADRO ECONOMICO


L'importo del finanziamento per la realizzazione dell'intervento oggetto del presente documento (1° LOTTO FUNZIONALE) ammonta complessivamente ad €. **2.050.000,00** relativamente alla realizzazione della **prima porzione** della nuova sede del Dipartimento di Prevenzione "ONE HEALTH" ecosostenibile, nell'area

Codice Regionale		Pagina: 25 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

limitrofa al terreno su cui insiste il Polo Ospedaliero di Sestri Levante e la contigua Villa Laura .

Le stime di massima ed i singoli quadri delle risorse finanziarie a disposizione sono calcolate sulla base di stime parametriche in alcuni a m² ed in altri a corpo rispetto a parti d'opera ben definite.

I valori parametrici di cui sopra sono desunti da stime sintetiche sulla base dell'esperienza di esecuzione di lavorazioni analoghe sia in termini di complessità che di tipologia di destinazione d'uso degli immobili sottoposti ad intervento. I valori parametrici non tengono conto di eventuali regolamentazioni in materia di revisione prezzi alla luce dell'attuale congiuntura economica.


Codice Regionale		Pagina: 26 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

**REALIZZAZIONE NUOVA SEDE DIPARTIMENTO di
PREVENZIONE "ONE HEALTH"
1° LOTTO FUNZIONALE**

SUPERFICIE				
INTERVENTO	sup. totale			
MC	mq			
	2807	802		
	cad	mq	costo a mq	costo parziale
NUOVO EDIFICIO				
- opere architetton.		802	€ 300,00	€ 240.600,00 240.600
- opere strutturali		802	€ 450,00	€ 360.900,00 360.900
- opere imp.elettrici		802	€ 250,00	€ 200.500,00 200.500
- opere imp.meccanici		802	€ 270,00	€ 216.540,00 216.540
PERCORSO di COLLEGAMENTO				
- opere strutturali		145	€ 450,00	€ 65.250,00 65.250
- opere imp.elettrici		145	€ 200,00	€ 29.000,00 29.000
SISTEMAZIONE AREA				
- opere architetton.		4600	€ 35,00	€ 161.000,00 161.000
- opere imp. elettrici		4600	€ 15,00	€ 69.000,00 69.000
- opere imp.mecc.		4600	€ 8,00	€ 36.800,00 36.800
totale lavori				<u>1.379.590</u>

**QUADRO ECONOMICO DIP. ONE HEALTH di
SESTRI LEV.**

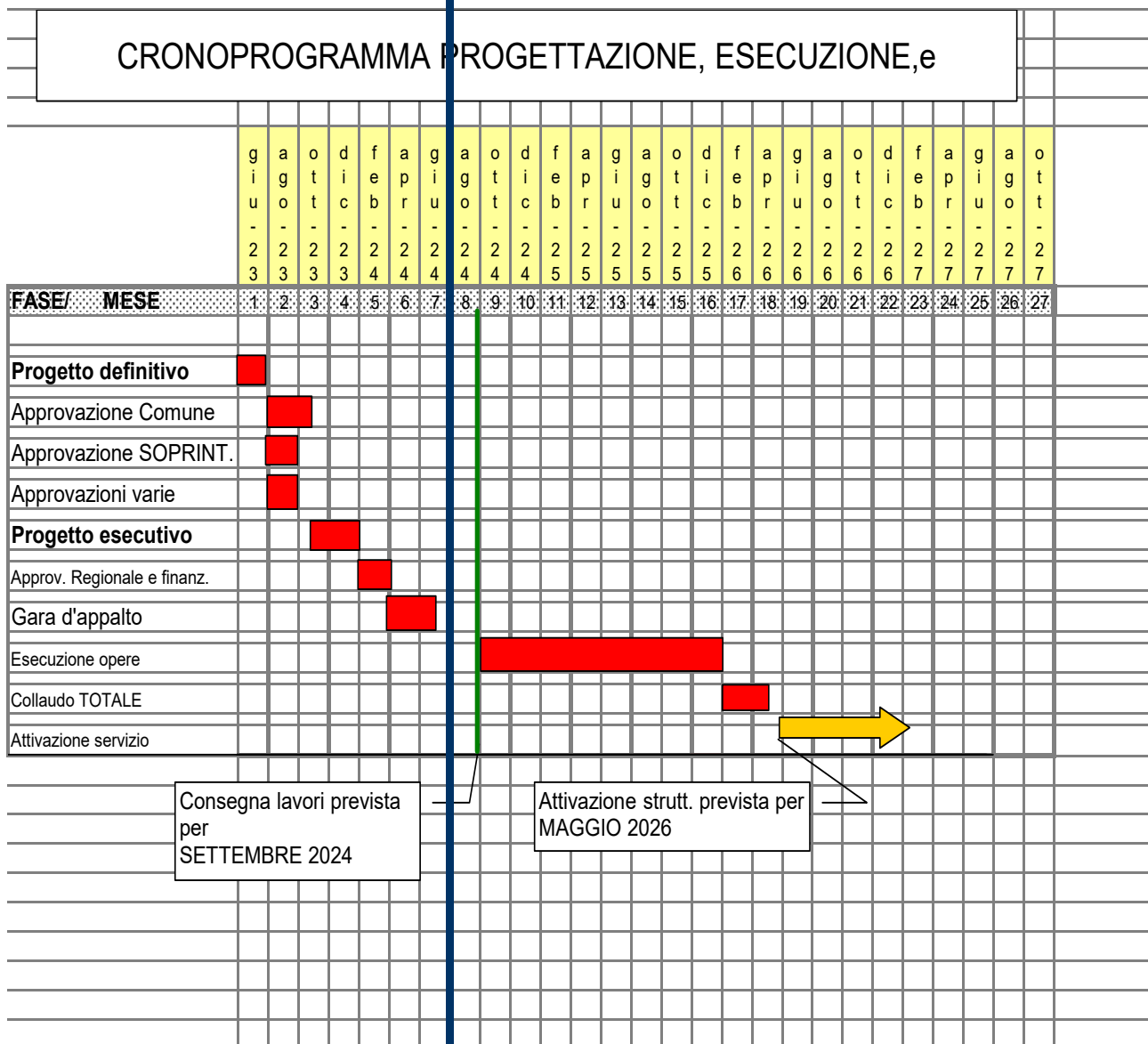
TOTALE IMPORTO PRESUNTO		1.379.590
Iva su lavori	10%	137.959
arredi ed apparecchiature		35.000
iva su arredi ed apparecchiature	22%	7.700
acquisizione area da ARTE		242.270
somma per accordo bonario	0%	0
accanton. Art. 113 dLgs 50/2016	2%	27.592
spese tecniche compreso ass. e contab	11%	151.755
Iva 22% e 4% su spese tecniche	26,00%	39.456
imprevisti e arrotondamenti		28.678
IMPORTO TOTALE		2.050.000


Codice Regionale		Pagina: 27 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

QUADRO ECONOMICO di MASSIMA
DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" 1°
LOTTO FUNZIONALE

A) Importo esecuzione delle lavorazioni		Euro
a 1	a misura	
a 2	a corpo	1.172.590,00
a 3	in economia	100.000,00
a 4	arredi ed attrezzature	
TOTALE (A)		1.272.590,00
B) Importo per l'attuazione dei piani di sicurezza		Euro
b 1	a misura (analitici)	60.000,00
b 2	a corpo (generali ricompresi nei prezzi unitari)	47.000,00
b 3	in economia	
TOTALE (B)		107.000,00
TOTALE GENERALE LAVORI (A+B)		1.379.590,00
C) Somme a disposizione della stazione appaltante per:		Euro
c 1	Lavori in economia, previsti in progetto ed esclusi dall'appalto	0,00
c 2	Rilievi accertamenti e indagini	10.000,00
c 3	Allacciamenti a pubblici servizi	13.000,00
c 4	Imprevisti comprensivi di accantonamento accordo bonario art. 205 D.lgs 50/2016	0,00
c 5	Acquisizione aree o immobili	242.270,00
c 6	Accantonamenti ex art. 113 D.Lgs 50/2016	27.591,80
c 7	Spese tecniche relative a: progettazione, alle necessarie attività preliminari e di supporto, nonché al coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, alle conferenze di servizi, alla direzione lavori ed al coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, assistenza giornaliera e contabilità, assicurazione dei dipendenti	151.755,00
c 8	Spese per attività di consulenza e di supporto	0,00
c 9	Eventuali spese per commissioni giudicatrici	2.000,00
c 10	Spese per pubblicità e, ove previsto, per opere artistiche	0,00
c 11	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale di appalto, collaudo tecnico-amministrativo, collaudo statico ed altri eventuali collaudi specialistici.	3.000,00
c 12	Arredi ed attrezzature	35.000,00
c 13	IVA ed eventuali altre imposte	185.115,30
c 14	Tassa di gara ANAC	500,00
c 15	Arrotondamenti	177,90
TOTALE SOMME a DISPOSIZIONE (C)		670.410,00
TOTALE GENERALE (A+B+C)		2.050.000,00

11. CRONOPROGRAMMA di MASSIMA



Codice Regionale		Pagina: 29 di 29	 Sistema Sanitario Regione Liguria
Lavori di REALIZZAZIONE di NUOVA SEDE di DIPARTIMENTO di PREVENZIONE "ONE HEALTH" in SITO VICINIORO all'AREA OSPEDALIERA		P09 - ONE HEALTH goretti	

Sommario

PROGETTO "NUOVI AMBIENTI" Dipartimento Ecosostenibile

1. INTRODUZIONE	3
2. DESCRIZIONE dei LUOGHI	4
3. TITOLO di GODIMENTO del BENE	5
4. DESCRIZIONE dei VINCOLI ESISTENTI	6
5. REGOLE e NORME TECNICHE da RISPETTARE	12
6. DESCRIZIONE degli INTERVENTI EDILIZI da REALIZZARE	17
7. STATO della PROGETTAZIONE	21
8. AUTORIZZAZIONI NECESSARIE	22
9. MODALITA' PREVISTA di APPALTO dell'OPERA.....	24
10. STIMA delle OPERE e QUADRO ECONOMICO	24
11. CRONOPROGRAMMA di MASSIMA.....	29

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP04 – POLITICHE DEL PERSONALE



**P10 – PROGRAMMAZIONE TRIENNALE DEI
FABBISOGNI**

Sommario

Premesse	3
INDIVIDUAZIONE DELL'EQUILIBRIO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE	4
INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITA' ASSUNZIONALI.....	4
DEFINIZIONE PIANO ASSUNZIONI TRIENNIO 2023/2025	4

Premesse

La programmazione dei fabbisogni di personale costituisce per Asl4 lo strumento di sintesi e di coordinamento di tutte le politiche specifiche di gestione delle risorse umane e di raccordo di queste con la programmazione aziendale.

La principale funzione è quella di assicurare la disponibilità qualitativa e quantitativa di risorse umane necessarie alla realizzazione dei piani aziendali e di assicurare nel contempo le condizioni per una loro gestione in coerenza con la dinamica legislativa, contrattuale, tecnico-economica e sociale.

Il piano assunzionale relativo al triennio 2023/2025 è stato definito come segue:

- Individuazione dell'equilibrio del fabbisogno di personale
- Individuazione delle priorità assunzionali
- Definizione del piano assunzioni 2023-2025

INDIVIDUAZIONE DELL'EQUILIBRIO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Le competenti Direzioni Aziendali, sulla base degli obiettivi strategici da realizzare, della necessità di garantire il mantenimento delle prestazioni assistenziali e di accesso alle cure specialistiche, dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro, della struttura esistente e delle sue possibili variazioni, hanno definito, in primis il quadro degli organici necessari per garantire l'equilibrio del fabbisogno di personale

Nel prospetto riportato nell'allegato P10a è stato espresso il fabbisogno ideale di personale attraverso un'attività di analisi delle esigenze aziendali sotto un duplice profilo:

- qualitativo: riferito alle tipologie di professionisti (suddivisi per area professionale) rispondenti alle necessità dell'amministrazione
- quantitativo: riferito alla consistenza numerica delle unità necessarie ad assolvere alla mission e agli obiettivi/standard di produzione da realizzare

Il quadro delineato tiene conto delle modifiche organizzative e strutturali previste nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale.

INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITA' ASSUNZIONALI

Le competenti Direzioni Aziendali hanno verificato l'effettiva consistenza e disponibilità del personale assegnato alle singole strutture, valutandone anche possibili percorsi di sviluppo, di valorizzazione e di inserimento nelle strutture di nuova organizzazione aziendale previste nel POA

A seguito di tale esame, le suddette Direzioni hanno definito le figure professionali carenti rispetto all'equilibrio di fabbisogno e in data 26/5/2023 un ordine di priorità assunzionale riepilogato nell'allegato P10b come segue:

B1) fabbisogno di personale rilevato alla data del 31/12/2022

B2) sostituzione del turn over anno 2023 aggiornato alla data della stesura

DEFINIZIONE PIANO ASSUNZIONI TRIENNIO 2023/2025

Il piano, di cui all'allegato P10c, riporta la programmazione delle assunzioni per il triennio 2023/2025. Tale programmazione, finalizzata a garantire l'equilibrio della dotazione organica, viene rivista con cadenza annuale e tiene conto dei seguenti criteri:

- Rispetto della compatibilità economico finanziaria e degli obiettivi economici assegnati da Regione Liguria per l'anno 2023 e mantenimento dell'equilibrio economico anche per gli anni 2024/2025 come richiesto da Regione Liguria;
- Copertura di una quota del turn over nell'anno di riferimento;
- Copertura delle figure professionali ritenute carenti da parte delle competenti Direzioni Aziendali;
- Mantenimento delle prestazioni assistenziali e degli standard di produzione concordati;

- Priorità assunzionali per i profili professionali del comparto e della dirigenza direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali;
- Avvio delle politiche di consolidamento e stabilizzazione delle posizioni di lavoro oggi coperte con rapporti di lavoro flessibili.



DIREZIONE SANITARIA

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

A.S.L. N°4 - E - Prot DG
n° 24 - 21/02/2023

AL DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo PETRALIA

Oggetto: definizione dotazione organica relativa all'anno 2023 –
Personale afferente area del comparto per principali profili professionali.

Si trasmette in allegato il quadro degli organici di ciascuna Area professionale, così come determinati dalle competenti Direzioni Aziendali e necessari per garantire l'equilibrio del fabbisogno.

Cordialmente

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Maria Elena SEGCHI)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Francesco ORLANDINI)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Avv. Luigi BERTORELLO)

IL RESPONSABILE PROFESSIONI
SANITARIE
(dott.ssa Silvana GIROLDI)

All. n° 1

DIRIGENZA (Def.)

ANNO 2019					
	DOTAZIONE 31.12.2018	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2019	DIFFERENZA
DIRIGENZA					
Medici	313	50	44	307	-6
Dirig. Sanitari	49	2	2	49	0
TOT	362	52	46	356	-6

ANNO 2020					
	DOTAZIONE 31.12.2019	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2020	DIFFERENZA
DIRIGENZA					
Medici	307	50	41	298	-9
Dirig. Sanitari	49	4	9	54	5
TOT	356	54	50	352	-4

ANNO 2021					
	DOTAZIONE 31.12.2020	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2021	DIFFERENZA
DIRIGENZA					
Medici	298	43	34	289	-9
Dirig. Sanitari	54	12	14	56	-2
TOT	352	55	48	345	-11

ANNO 2022					
	DOTAZIONE 31.12.2021	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2022	DIFFERENZA
DIRIGENZA					
Medici	289	45	33	277	-12
Dirig. Sanitari	56	10	13	59	3
TOT	345	55	46	336	-9

ANNO 2023

	DOTAZIONE 31.12.2022	CESSAZIONI	TURNO OVER 23	FABBISOGNO ASSUNZIONI GENN. FEBB. 2023	PIANO INTEGRATIVO 23	DOT. 31.12.2023
DIRIGENZA						
Medici	277	27	27	13		325
Dirig. Sanitari	59	5	5	0		64
TOT	336	32	32	13		389

MEDICI

	ANNO	DOT. al 31.12	SUMAI titolari	SERVIZIO TURNI	TOTALE
DIRIGENZA					
Medici	2019	307	27	0	334
	2020	298	28	2	328
	2021	289	27	6	322
	2022	277	28	7	312
	2023	325	24	6	355

PSICOLOGI

	ANNO	DOT. al 31.12	SUMAI titolari	di cui DGR 705 Art. 2 Ter	LOTTE	TOTALE
DIRIGENZA						
Psicologi	2019	14	0	0	7	21
	2020	16	0	8	7	23
	2021	17	2	7	6	25
	2022	21	2	5	4	27
	2023	20	2	5	4	26

COMPARTO (Def.)

ANNO 2019					
	DOTAZIONE 31.12.2018	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2019	DIFFERENZA
COMPARTO					
Infermieri	749	69	75	755	6
Oss	155	10	13	158	3
Comparto Sanit.	225	17	16	224	-1
TOT	1129	96	104	1137	8

ANNO 2020					
	DOTAZIONE 31.12.2019	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2020	DIFFERENZA
COMPARTO					
Infermieri	755	103	138	790	35
Oss	158	10	20	168	10
Comparto Sanit.	224	30	27	221	-3
TOT	1137	143	185	1179	42

ANNO 2021					
	DOTAZIONE 31.12.2020	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2021	DIFFERENZA
COMPARTO					
Infermieri	790	62	64	792	2
Oss	168	9	4	163	-5
Comparto Sanit.	221	29	56	248	27
TOT	1179	100	124	1203	24

ANNO 2022

COMPARTO	DOTAZIONE 31.12.2021	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2022	DIFFERENZA
Infermieri	792	92	158	858	66
Oss	163	41	47	169	6
Comparto Sanit.	248	32	30	246	-2
TOT	1203	165	235	1273	70

ANNO 2023

COMPARTO	DOTAZIONE 31.12.2022	CESSAZIONI	TURN OVER 23	FABBISOGNO		PIANO INTEGRATIVO 23	DOTAZIONE 31.12.2023
				ASSUNZIONI GENN. FEBB. 2023	****		
Infermieri	858	12	12	0	0	0	858
Oss ***	169	4	4	3	**4	**4	172
Comparto Sanit.	246	14	14	8	8	8	310
TOT	1273	30	30	11	11	56	1340

OPERATORI SOCIO SANITARI

COMPARTO	ANNO	DOT. al 31.12	INTERINALI	MARKAS FTE	MAMERI	TOTALE
SSS	2019	158	0	64,4	0	222,4
	2020	167	30	89,6	10	296,6
	2021	163	46	96,7	16	321,7
	2022	169	39	73,2	16	297,2
	2023	172	39	70	10	291

Il fabbisogno esprime la somma strategica delle assunzioni a copertura del turn over e del ulteriore necessità aggiuntive legate al raggiungimento dell'equilibrio operativo.

Il contingente pari a 4 unità di oss viene temporaneamente congelato nell'ambito del processo di assunzione di operatori tecnici destinati alla farmacia e contestuale riduzione del monte ore di ausiliariato relativo alla farmacia/incremento monte ore ausiliariato ospedaliero

Interinali: la dotazione organica pari a n. 169 oss deve essere ulteriormente sommata al contingente pari a n. 39 interinali per un totale 205 unità.

Intermieri Professionali: In servizio secondo l'anagrafe giuridica n. 858 di cui n.26 comandati presso IRCCS Gaslini secondo il progetto Gaslini Diffuso.

PERSONALE TECNICO – AMMINISTRATIVO (Def.)

ANNO 2019

	DOTAZIONE 31.12.2018	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2019	DIFFERENZA
Pers. Amm-Tec	388	26	13	375	-13
TOT	388	26	13	375	-13

ANNO 2020

	DOTAZIONE 31.12.2019	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2020	DIFFERENZA
Pers. Amm-Tec	375	31	19	363	-12
TOT	375	31	19	363	-12

ANNO 2021

	DOTAZIONE 31.12.2020	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2021	DIFFERENZA
Pers. Amm-Tec	363	34	19	348	-15
TOT	363	34	19	348	-15

ANNO 2022

	DOTAZIONE 31.12.2021	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE 31.12.2022	DIFFERENZA
Pers. Amm-Tec	348	32	14	330	-18
TOT	348	32	14	330	-18

ANNO 2023

	DOTAZIONE 31.12.2022	CESSAZIONI	TURN OVER 23	FABBISOGNO		PIANO INTEGRATIVO 23	DOT. 31.12.2023
				ASSUNZIONI GENN. FEBB. 2023			
Pers. Amm-Tec	330	22	22	3	38		
TOT	330	22	22	3	38		371

PERSONALE TECNICO - AMMINISTRATIVO

ANNO	DOT. al 31.12	INTERINALI	GOLFO TIGULLIO FTE	TOTALE
2019	375	7	19	401
2020	363	9	28	400
2021	348	21	59	428
2022	330	19	32	381
2023	330	19	32	381

FABBISOGNI PER EQUILIBRIO DOTAZIONE ORGANICA

	QUALIFICA	assunzioni deliberate/ autorizzate	
	dirigente medico s.c.	3	
	dirigente medico	14	
	terapista neuro e psicomotricità	1	
	Infermieri	34	
	Ostetrica	4	
	Assistenti amministrativi	8	
	operatori socio sanitari	2	
	dirigente chimico	1	
	Tecnici della prevenzione	1	
	Tecnici di laboratorio	2	
	Tecnici della riabilitazione psichiatrica	2	
	collaboratore amministrativi(differenza)	1	
	totale	73	2.109.559,23

PRIORITA' CARENZE DEI RIMANENTI FABBISOGNI

NUM	QUALIFICA	n° unità	COSTO ANNUO
1	dirigente m. Neuropsichiatria Infantile	1	63.687,48 €
2	dirigente medico psichiatra	1	63.687,48 €
3	Tecnici di radiologia	2	67.305,34 €
4	Dirigente professioni Sanitarie	1	62.366,97 €
5	Tecnici della prevenzione	6	201.916,02 €
6	Logopedisti	3	100.958,01 €
7	Dirigente medico S.C. Igiene e Sanità Pubblica	1	102.759,71 €
8	Dirigente amm.vo c/o Distretto	1	59.586,30 €
9	dirigente medico Igiene Alimenti	1	63.687,48 €
10	dirigente medico Ortopedia	1	63.687,48 €
11	Podologo	1	33.652,67 €
12	Ortottisti	1	33.652,67 €
13	Tecnici di radiologia	3	100.958,01 €
14	Tecnici di laboratorio	4	134.610,68 €
15	dirigente medico Neurologia	1	63.687,48 €
16	Direttore S.C. Medicina Interna	1	- €
17	collaboratore amministrativo	1	33.020,64 €
18	Fisioterapisti	3	100.958,01 €
19	Ortottisti	1	33.652,67 €
20	Tecnici di radiologia	2	67.305,34 €
21	Ostetriche	4	134.610,68 €
22	Tecnici di laboratorio	3	100.958,01 €
23	collaboratore tecnico c/o S.C. Gestione Tecnica	1	33.020,64 €
24	operatore tecnico spec.to c/o S.C. Gestione Tecnica	1	26.970,32 €
25	Logopedisti	3	100.958,01 €
26	Assistenti sanitari	1	33.652,67 €
27	Tecnico di cardiofisiopatologia	1	33.652,67 €
28	Educatori professionali	3	100.958,01 €
29	Fisioterapisti	4	134.610,68 €
30	Tecnici della riabilitazione psichiatrica	3	100.958,01 €
31	Logopedisti	3	100.958,01 €
32	Tecnici di laboratorio	3	100.958,01 €
33	Dirigente professioni Sanitarie	2	127.374,96 €
34	Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitaz	1	102.759,71 €
35	dirigente m. Igiene Pubblica (carcere/territorio)	1	63.687,48 €
36	Dirigente Psicologo	2	127.374,96 €
37	assistente sociale	1	33.652,67 €
38	ostetrica	1	33.652,67 €
39	dirigente medico Gastroenterologia	1	63.687,48 €
40	dirigente medico per SSD R.L. Cure Palliative	1	63.687,48 €
41	collaboratori amministrativi	14	249.689,70 €
42	assistenti amministrativi	12	193.582,15 €
43	collaboratori tecnici	6	107.009,87 €
44	operatori tecnici spec.ti esperti	2	3.785,55 €
45	operatore tecnico spec.to	1	1.507,82 €
46	dirigente medico Diabetologia	1	- €
	dirigente m. Anestesia e Rianimazione	2	- €
	Direttore S.C. Medicina e Chirurgia Urg	1	- €
	dirigente m. Medicina e Chirurgia Urgenza	6	- €
	dirigente medico Malattie Apparato Resp.	1	- €
	dirigente m. Anestesia e Rianimazione	6	- €
	dirigente medico Medicina Interna	3	- €
	TOTALE	131	3.624.858,67

TURN OVER 2023

N	QUALIFICA	assunzioni deliberate
1	IAN S.C	
1	Ostetriche	
1	Tecnici di laboratorio	
3	Assistenti amministrativi	
6	Totale turn over	115.022,61

PRIORITA' CARENZE DEL TURN OVER PREVISIONALE ANNO 2023

NUM	QUALIFICA	n° unità	COSTO ANNUO
1	dirigente medico S.C. Psichiatria	1	102.759,71 €
2	dirigente S.C. Anatomia Patologica aT.D.	1	- €
3	collaboratore amministrativo	1	33.020,64 €
4	dirigente medico Cardiologia	1	63.687,48 €
5	dirigente medico Ginecologia	1	63.687,48 €
6	dirigente medico Radiologia	1	63.687,48 €
7	Dirigente amm.vo S.C. Personale	1	59.586,30 €
8	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
9	Dirigente Biologo/medico SSD Dietologia	1	63.687,48 €
10	operatore tecnico spec.to	2	53.940,64 €
11	collaboratore tecnico (Rinotti)	1	33.020,64 €
12	assistente tecnico (Torregiani)	1	30.370,92 €
13	tecnico prevenzione (Mabba)	1	33.652,67 €
14	ostetrica	2	67.305,34 €
15	dirigente medico Radiologia	1	63.687,48 €
16	dirigente medico Dermatologia	1	63.687,48 €
17	dirigente medico Medicina Interna	1	63.687,48 €
18	dirigente medico Ginecologia	1	63.687,48 €
19	Dirigente Veterinario	1	63.687,48 €
20	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
21	tecnico di radiologia	2	67.305,34 €
22	collaboratori amm.vi	1	33.020,64 €
23	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
24	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
25	assistente sanitario	1	33.652,67 €
26	fisioterapista	1	33.652,67 €
27	coadiutore amministrativo	2	53.940,64 €
28	Ortottista	1	33.652,67 €
29	dirigente medico Chirurgia Vascolare	1	63.687,48 €
30	dirigente medico Neurologia	1	63.687,48 €
31	dirigente medico Pronto Soccorso	1	- €
32	direttore S.C. Anatomia Patologica	1	102.759,71 €
33	direttore S.C. Laboratorio Analisi	1	102.759,71 €
34	dirigente medico Psichiatria	1	63.687,48 €
35	operatore tecnico	1	26.970,32 €
36	dirigente medico Fisiatria	1	63.687,48 €
37	dirigente medico Cardiologia	2	127.374,96 €
38	educatore	1	33.652,67 €
39	coadiutore amministrativo	2	53.940,64 €
	TOTALE	45	2.065.760,42 €

PERSONALE INFERMIERISTICO E OSS

Infermieri	23	785.223,45 €
oss	4	116.094,44 €
TOTALE	27	901.317,89 €

ANNO 2023

n° unità	QUALIFICA	Assunzioni Gennaio-Febbraio 2023 già comprese nel costo del personale al 28/2/2023
1	dirigente medico s.c.	
5	dirigente medico	
1	terapista neuro e psicomotricità	
9	Infermieri	
1	Ostetrica	
5	Assistenti amministrativi	
2	operatori socio sanitari	
24	totale	934.364,36

n° unità	QUALIFICA	FABBISOGNI
2	dirigente medico s.c.	
9	dirigente medico	
1	dirigente chimico	
1	Tecnici della prevenzione	
2	Tecnici di laboratorio	
25	Infermieri	
2	Tecnici della riabilitazione psichiatrica	
3	Ostetriche	
3	Assistenti amministrativi	
1	collaboratore amministrativi(differenza)	
49	totale fabbisogni	1.175.194,87

n° unità	QUALIFICA	TURN OVER 2023
1	IAN S.C	
1	Ostetriche	
1	Tecnici di laboratorio	
3	Assistenti amministrativi	
6	Totale turn over	115.022,61
55	TOTALE COMPLESSIVO	1.290.217,48

ASSUNZIONE COMPENSATE DA RIDUZIONE GETTONI/DITTE ESTERNI

1	dirigente medico Diabetologia	- €
2	dirigente m. Anestesia e Rianimazione	- €
1	Direttore S.C. Medicina e Chirurgia Urg	- €
6	dirigente m. Medicina e Chirurgia Urgenza	- €
1	dirigente medico Malattie Apparato Resp.	- €
6	dirigente m. Anestesia e Rianimazione	- €
3	dirigente medico Medicina Interna	- €

ANNO 2024**50% TURN OVER 2023**

NUM	QUALIFICA	N.UNITA'	COSTO
1	dirigente medico S.C. Psichiatria	1	102.759,71 €
2	dirigente medico Ginecologia	1	63.687,48 €
3	dirigente medico Radiologia	1	63.687,48 €
5	Dirigente amm.vo S.C. Personale	1	59.586,30 €
6	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
7	Dirigente Biologo/medico SSD Dietologia	1	63.687,48 €
8	operatore tecnico spec.to	2	53.940,64 €
9	collaboratore tecnico (Rinotti)	1	33.020,64 €
10	assistente tecnico (Torregiani)	1	30.370,92 €
11	tecnico prevenzione (Mabba)	1	33.652,67 €
12	ostetrica	2	67.305,34 €
13	dirigente medico Radiologia	1	63.687,48 €
14	dirigente medico Dermatologia	1	63.687,48 €
15	dirigente medico Medicina Interna	1	- €
16	dirigente medico Ginecologia	1	63.687,48 €
17	Dirigente Veterinario	1	63.687,48 €
18	Infermieri	15	512.102,25 €
TOTALE		34	1.401.942,39 €

50% TURN OVER 2024

	QUALIFICA	n° unità	COSTO
	Dirigenza Medica	10	
	Dirigenza Veterinaria	1	
	Dirigenza Sanitaria	2	
	Dirigenza PTA	1	
	Personale Infermieristico	20	
	Personale tecnico - sanitario	2	
	Personale riabilitazione	1	
	Personale della prevenzione	1	
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	4	
	O.S.S. e O.T.A.	4	
	Personale amministrativo	9	
TOTALE		55	1.400.000,00 €

FABBISOGNI

NUM	QUALIFICA	n° unità	COSTO ANNUO
1	Tecnici di radiologia	1	33.652,67 €
2	Dirigente professioni Sanitarie	1	62.366,97 €
3	Dirigenti psicologi	3	191.062,44 €
4	Tecnici della prevenzione	2	67.305,34 €
5	Logopedisti	2	67.305,34 €
6	Fisioterapisti	1	33.652,67 €
8	collaboratori amm.vi	2	66.041,28 €
TOTALE		12	521.386,71 €

ANNO 2025**50% TURN OVER 2023**

NUM	QUALIFICA	N.UNITA'	COSTO
1	Infermieri	8	273.121,20 €
2	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
3	tecnico di radiologia	2	67.305,34 €
4	collaboratori amm.vi	1	33.020,64 €
5	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
6	assistente amministrativo	1	30.370,92 €
7	assistente sanitario	1	33.652,67 €
8	fisioterapista	1	33.652,67 €
9	oss	4	116.094,44 €
10	coadiutore amministrativo	2	53.940,64 €
11	dirigente medico Chirurgia Vascolare	1	63.687,48 €
12	dirigente medico Neurologia	1	63.687,48 €
15	dirigente medico Pronto Soccorso	1	- €
16	dirigente S.C. Anatomia Patologica	1	102.759,71 €
17	dirigente S.C. Laboratorio Analisi	1	102.759,71 €
18	dirigente psichiatra	1	63.687,48 €
19	operatore tecnico	1	26.970,32 €
20	dirigente medico Fisiatria	1	63.687,48 €
21	dirigente medico Cardiologia	2	127.374,96 €
22	educatore	1	33.652,67 €
23	coadiutore amministrativo	2	53.940,64 €
	TOTALE	37	1.404.108,29 €

50% TURN OVER 2024

	QUALIFICA	n° unità	COSTO
	Dirigenza Medica	10	
	Dirigenza Veterinaria	0	
	Dirigenza Sanitaria	2	
	Dirigenza PTA	0	
	Personale Infermieristico	20	
	Personale tecnico - sanitario	1	
	Personale riabilitazione	2	
	Personale della prevenzione	2	
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	5	
	O.S.S. e O.T.A.	4	
	Personale amministrativo	9	
	TOTALE	55	1.400.000,00 €

FABBISOGNI

NUM	QUALIFICA	n° unità	COSTO
1	dirigente medico Igiene Alimenti	1	63.687,48 €
2	Dirigenti psicologi	3	191.062,44 €
3	dirigente medico Ortopedia	1	63.687,48 €
4	assistente sociale	3	100.958,01 €
5	Tecnici di radiologia	1	33.652,67 €
6	Fisioterapisti	1	33.652,67 €
7	collaboratori amministrativi	1	33.020,64 €
TOTALE		9	519.721,39 €

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2023/2025

VP04 – POLITICHE DEL PERSONALE



P11 – LAVORO AGILE

Sommario

Premesse	3
Il telelavoro.....	5
Obiettivi del ricorso al lavoro agile	5
Programmazione lavoro agile.....	6
Normativa di riferimento	8

Premesse

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni. In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori. La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni.

Il Lavoro agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/ 2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello smart working, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno. Per l'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021 del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO.

Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra i quali il POLA, prevedendo come termine per l'adozione dello stesso, in fase di prima applicazione, il 30

Giugno 2022. Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino", teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.
- Responsabilizzazione sui risultati.
- Benessere del lavoratore.
- Utilità per l'amministrazione.
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile.
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.
- Equilibrio in una logica "win win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "work-life balance".

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso della Asl 4, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il telelavoro

Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali.

Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

Obiettivi del ricorso al lavoro agile

L'Asl 4, attraverso il lavoro agile, intende perseguire le seguenti finalità:

- Migliorare la modalità dei servizi erogati all'utenza e potenziando la capacità di risposta nei confronti dei cittadini;
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- Favorire la Mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti tra abitazioni e luoghi di lavoro;
- Promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo e personale;
- Facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti ai quali, per cause dovute a condizione di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulta particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- Promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- Diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati a un maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- Rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione delle performance.

L'ASL 4, nella fase di avvio del programma organizzativo del lavoro agile, da realizzarsi nel corso dell'anno 2023, si prefigge innanzitutto l'obiettivo di un progressivo potenziamento degli strumenti tecnologici e informatici a disposizione per il raggiungimento della fase di sviluppo avanzato. Inoltre, l'intento aziendale è quello di arricchire costantemente e progressivamente, nel corso del triennio di validità del piano, il proprio programma annuale di formazione,

prevedendo ed attuando interventi formativi ed informativi finalizzati all'accrescimento di una cultura aziendale del lavoro agile, di un cambio di mentalità degli operatori del comparto e della dirigenza in ordine all'organizzazione del lavoro, alla definizione degli obiettivi settimanali e/o mensili correlati alle prestazioni e al controllo del loro conseguimento.

L'Azienda intende anche verificare se l'attuazione del piano sarà funzionale, oltre che all'ottimizzazione del lavoro e della relativa produttività, anche al benessere dei lavoratori in termini di contemperamento del lavoro con le esigenze personali e familiari.

Per la realizzazione degli obiettivi sopra menzionati vengono individuati i seguenti indicatori:

- Salute organizzativa: realizzazione di una mappatura dei processi e delle attività, anche finalizzata all'eventuale individuazione di quelle che non possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile;
- Salute professionale: deve essere indagata sia per quanto riguarda le competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e l'uso delle tecnologie digitali), sia con riferimento all'analisi e mappatura delle competenze del personale e alla rilevazione dei relativi bisogni formativi;
- Salute digitale: accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati e VPN;
- Salute economico-finanziaria: riduzioni costi aziendali (utenze, buoni pasto, materiale di cancelleria, spazi aziendali).

Ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura definirà l'elenco delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile, ognuno per il proprio ambito di competenza, anche in riferimento al grado di digitalizzazione delle procedure in corso nei vari settori e processi, prevedendo specificatamente gli obiettivi da raggiungere, gli indicatori sia di monitoraggio che di lavoro finale .

Programmazione lavoro agile

Asl4 ha utilizzato per la prima volta lo strumento del telelavoro durante la pandemia Covid 19, concedendo la possibilità di lavorare a domicilio ai dipendenti della dirigenza e del comparto che svolgono attività gestibili anche da remoto ed ai lavoratori "fragili"

Allo stato attuale sono state approvate le Linee Guida Aziendali per il telelavoro domiciliare da utilizzare in caso di allerta idrogeologica, idraulica e nivologica

Prima ricostituzione del CUG, sarà attivato nell'anno 2023 il ricorso al lavoro agile attraverso i seguenti step:

OBIETTIVI	DECRIZIONE	RESPONSABILI	TEMPISTICHE
Redazione bozza del regolamento per esercizio del lavoro modalità agile	Delibera di adozione del regolamento, con definizioni di ruoli e responsabilità; bozza dell'accordo individuale; mappatura delle strutture interessate	SC Gestione Risorse Umane/CUG/CCD	31/07/2023

Verifica strumenti tecnologici e informatici	Verifica e mappatura strumentazione da utilizzare per il lavoro agile	SC Sistema Informativo /Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione /Direttori SC ovvero SSD	01/07/2023
Mappatura delle attività espletabili da remoto	Analisi delle attività che possono essere espletate da remoto previa definizione del lavoro per cicli, fasi e obiettivi nell'ambito delle strutture interessate	Direttori SC ovvero SSD /CUG /CCD / OIV ovvero Nucleo Valutazione	01/10/2023
Stesura Piano Formativo	Il piano di formazione per i Direttori di SC/SSD è finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per acquisire una modalità di coordinamento del lavoro agile Il Piano formativo per i dipendenti deve comprendere l'aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza	Servizio Formazione/Direttori SC ovvero SDDCCD/ SC Sistema Informativo	1/11/2023
Formazione per i Direttori di SC ovvero SSD e dipendenti	Inizio percorso formativo con partecipazione dei soggetti interessati	Servizio formazione/Direttori SC ovvero SSD/dipendenti	1/1/2024

Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 “Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, Capo II “Lavoro Agile”.
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti”.
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 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”.
8. Artt. 76/77/78/79/80 del CCNL comparto sanità del 2/11/2022



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023/2025

VP05 - QUALITA' E SICUREZZA DEL PAZIENTE



P12 – QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano di Miglioramento descrive gli obiettivi e indica le attività necessarie per il loro raggiungimento, le responsabilità ed i tempi di attuazione. Si tratta di obiettivi misurabili e coerenti con la Mission e la Politica della Qualità, emessa dalla Direzione Generale, che ha come fine il miglioramento del servizio e la soddisfazione del Paziente, con le linee di indirizzo regionali e ministeriali in tema di sicurezza delle cure/gestione del rischio clinico, nonché con il percorso di certificazione ISO 9001:2015 Rina e il percorso di accreditamento all'eccellenza intrapreso in Azienda con deliberazione n.1966 del 29.12.2021. **Il documento potrà essere revisionato nell'anno in corso alla luce del confronto con i 30 standard del percorso di Accreditamento all'eccellenza Accreditation Canada livello platino, con i risultati dei 4 SWR e della FMEA.**

Al di là delle specifiche responsabilità, tutto il personale è tenuto a collaborare e ad essere parte in causa proponente ed attiva per l'ottenimento di quanto indicato.

La Direzione Strategica si impegna a monitorare costantemente l'avanzamento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi e quindi ad aggiornare il presente Piano di Miglioramento al fine di permettere il riesame delle attività e del Sistema di gestione per la Qualità per verificare la rispondenza agli obiettivi fissati.

Dal 2021 ASL4 Liguria, al fine di rendere sempre più evidente e lineare la gestione integrata dei percorsi di accreditamento, certificazione e gestione del rischio clinico / UGR ha deciso di elaborare un unico piano di miglioramento, in linea con gli orientamenti regionali, nazionali e della letteratura.

Redazione			Verifica/Approvazione			Emissione		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
08.03. 2023	Risk Manager	Giacobbe		DG	Petralia		Qualità	
				RQA – DS	Orlandini			
				DSS	Secchi			
				DA	Bertorello			

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

SCENARIO DI RIFERIMENTO

Con Atto Dirigenziale N° 776 del 25 luglio 2017 A.S.L. 4 ha affidato, mediante procedura negoziata, il servizio di assistenza tecnico-operativa per il mantenimento della Certificazione ISO per il triennio 2018/2020 alla ditta RINA Services SPA. Con atto dirigenziale n. 1739 del 28 Settembre 2020 è stato confermato il servizio di assistenza tecnico-operativa per il mantenimento della Certificazione ISO per il triennio 2021/2023 alla ditta RINA Services SPA. Ultimo audit di parte terza che ha confermato la certificazione ISO per ASL4 Liguria è avvenuto a Dicembre 2022 (rapporto di audit n. 22 GE 890 MQ) con superamento della verifica. ASL4 ha tutte le strutture (sanitarie e non) certificate ISO 9001:2015.

Con deliberazione n.1966 del 29.12.2021 è stato formalizzato il percorso di accreditamento all'eccellenza con Accreditation Canada. Trattandosi di un percorso di Accreditamento all'eccellenza risulta indispensabile che sia trasversale a tutta l'Azienda, condiviso e coordinato per supportare e monitorare lo stato di avanzamento dei lavori, nonché allineare lo stesso con la certificazione ISO 9001:2015 già in essere in tutte le strutture aziendali. L'audit di parte terza si è svolto dal 29 novembre al 7 dicembre 2022 e nel report emesso il 13 febbraio 2023 è stato certificato l'accREDITAMENTO livello oro.

Asl4 Liguria al fine di garantire a tutti i cittadini uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie ed omogeneità nell'erogazione delle prestazioni stesse, è articolata in un unico ambito territoriale; all'interno di tale ambito, suddiviso in 30 Comuni, sono stati individuati 3 distretti sociosanitari, che rappresentano le articolazioni tecnico-funzionali per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base.

ASL4 è impegnata nella realizzazione del progetto strategico TIGULLIO LUOGO DI SALUTE di cui alla deliberazione n.351 del 25 Giugno 2021. Il progetto nel 2022 ha concluso la fase sperimentale regionale affidata alla Asl4 e finanziato con fondi terzi. L'Asl4 è stata, infatti, selezionata da Alisa e quindi individuata con D.G.R. 1041 del 12.11.2021 quale soggetto proponente e sperimentatore per Regione Liguria del progetto regionale di riorganizzazione innovativo di sanità di prossimità anche digitalizzata, nell'ambito del Bando della Conferenza Stato Regioni finanziato con propri fondi assegnati per questa finalità. Per realizzare e rendicontare il progetto ASL4 ha costituito un'unità di missione interna (deliberazione n.578 del 21/10/2021) e una conseguente metodologia operativa replicabile a livello regionale. Il progetto strategico TLS è rendicontato ad Alisa con specifica relazione e utilizzo di indicatori, come descritto nella deliberazione 82 del 1.3.2022.

Con tale premessa, la gestione della sicurezza nella sua globalità in un'organizzazione sanitaria è sicuramente:

- un **imperativo etico** al fine di garantire al massimo la sicurezza delle cure offerte,
- un aspetto con sicura **ricaduta in termini economici**, in costi assicurativi, umani e di immagine condizionando anche il benessere organizzativo nella sua accezione più vasta,
- un **obbligo di legge**:

¹“Art. 1 Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

¹ LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale”.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- a. Relazione annuale rischio clinico 2022, analisi al 31.12.2022 di cadute, IR, NC, Reclami
- b. CARMINA 2022
- c. Monitoraggio Annuale 2022 Raccomandazioni Ministeriali
- d. Analisi risultati SWR e FMEA 2022
- e. Norma ISO-9001:2015
- f. Standard Accreditamento all'eccellenza Accreditation Canada
- g. Raccomandazioni ente Rina e Accreditation Canada per audit di parte terza del dicembre 2022.

ELENCO DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO 2023

1. PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA LIVELLO PLATINO ALLINEATO A PERCORSO IN ESSERE DI CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015
2. COINVOLGIMENTO OPERATORI PER LA QUALITÀ: 4 SWR ANNUALI
3. 1 FMEA
4. PROGETTO “ARE YOU SURE?”

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

Titolo iniziativa di miglioramento 1: PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA LIVELLO PLATINO ALLINEATO A PERCORSO IN ESSERE DI CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015

GANTT ATTIVITÀ 2022 ACCREDITATION CANADA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	RESPONSABILITÀ
SCHEDE PER ACCREDITAMENTO ECM CORSI DI FORMAZIONE QUALITA' 2023	√												SARA GIACOBBE
DEFINIZIONE/REVISIONE TEAM, TEAM LEADER E ASSEGNAZIONE AUDITORS	√	√											DIREZIONE STRATEGICA
INCONTRI PER DEFINIZIONE PROPOSTA DI ROAD MAP	√	√	√										GRUPPO DI COORDINAMENTO
CONDIVISIONE REPORT ACCREDITATION CANADA/RINA CON TEAM LEADER, AUDITORS, COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DEFINIZIONE/APPROVAZIONE ROAD MAP			√										SARA GIACOBBE
CONDIVISIONE REPORT ACCREDITATION CANADA/RINA CON RESPONSABILI QUALITA' E RISCHIO CLINICO DI SINGOLA STRUTTURA E DEFINIZIONE/APPROVAZIONE ROAD MAP			√										QUALITA'
FORMALIZZAZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023			■										DIREZIONE STRATEGICA
PREDISPOSIZIONE CARTELLA ASL4 SHARE CON EXCEL 2023 (LIVELLO PLATINO)			■										QUALITA'
RIUNIONI DEI TEAM PER VERIFICA STANDARD E "COMPILAZIONE EXCEL"			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	TEAM LEADER
WEBINAR N.1(avvio degli incontri webinar) 2 E 3				■	■	■							CON TEAM LEADER, AUDITORS E QUARM
PREDISPOSIZIONE REPORT ACCREDITATION CANADA E RINA CON AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE DA AUDIT DI PARTE TERZA DICEMBRE 2022						■							GRUPPO DI COORDINAMENTO
DEFINIZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023 REV1							■	■					QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT CON TEAM LEADER E AUDITORS, DIREZIONE STRATEGICA
IMPLEMENTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2023									■	■	■		INDIVIDUATE NEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

AUDIT DI PARTE TERZA CON VALUTATORI
ACCREDITATION CANADA E RINA

ASL4 LIGURIA

**Responsabile
dell'iniziativa:**

Orlandini – Giacobbe

**Data prevista di
attuazione definitiva:**

dicembre 2023

Titolo iniziativa di miglioramento 2: COINVOLGIMENTO OPERATORI PER LA QUALITÀ: 4 SWR ANNUALI

SWR 2022	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	RESPONSABILITÀ
DEFINIZIONE DEL PROGETTO ECM													GIACOBBE
SVOLGIMENTO 1° SWR													
SVOLGIMENTO 2° SWR													
SVOLGIMENTO 3° SWR													
SVOLGIMENTO 4° SWR													
RELAZIONE FINALE													

**Responsabile
dell'iniziativa:**

Orlandini – Giacobbe

**Data prevista di
attuazione definitiva:**

Dicembre 2023

I 4 SWR/Giri per la sicurezza 2023 saranno dedicati ai seguenti percorsi:

- Paziente diabetico
- Paziente con scompenso cardiaco
- Paziente polipatologico
- Paziente chirurgico

in linea con quanto previsto dai percorsi di certificazione e accreditamento all'eccellenza, nonché con la formazione aziendale in essere LEAN.

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 rev. 0

Titolo iniziativa di miglioramento 3: 1 FMEA

FMEA 2023	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	RESPONSABILITÀ
DEFINIZIONE DEL PROGETTO ECM													GIACOBBE
SVOLGIMENTO FMEA													
RELAZIONE FINALE FMEA													

Il processo oggetto della FMEA 2023 sarà il processo di gestione del farmaco in oncologia, in linea con quanto rappresentato da Accreditation Canada nel report dell'audit di parte terza del dicembre 2022.

Responsabile dell'iniziativa:	Orlandini – Giacobbe
--------------------------------------	----------------------

Data prevista di attuazione definitiva:	DICEMBRE 2023
--	---------------

Titolo iniziativa di miglioramento 4: 1 Progetto “Are you sure?”

Incontri/confronti ecm tra direttori e titolari di funzione per discussione /individuazione ambiti di miglioramento fronte della recente informatizzazione delle check list di verifica implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure (maggio 2022) e della relativa compilazione da parte delle singole strutture aziendali durante il corso ecm per responsabili qualità e rischio clinico.

ARE YOU SURE 2023	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	RESPONSABILITÀ
DEFINIZIONE DEL PROGETTO ECM													GIACOBBE
Are you sure 1 (cadute, contenzione e ulcere da pressione)													
Are you sure 2 (identificazione paziente e paziente chirurgico)													
Are you sure 3 (terapia e antibioticoterapia, sigle e abb, farmaci ad alto livello di attenzione)													
Are you sure 4 (atti di violenza a operatori e trasporto pazienti)													

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP05 - QUALITA' E SICUREZZA DEL PAZIENTE



**P13 – PIANO DI SINTESI
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)**

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4	3
Normativa di riferimento	5

Premesse

Il presente documento ha l'obiettivo di pianificare ed attuare le attività di prevenzione e di gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed intende proseguire e rafforzare le azioni avviate negli anni precedenti per il miglioramento della sicurezza delle cure.

Le azioni includono la valutazione dei principali processi, l'analisi del rischio, la promozione e l'implementazione di procedure e di istruzioni operative, la formazione del personale e l'informazione.

Gli obiettivi strategici regionali sono quelli definiti nel Piano Regionale della prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) e ripropongono le seguenti tematiche:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla Prevenzione del rischio Infettivo
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio/contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e da Candida auris;
- c) Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA e valorizzazione delle stesse.

Alcune azioni, successivamente descritte, sono da tempo monitorate e riprogrammate annualmente, in sinergia con gli obiettivi proposti a livello Regionale e Nazionale.

L'impegno necessario per il consolidamento delle attività all'interno della programmazione routinaria esprime la qualità del Servizio. Il monitoraggio dei risultati e le eventuali criticità osservate rappresentano i punti cardine per valorizzare i percorsi ottenuti ed implementare le necessarie attività formative e operative di correzione e controllo.

Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4

In linea con la mission aziendale, nel documento vengono monitorati gli interventi che mirano al contenimento delle ICA e al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, tenendo conto della peculiarità delle singole strutture e servizi. Sono, inoltre, pianificate attività volte a garantire la revisione e l'elaborazione di procedure e di protocolli (ove applicabili), previsti dalle raccomandazioni ministeriali. Sono programmati corsi di formazione, finalizzati alla corretta applicazione e alla diffusione capillare delle procedure/protocolli/documenti redatti dalla Struttura in tema di ICA. Sintetizzate nelle schede successive, le azioni previste per il prossimo triennio, specificando razionale, azioni, cronoprogramma, indicatori di monitoraggio, target e baseline (ove definibili).

Tali obiettivi /indicatori Regionali vengono richiesti da Alisa e così declinati e rendicontati:

Descrizione indicatori Regionali	Istruzioni per la compilazione	ASL4
% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)	<i>Si chiede in particolare se sia attivo lo screening all'ingresso per la ricerca delle colonizzazioni da CRE e/o se sia attiva la sorveglianza delle batteriemie da CRE (CM n. 1479 del 17/01/2020) compreso l'accreditamento su piattaforma dedicata ISS fornendo i nominativi del personale dotato di credenziali di accesso</i>	<i>invio mensile dello screening per la ricerca delle colonizzazioni da CRE e Sorveglianza delle Batteriemie da CRE. Sono state ottenute le credenziali di accesso per la piattaforma dedicata ISS da parte del Laboratorio analisi (dott.ssa S. Reali) e UICA dott.ssa Lorusso</i>
Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100	<i>Indicare se il report annuale previsto sia stato prodotto dall'Azienda nel 2022, possibilmente dandone evidenza tramite allegato</i>	<i>Produzione annuale di un report con rendiconto delle ICA evidenziate negli studi di prevalenza. L'Ultimo report condiviso a livello aziendale e discusso nel CIO (Verbale) è fruibile sul portale del Dipendente e inviato ad ALISA.</i>
Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	<i>Confermare la presenza del Comitato all'interno dell'Azienda/Ente</i>	<i>Il CIO aziendale è presente in ASL 4 dal '96 (del n.36 del 29/1/96) con rinnovo ultima delibera del marzo/2022 (del. n. 116 del 11/3/22)</i>
Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	<i>Si chiede di descrivere o documentare eventuali percorsi formativi attivati nel 2022 destinati ai dipendenti o altre figure (MMG, PLS, ecc)</i>	<i>Corso RIO per medici e infermieri annuale (2022); implementazione della formazione e applicazione delle pratiche sicure in tema di IPC all'interno del percorso di Accreditazione (Accreditation Canada). Integrazione in tema di IPC all'interno dei corsi di formazione organizzati dalla Qualità rivolti al personale medico ed infermieristico .</i>
Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR	<i>Si chiede di descrivere o documentare qualsiasi iniziativa di comunicazione svolta nel 2022, ad es. in occasione della settimana dedicata all'uso consapevole dell'ATB o della giornata dedicata all'igiene delle mani</i>	<i>APPROCCIO MULTIMODALE DEGLI ARGOMENTI DESCRITTI: • attivazione di un corso FAD rivolto a tutto il personale Aziendale, con partecipazione obbligatoria per il personale sanitario; • questionario OMS per l'autovalutazione dell'igiene delle mani, con proposta di compilazione ad ogni accesso del dipendente al portale aziendale (fino ad avvenuta compilazione) e successivo feedback delle risposte; • ideazione di brochures sulle raccomandazioni per l'importanza dell'adesione alla pratica dell'igiene delle mani, indirizzate a Soccorritori Pubbliche Assistenze (PA) e Volontari AVO, parenti e caregiver; • Attività per la popolazione e formativa ASL 4 - 5 maggio pubblicazione e tramite SITO ASL delle attività- formazione agli studenti del 3° anno del corso di laurea in Infermieristica con produzione di materiale e strumenti informativi rivolti alla popolazione generale e agli operatori Sanitari in occasione del 5 maggio e elaborazione di un video sul tema ; • momenti per l'osservazione diretta degli operatori durante le attività assistenziali, mediante una scheda predisposta effettuata oltre che dal team Prevenzione e Controllo delle Infezioni, anche dai RIO (medici e infermieri) • coinvolgimento di parenti, caregiver e operatori sanitari nella pratica dell'igiene delle mani con utilizzo del box didattico per monitorare l'appropriatezza della tecnica dell'igiene della mani • Partecipazione a SIMPIOS con Poster su Igiene delle mani; • valorizzazione e monitoraggio semestrale del Consumo in litri di Soluzione Iatro Alcolica (CSIA) • evidenza di compliance all'igiene delle mani mediante l'osservazione nei percorsi Safety Walk Round (SWR), compresa l'intervista ai pazienti, condotti da teams multidisciplinari • Attività formazione popolazione sull'uso consapevole degli antibiotici pubblicazione tramite il sito ASL e posizionamento in tutti i reparti delle Locandine e brochure ; • Brochure informativa alla popolazione x MDRO e C. auris</i>

Si seguito la sintesi delle attività programmate nel 2023 e condivise nella Riunione del Comitato di Controllo per le Infezioni Ospedaliere (CIO) del 24/ 11/22.

A queste azioni si aggiunge inoltre l'attività di sorveglianza prevista a livello nazionale delle infezioni del sito chirurgico per gli interventi di taglio cesareo e di chirurgica del colon, che si terrà da aprile a giugno, con followup a 30 giorni.

CONDIVISIONE DEL PIANO AZIENDALE 2023 PER LA PREVENZIONE e CONTROLLO INFEZIONI (PCI)

AZIONE	RESPONSABILITA'	IN ESSERE	NUOVE
Consumo di gel alcolico semestrale e stratificato per area e per struttura (pubblicazione sul portale) rendicontazione ad ALISA	UICA-Farmacia-CCD	X	
2 Studi di Prevalenza Puntuale ICA negli Ospedali per acuti (uno Regionale) e produzione di un Report annuale	UICA- RIO	X	
1 Studio di Prevalenza delle ICA in RSA e 1 partecipazione alla Prevalenza delle Europea RSA (Red Cap-UNITO)	UICA- RIO	X	X
screening mensile per CRE da inviare ad ALISA compreso reporting zero	Invio dati Laboratorio microbiologia	X	
Sorveglianza batteriemia CRE da inviare S. Marino (dott.ssa Marchese) e inserimento piattaforma ISS (attivata)	Invio dati Laboratorio microbiologia-UICA- team infettivologico	X	
Sorveglianza screening Candida auris. Invio dei positivi ad ALISA (format ad hoc).	Invio dati Laboratorio microbiologia-UICA	X	
Sorveglianza batteriemie da Candida auris. Invio dei positivi ad ALISA (format ad hoc).	Invio dati Laboratorio microbiologia- UICA- team infettivologico	X	
Sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emollio e delle meningiti batteriche in Italia- (invio ceppo per tipizzazione). Inserimento piattaforma ISS --> Igiene Pubblica	Laboratorio microbiologia-UICA-Igiene Pubblica	X	
Report semestrale alert per Struttura visualizzazione sul Portale	UICA- DIT		X
Sorveglianza infezioni da Clostridioides /n gg degenza	Laboratorio microbiologia-UICA-CCD		X
Sorveglianza batteriemie Stafilococco aureus	Laboratorio microbiologia-UICA-team infettivologico		X
Stesura linee guida terapia empirica Ospedaliera	Team infettivologico (corso RIO e riunioni Qualità)		X
Approccio alla stesura linee guida terapia empirica Territorio	Team infettivologico-MMG		X
Formazione continua di tutti gli operatori sanitari in tema PCI	UICA (corso RIO e riunioni Qualità)	X	X
Progettazione di un percorso per aumentare la consapevolezza in tema di PCI sulla popolazione generale (pazienti care givers; associazioni volontari)	UICA		

Normativa di riferimento

Ministero della Salute - Piano Nazionale di contrasto dell'Antibiotico Resistenza 2022-2025

Ministero della Salute - Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

Piano Regionale della prevenzione 2021-2025 PP10

Circolare Ministeriale 55369 02/12/2021 - Protocollo della "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero"

Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 "LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE"

Circolare Ministero della Sanità n.8/1988 "LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE: LA SORVEGLIANZA"

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP06 – SICUREZZA DEGLI OPERATORI



**P14 – SALUTE E SICUREZZA DEGLI OPERATORIE
E DEI LUOGHI DI LAVORO PER IL PERSONALE
DI ASL4**

Sommario

Premesse	3
Attori coinvolti nel processo	4
Implementare l'attività di contrasto alle aggressioni sul luogo di lavoro per tutti gli operatori ...	5
Valutazione dei carichi e dello stress lavoro-correlato	6
Implementare l'attività di miglioramento della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	7
Implementare l'attività di miglioramento della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	8

Premesse

La Direzione Aziendale approva e sottoscrive la propria politica quale impegno volto al mantenimento e miglioramento continuo di elevati standard di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro tali da prevenire l'insorgenza di infortuni e le malattie professionali.

La tutela della salute e della sicurezza costituisce, infatti, un ambito di azione primario e imprescindibile su cui l'ASL 4 intende fondare il proprio modo di operare e di rappresentare valori, missione e visione, attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'art.30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.”.

La Direzione Aziendale riconosce che la gestione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro richiede necessariamente apporti integrati, partecipati e condivisi da parte di tutti gli attori coinvolti nell'attuazione di misure volte a garantire la sicurezza dei lavoratori o del fruitore dei servizi assistenziali.

Pertanto la politica per la salute e sicurezza sul lavoro, intesa nella più ampia e dichiarata accezione, esprime l'impegno a:

- svolgere ogni attività secondo modalità che garantiscano, in ogni momento, la salute e la sicurezza dei lavoratori, siano essi dipendenti propri o di ditte esterne e dei clienti;
- adottare una metodologia di valutazione sistematica e continua dei rischi lavorativi e degli impatti significativi, al fine di eliminare/ridurre infortuni e malattie professionali e prevenire i rischi professionali;
- adottare soluzioni tecniche e organizzative che garantiscano elevati livelli di prevenzione e protezione della salute e sicurezza sul lavoro avendo come punto di partenza il completo adempimento degli obblighi di legge, e di eventuali accordi sottoscritti al riguardo, per arrivare ad una gestione responsabile ed integrata di SSL, fondata sul miglioramento continuo dei livelli di tutela;
- destinare risorse umane, tecnologiche ed economiche adeguate ed appropriate per consentire la realizzazione della politica Aziendale e degli obiettivi strategici ed operativi conseguenti;
- consultare e coinvolgere il personale interno e le loro rappresentanze, per ottenere impegno nell'attuazione della politica;
- coinvolgere le imprese esterne nella applicazione delle parti del SGSL di loro pertinenza;
- comunicare gli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti a tutte le parti interessate, con particolare riguardo ai lavoratori ed ai loro rappresentanti;
- assicurare la comprensibilità, l'attuazione ed il regolare aggiornamento delle procedure a tutti i livelli dell'organizzazione;
- riesaminare periodicamente la politica e la pianificazione delle attività, effettuare un attento continuo monitoraggio del sistema di gestione, integrato anche sulla scorta degli esiti degli audit periodici e sulla scorta della corretta applicazione delle procedure, affinché il sistema di gestione sia costantemente ed efficacemente attuato e mantenuto, avendo a riferimento costante il principio del miglioramento continuo;
- garantire che il personale, a tutti i livelli, riceva adeguata informazione, formazione ed addestramento e che possieda le competenze per lo svolgimento dei propri compiti, in modo di essere in grado di assumere le rispettive responsabilità in materia di SSL.

Attori coinvolti nel processo

Per l'implementazione e il miglioramento del Sistema di Gestione, l'Azienda si avvale dei Responsabili Qualità, dei Responsabili Rischio Clinico delle Strutture Aziendali e degli auditor interni aziendali, che si occupano a livello locale di assicurare, a supporto degli "owner" dei processi, che questi ultimi siano predisposti, attuati e continuamente migliorati e tenuti sotto controllo.

La Direzione dell'Azienda attribuisce e comunica le responsabilità e le autorità per l'attuazione del sistema di gestione.

Per ogni funzione e ruolo sono poi definite le competenze, ovvero il livello di formazione, addestramento, conoscenza, esperienza, che risulta necessaria per assumere la responsabilità di tale funzione o ruolo.

Il sistema organizzativo complesso dell'ASL 4 comprende al suo interno i Soggetti, la Struttura organizzativa, le attività di pianificazione, le responsabilità, le azioni di coinvolgimento, le pratiche, le procedure, i processi e le risorse necessarie per sviluppare, attuare, raggiungere e mantenere la politica dell'organizzazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nell'ottica del miglioramento continuo.

Le responsabilità e le relative autorità in materia di SSL sono strettamente correlate allo schema organizzativo e funzionale dell'organizzazione nonché con i requisiti legislativi vigenti in materia. La Direzione Generale dell'ASL4 mette a disposizione dei dirigenti delegati, compatibilmente con i vincoli di bilancio assegnati, le risorse ritenute necessarie (finanziarie, mezzi, infrastrutture, servizi, etc.) per lo sviluppo ed il miglioramento continuo del Sistema di Gestione della Sicurezza dei Lavoratori. I preposti, individuati dai dirigenti delegati/subdelegati, sovrintendono e valutano il grado di aderenza dei lavoratori ai principi e agli obiettivi di salute e sicurezza definiti dall'Azienda e segnalano eventuali inefficienze e ipotesi di miglioramento.

I soggetti coinvolti nell'ambito dell'organizzazione, attuazione e verifica del sistema di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro sono:

- Datore di Lavoro
- Dirigenti delegati dal Datore di Lavoro ed eventuali subdelegati
- Preposti
- Lavoratori e figure ad essi equiparati
- Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP e ASPP)
- Coordinatore dei Medici Competenti
- Medico Autorizzato
- Esperto Qualificato – Responsabile Sicurezza RM – Addetto Sicurezza Laser
- Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza
- Addetti antincendio e addetti al primo soccorso individuati
- Responsabile del Sistema di Gestione Salute e Sicurezza Sul Lavoro
- Responsabile Tecnico Antincendio
- Risk Manager
- Team di Audit (internal auditor/lead auditor)
- Organismo di Vigilanza.

Di seguito illustrati i processi individuati per l'anno 2023, in prosecuzione a quanto già realizzato in precedenza o come nuova attività 2023 (e anni successivi).

LINEA DI SVILUPPO	
Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Implementare l'attività di contrasto alle aggressioni sul luogo di lavoro per tutti gli operatori	
Razionale	Gli episodi di violenza comportano per gli operatori sanitari conseguenze fisiche e psichiche spesso gravi e che non si limitano al momento dell'aggressione fisica o verbale ma che si trascinano nel tempo, con importanti ricadute sulla sfera psichica, con forme di ansia e depressione e di minore soddisfazione nell'attività lavorativa quotidiana. Oltre alle conseguenze sullo stato di salute degli operatori sanitari colpiti occorre considerare anche le conseguenze sull'organizzazione, sulla continuità di erogazione dei servizi alla popolazione ed in generale alla ricaduta economica negativa (in senso lato) di tali situazioni.
Soggetti coinvolti	SPP – SC Tecnico Patrimoniale
Tempi di realizzazione	Dal 2018
Azioni	Azione 2023: prosecuzione della progressiva implementazione dei pulsanti di sicurezza e dei sistemi di videosorveglianza nelle situazioni a maggior rischio Azione 2023: presa in carico di fenomeni infortunistici e atti di violenza sugli operatori e effettuazione di audit con la struttura interessata per eventi gravi o ripetuti Azione 2023: formazione agli operatori (corsi FAD per strutture a minor rischio – corsi di formazione sulle tecniche di deescalation e di autodifesa per articolazioni a maggior rischio) Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle risultanze del 2023
Indicatori e target	Indicatore 2023: pulsanti/sistemi di videosorveglianza attivi al 31/12/2023 > attivi al 31/12/2022 Indicatore 2023: % partecipanti ai corsi FAD / numero dipendenti (target minimo 75%) Indicatore 2023: % audit / eventi di violenza (target atteso 90% degli eventi gravi giugno-novembre 2023) % partecipanti ai corsi FAD / numero destinatari (target minimo 90%) Indicatori 2024-2025: da definirsi in seguito
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto – costo per lo sviluppo e l'erogazione della formazione

LINEA DI SVILUPPO	
Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
PROGETTO – nuova implementazione	
Valutazione dei carichi e dello stress lavoro-correlato	
Razionale	<p>La valutazione del rischio stress lavoro correlato consiste in due fasi: una necessaria (valutazione preliminare) e l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio significativi. Le buone prassi indicano che a tutto ciò occorra preventivamente una fase propedeutica, con lo scopo di preparare il contesto organizzativo a intraprendere in modo partecipativo ed efficace tale valutazione. Tale fase non è menzionata nella Circolare Ministeriale che riporta il livello minimo di ottemperanza, ma è citata in altri documenti quali il documento INAIL del 2017.</p> <p>Valutazione preliminare del rischio stress lavoro-correlato (obbligatoria): consiste nell'analisi dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventi sentinella (indicatori quali l'assenteismo, il tasso di infortuni, il ricambio di personale, ecc.) • Fattori di contenuto del lavoro (che cosa può generare stress nel contenuto del lavoro?) • Fattori di contesto del lavoro (che cosa può generare stress nel contesto organizzativo?)
Soggetti coinvolti	SPP – Medico Competente – Formazione
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	<p>Azione 2023: analisi degli “eventi sentinella” – individuazione di articolazioni a maggior rischio e implementazione della valutazione</p> <p>Azione 2023: formazione, come da piano formativo 2023</p> <p>Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle risultanze del primo anno di attività</p>
Indicatori e target	<p>Indicatore 2023: almeno 2 articolazioni valutate</p> <p>Indicatore 2024-2025: da definirsi in seguito</p>
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto

LINEA DI SVILUPPO	
Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Implementare l'attività di miglioramento della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
Razionale	Da alcuni anni in Asl4 viene assegnato ai Dirigenti e ai Delegati per la sicurezza un budget da utilizzare per interventi mirati a migliorare la salute e sicurezza degli ambienti di lavoro.
Soggetti coinvolti	SPP – SC Tecnico Patrimoniale – SC Bilancio e Contabilità – Articolazioni aziendali assegnatarie di budget
Tempi di realizzazione	Dal 2016
Azioni	Azione 2023: prosecuzione della assegnazione e del monitoraggio periodico dei “budget per la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro” Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle risultanze del 2023
Indicatori e target	Indicatore 2023: $\text{speso 2023} / \text{assegnato 2023} > \text{indicatore 2022}$ Indicatori 2024-2025: da definirsi in seguito
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto – costo per lo sviluppo e l'erogazione della formazione

LINEA DI SVILUPPO	
Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Implementare l'attività di miglioramento della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
Razionale	La formazione degli operatori passa anche attraverso la verifica periodica del corretto apprendimento; per tale motivo si ritiene necessario periodicamente riproporre simulazioni per valutare eventuali necessità di retraining e/o di approfondimenti specifici
Soggetti coinvolti	SPP – Ufficio formazione
Tempi di realizzazione	Dal 2016
Azioni	Azione 2023: attuazione del piano simulazioni definito per il 2023 Azione 2024-2025: prosecuzione – in funzione delle risultanze del 2023 definizione del piano formativo di miglioramento
Indicatori e target	Indicatore 2023: simulazioni implementate / effettuate > 90% Indicatori 2024-2025: da definirsi in seguito
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	valorizzazione tempi dedicati al progetto – costo per lo sviluppo e l'erogazione della formazione

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP07 – PARI OPPORTUNITA', WELFARE E
INCLUSIONE**



P15 – PARI OPPORTUNITA' E INCLUSIONE

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4	4
Regolamentazione del lavoro agile.....	5
Procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali	6
Applicazione istituto del part time.....	7
Percorso di accompagnamento dipendenti con lunghi periodi di assenza	8
Exit interview.....	9
Analisi di clima organizzativo	10
Promozione di un'equa composizione di genere per il reclutamento del personale e per la valutazione comparativa di candidate/i e garantire che le stesse siano costituite per almeno 1/3 dei posti da donne.....	11
Studio di fattibilità Certificabilità di Genere (prassi UNI/PDR 125).....	12
Studio di fattibilità applicazione delle “Linee guida sulla parità di genere nell’organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazione” di ottobre 2022	13
Azioni volte a favorire l’inserimento lavorativo di giovani con disabilità.....	14
Medicina di genere – partecipazione al Network “Bollini Rosa” e al Network “Bollini RosaArgento” promosso dall’Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDA)	15
Panchine rosse – nuova implementazione.....	16
Medicina di genere – studio degli indicatori PNE legati al genere e studio di fattibilità per lo sviluppo di indicatori azienda	17
Medicina di genere – formazione degli operatori e degli utenti di Asl4 in tema di differenze legate alla medicina di genere	18
Attuazione del Piano - Attori del processo: il CUG.....	19
Normativa di riferimento	20

Premesse

Due dei principi cardine del nostro ordinamento sono il divieto di discriminazioni e la parità di trattamento dei lavoratori in relazione all'accesso e all'occupazione, diritti cristallizzati e garantiti all'interno del nostro ordinamento dagli articoli 2 e 3 della Costituzione.

Tali principi sono tutelanti e assunti come valori fondamentali anche all'interno dell'Unione Europea, come chiaramente stabilito dal Trattato di Maastricht del 1993 (TUE), dal Trattato di Lisbona del 2007 (TFUE) e dalla Carta europea dei diritti fondamentali.

Scopo del presente piano, che rientra tra le azioni che Asl4 individua come *STRATEGICHE* per il proprio buon funzionamento, è quello di definire "le azioni positive", misure mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

Sono misure "speciali" – in quanto non generali ma specifiche e ben definite, create per intervenire in maniera mirata all'interno di un determinato contesto, puntando ad eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta – e "temporanee" in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Il Decreto Legislativo 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico le disposizioni ed i principi di cui alla Legge 10 aprile 1991, n. 125 e al D.Lgs. 23 maggio 2000, n. 196 e prevede che le Pubbliche Amministrazioni predispongano un Piano Triennale di azioni positive per la "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne".

La Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le Pari Opportunità "Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" specifica le finalità e le linee di azione da seguire per attuare le pari opportunità nelle P.A. e ha come punti di forza il "perseguimento delle pari opportunità nella gestione delle risorse umane, il rispetto e la valorizzazione delle differenze, considerandole come fattore di qualità".

Anche il PNRR prevede che "nei bandi di gara saranno indicati, come requisiti necessari e, in aggiunta, premiali dell'offerta, criteri orientati verso gli obiettivi di parità. I criteri saranno definiti tenendo conto fra l'altro degli obiettivi attesi in termini di occupazione femminile e giovanile al 2026 e dei corrispondenti indicatori medi settoriali europei"

Non ultimo, nell'ottobre 2022 sono state definite ed approvate le "Linee guida sulla parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazione", frutto della collaborazione tra Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento della Parità di Genere"

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n.4 intende armonizzare la propria attività al perseguimento e all'applicazione del diritto di tutte le persone allo stesso trattamento in materia di lavoro a prescindere dal genere di appartenenza, anche al fine di migliorare, nel rispetto dei contratti nazionali di lavoro e della normativa vigente, i rapporti con il personale dipendente e con i cittadini.

Obiettivi del Piano – Linee di intervento di Asl4

Il piano prevede una serie di interventi mirati a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne da realizzare nel triennio 2023-2025. Gli interventi sono stati suddivisi in base agli obiettivi che si intendono perseguire: favorire la conciliazione tempi vita – lavoro, sviluppare il benessere organizzativo, diffondere la cultura di genere, aumentare la formazione/informazione dei dipendenti in materia. Per ogni intervento vengono indicati i soggetti coinvolti, i tempi di realizzazione, i costi.

Evidentemente alcune delle azioni evidenziate nel piano, risultano collegarsi ad obiettivi sviluppati in altre strategie aziendali e nei correlati sotto-piani, dato che la ricerca della parità non deve nascere come insieme di azioni “a se stanti” ma di percorsi che si integrano con l’attività ordinaria e il perseguimento delle finalità aziendali. Tutto il Piano delle Azioni Positive deve intendersi come Valore Pubblico sviluppato a favore dello stakeholders “personale dipendente”.

Le linee generali d’intervento sviluppate nei paragrafi successivi, sono state pensate in coerenza con le indicazioni della Commissione Europea in tema di parità di genere, riguardo:

- Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell’organizzazione: mira a implementare le politiche necessarie per garantire un’organizzazione aperta e un ambiente di lavoro inclusivo e in equilibrio con la vita privata utilizzando pratiche come la flessibilità degli orari di lavoro o il sostegno alla genitorialità e della cura, azioni di miglioramento del benessere organizzativo;
- Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali: punta a una revisione delle procedure di selezione e concorsuali e nella formazione di gruppi di lavoro con la correzione di eventuali pregiudizi al fine di garantire che le donne e gli uomini ottengano pari opportunità di sviluppo e avanzamento di carriera; persegue l’aumento del numero di donne in posizioni di leadership, decisionali ed organizzative, promuovendo la modifica di regolamenti, l’attuazione di misure a supporto del bilanciamento nei principali organi e strutture e la parità di genere nell’organizzazione;
- Integrazione della dimensione di genere nei percorsi di cura, nella ricerca e nei programmi di qualità e di formazione: individua le misure dirette a fare in modo che la dimensione di genere sia presa in considerazione nella attività di cura (es. medicina di genere) e nella definizione dei processi organizzativi e di formazione;
- Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali: promuove comportamenti che siano sempre rispettosi della dignità delle persone, indicando come si possono segnalare casi di violenza di genere, come si procede per sanzionarli, quali informazioni e quale supporto fornire alle vittime e come l’intera organizzazione può essere mobilitata per stabilire una cultura di tolleranza zero verso molestie e violenze sessuali.

Sintetizzate nelle schede successive, le azioni previste per il prossimo triennio, specificando razionale, azioni, cronoprogramma, indicatori di monitoraggio, target e baseline (ove definibili).

Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – nuova implementazione	
Regolamentazione del lavoro agile	
Razionale	Si rimanda alla specifica sottosezione del PIAO dedicata al lavoro agile
Soggetti coinvolti	Sc Gestione Risorse Umane (stesura procedura), CUG (valutazione contenuti proposta) le OO.SS. comparto e dirigenza (informativa procedura), SC Sistemi Informativi Aziendali (supporto informatico), RSPP e Medico Competente (indicazioni per sicurezza su luogo di lavoro) tutte le SS in cui è applicabile l'organizzazione del lavoro agile (organizzazione, autorizzazione, attuazione e monitoraggio singolo collaboratore), SC Gestione Risorse Umane (monitoraggio periodico utilizzo e risultati)
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione della procedura, condivisione con CUG e informativa alle OOSS Azione 2024: informazione/diffusione al personale coinvolto e ai dirigenti di riferimento Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: stato avanzamento lavori procedura Indicatore 2024: ore fruizione lavoro agile (target non definibile a priori) Indicatore 2025: ore fruizione lavoro agile 2025 > 2024
Valore Baseline 2022	8 lavoratori fragili nel 2022 – 35 emergenziali + 5 lavoratori fragili 2021
Costi	nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO	
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – nuova implementazione	
Procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali	
Razionale	I vigenti CCNL disciplinano l'istituto delle ferie e dei riposi solidali, ovvero la possibilità per i dipendenti di cedere, su base volontaria e a titolo gratuito, giorni di ferie/riposi per festività soppresse ai colleghi che hanno la necessità di prestare assistenza a figli minori che necessitano di cure costanti per particolari condizioni di salute. Tale istituto, oltre a rappresentare un importante strumento di solidarietà tra colleghi, favorisce il benessere organizzativo aziendale, intervenendo sulla conciliazione tra vita privata e lavoro dei dipendenti. Considerata l'importanza dell'istituto, ancora di limitato utilizzo in ambito aziendale, verrà adottata una specifica procedura di richiesta ed utilizzo delle ferie solidali da applicare a tutto il personale in servizio, in attuazione di quanto già specificamente disposto dai contratti collettivi.
Soggetti coinvolti	Sc Gestione Risorse Umane (stesura procedura), CUG (valutazione contenuti proposta), le OO.SS. comparto e dirigenza (informativa procedura)
Tempi di realizzazione	Dal 2023
Azioni	Azione 2023: realizzazione della procedura, condivisione con CUG e informativa alle OOSS Azione 2023: informazione/diffusione al personale Azione 2024-2025: attivazione utilizzo sistematico
Indicatori e target	Indicatore 2023: stato avanzamento lavori procedura Indicatore 2024: volume 2024 (target non definibile) Indicatore 2025: volume 2025 > volume 2024
Valore Baseline 2022	1 UNITA'
Costi	nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO	
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Applicazione istituto del part time	
Razionale	Ogni anno viene indetto bando per la concessione dell'istituto del part time ai dipendenti del comparto e della dirigenza che ne facciano specifica richiesta. Nel regolamento aziendale per la concessione della tipologia oraria a tempo parziale si privilegiano le madri lavoratrici (part time agevolato per chi ha figli conviventi di età inferiore a 6 anni in relazione al loro numero, conviventi di età compresa tra i 6 ed i 14 anni non compiuti, ai sensi art. 1 – comma 44 – L.247/2007, in relazione al loro numero) e per chi è genitore unico (vedovo, legalmente separato, divorziato) affidatario di minore convivente di età inferiore ai 14 anni compiuti)
Soggetti coinvolti	Sc Gestione Risorse Umane (attivazione procedura annuale) tutte le SS in cui sono inseriti i destinatari del part time (organizzazione delle attività), SC Gestione Risorse Umane (monitoraggio periodico utilizzo e risultati)
Tempi di realizzazione	Prosegue nel 2023-2025
Azioni	Azione 2023-2024-2025: attuazione del bando
Indicatori e target	Indicatore 2023-2024-2025: dipendenti cui è concesso il part time / numero teorico concessioni - Target: mantenimento o aumento rispetto al valore anno precedente
Valore Baseline 2022	6.5% DEL PERSONALE DIPENDENTE 2022
Costi	nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto) non quantificabile l'impatto organizzativo

LINEA DI SVILUPPO	
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – nuova implementazione	
Percorso di accompagnamento dipendenti con lunghi periodi di assenza	
Razionale	Lo scopo è facilitare il rientro al lavoro dei dipendenti che per svariati motivi si trovano a riprendere l'attività lavorativa dopo un lungo periodo di assenza (almeno 6 mesi dovuto a malattia, congedi di vario tipo, aspettativa ecc.), limitando disagi e attivando percorsi di supporto all'assenza e al rientro. Il percorso può essere realizzato agevolmente per i/le dipendenti che si assentano dal servizio in tempi programmati (per es. aspettative per maternità, aspettativa per motivi familiari), mentre per le assenze lunghe non programmabili diventa più complessa la fase di preparazione al periodo di assenza che in alcuni casi non sarà possibile attuare. Le azioni di supporto al dipendente saranno scandite in tre periodi legati alla lunga assenza ovvero prima, durante e dopo (al rientro). Si prevede la stesura di una procedura aziendale a seguito dell'istituzione del CUG
Soggetti coinvolti	CUG, Gruppo di Lavoro (composto da SSD Professioni Sanitarie, almeno 1 Dirigente della PTA, almeno 2 dirigenti Medici, almeno 4 rappresentanti del comparto)
Tempi di realizzazione	anno 2024
Azioni	Azione 2024 (primo semestre): attivazione del gruppo di lavoro, analisi della casistica e definizione del percorso Azione 2024-2025: attivazione del percorso
Indicatori e target	Indicatore 2024: attivazione del percorso nel 50% dei casi (secondo semestre) Indicatore 2025: attivazioni del percorso 2025 > attivazioni 2024
Valore Baseline 2022	100 unità nel 2022
Costi	nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto) non quantificabile l'impatto organizzativo

LINEA DI SVILUPPO	
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – nuova implementazione	
Exit interview	
Razionale	Lo scopo è raccogliere, attraverso un percorso di confronto, il feedback rilasciato dai dipendenti in fase di dimissione per diversi motivi (pensionamento, trasferimento, cambio professione ecc.) per poter intercettare spunti di miglioramento per l'organizzazione. Si prevede la stesura di un questionario che guidi la exit interview, la formazione del personale per la somministrazione ed una attività periodica di valutazione delle risultanze
Soggetti coinvolti	CUG, Gruppo di Lavoro, Sc Gestione Risorse Umane (per somministrazione questionario)
Tempi di realizzazione	anno 2023-2024
Azioni	Azione 2023: attivazione del gruppo di lavoro, analisi della casistica ed stesura del questionario guida Azione 2023: informazione/diffusione al personale, formazione del personale "intervistante" Azione 2024: attivazione di un gruppo di lavoro/CUG per valutazione dei risultati e individuazione di eventuali azioni di miglioramento Azione 2024-2025: attivazione eventuali azioni di miglioramento
Indicatori e target	Indicatore 2023: stato avanzamento format e formazione Indicatore 2024: effettuazione della exit-interview nel 50% dei casi in uscita (secondo semestre) Indicatore 2025: effettuazione della exit-interview 2025 > exit interview 2024
Valore Baseline 2022	124 DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO – 125 A TEMPO INDETERMINATO
Costi	nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO	
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	
PROGETTO – nuova implementazione	
Analisi di clima organizzativo	
Razionale	Si rimanda alla specifica sottosezione del PIAO dedicata alla sicurezza sui luoghi di lavoro
Soggetti coinvolti	Nella realizzazione di tale intervento, verrà coinvolto il CUG in particolare per la fase di lettura dei risultati e di individuazioni di possibili azioni di miglioramento – Gruppo di lavoro “Stress lavoro correlato” per gli esiti del questionario relativo alla sezione – CIF e RSPP e PER ORGANIZZAZIONE
Tempi di realizzazione	2023-2024
Azioni	Azione 2023: realizzazione della indagine Azione 2023: informazione al personale prima della somministrazione del questionario Azione 2023: gruppo di lavoro per la valutazione dei risultati – individuazione delle possibili azioni di miglioramento, condivisione con il CUG, definizione delle azioni da parte della Direzione Strategica e del cronoprogramma attuativo Azione 2024-2025: implementazione delle azioni di miglioramento e follow-up
Indicatori e target	Indicatore 2023: % di adesione al questionario sul totale dipendenti (target atteso > 50%) Indicatore 2024-2025: azioni attuate / azioni previste (target atteso secondo cronoprogramma) Valore baseline 2022: non definibile
Valore Baseline 2022	NON DEFINIBILE
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo per la somministrazione (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto) – da stimare in seguito per le azioni di miglioramento individuate

LINEA DI SVILUPPO Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento Promozione di un'equa composizione di genere per il reclutamento del personale e per la valutazione comparativa di candidate/i e garantire che le stesse siano costituite per almeno 1/3 dei posti da donne.	
Razionale	Ai sensi dell'art. 57 del Dlgs 165/2001 le pubbliche amministrazioni, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro riservano alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente . L'atto di nomina della commissione di concorso è inviato, entro tre giorni, alla consigliera di parità regionale che, qualora ravvisi la violazione di quanto sopra indicato, diffida l'amministrazione a rimuoverla entro il termine massimo di trenta giorni. In caso di inottemperanza alla diffida, la consigliera di parità propone, entro i successivi quindici giorni, ricorso ai sensi dell'articolo 37, comma 4, del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e successive modificazioni.
Soggetti coinvolti	Sc Gestione Risorse Umane (procedure concorsuali)
Tempi di realizzazione	prosegue nel 2023-2025
Azioni	Azione 2023-2024-2025: rispetto della rappresentanza di genere nella composizione di commissioni di concorso
Indicatori e target	Indicatore 2023-2024-2025: n concorsi con rappresentanza di genere rispettata nella commissione / numero concorsi – Target > 95%
Valore Baseline 2022	100% NEL 2022
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo (non quantificabile l'impatto sull'organizzazione)

LINEA DI SVILUPPO Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali	
PROGETTO – nuova implementazione Studio di fattibilità Certificabilità di Genere (prassi UNI/PDR 125)	
Razionale	La prassi UNI/PDR 125 definisce un sistema di gestione che favorisce una politica di inclusione e di gender equality sul lavoro; UNI/PdR 125 è stato concepito per sostenere le aziende nell'adottare politiche che favoriscono l'accesso delle donne a posizioni di alta carriera, diminuire la disparità delle retribuzioni, rendere più paritaria la gestione delle cure genitoriali e parentali. Gli obiettivi di UNI/PdR 125 sono quelli di colmare il divario attualmente esistente, ma anche di incorporare il nuovo paradigma della parità di genere nel DNA delle organizzazioni e produrre un cambiamento culturale sostenibile e durevole nel tempo. Scopo del progetto è approfondire il contenuto della prassi UNI/PDR 125 formando un gruppo di lavoro, valutare l'applicabilità della prassi alla Asl4.
Soggetti coinvolti	Sc Qualità accreditamento e risk management Sc Centro Direzionale di Controllo Sc Gestione Risorse Umane Servizio Prevenzione e Protezione SC Direzione Medica di Presidio (Menicocci)
Tempi di realizzazione	2023-2025
Azioni	Azione 2023: formazione sulla prassi UNI/PRD 125 del gruppo di lavoro Azione 2024: valutazione della fattibilità/adequabilità della prassi alla realtà aziendale, individuazione dei contenuti implementabili Azione 2025: (eventuale) inserimento nel Sistema di Gestione Qualità di alcuni dei contenuti implementabili
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato avanzamento lavori
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costi: 1.200€ fruizione corsi di formazione (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto) non valutabile l'impatto organizzativo

LINEA DI SVILUPPO	
Uguaglianza nel reclutamento del personale e nelle progressioni di carriera, equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali	
PROGETTO – nuova implementazione	
Studio di fattibilità applicazione delle “Linee guida sulla parità di genere nell’organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazione” di ottobre 2022	
Razionale	L’obiettivo delle linee guida, le prime pensate come uno strumento scientifico, culturale e operativo che si sviluppa a partire dalla misurazione del fenomeno dello squilibrio di genere, è di definire interventi mirati, modulabili rispetto al contesto, in grado di agire a livello strutturale per il superamento delle disparità e degli stereotipi culturali; è dunque una guida verso l’eliminazione di “politiche di genere”, pensate in modo frammentario e occasionale. Scopo del progetto è approfondire il contenuto della prassi UNI/PDR 125 formando un gruppo di lavoro, valutare l’applicabilità della prassi alla Asl4.
Soggetti coinvolti	CUG
Tempi di realizzazione	2023-2025
Azioni	Azione 2023: formazione sulla prassi UNI/PRD 125 del gruppo di lavoro Azione 2024: valutazione della fattibilità/adeguabilità della prassi alla realtà aziendale, individuazione dei contenuti implementabili Azione 2025: (eventuale) inserimento nel Sistema di Gestione Qualità di alcuni dei contenuti implementabili
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato avanzamento lavori
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO Uguaglianza nel reclutamento del personale	
PROGETTO – nuova implementazione Azioni volte a favorire l’inserimento lavorativo di giovani con disabilità	
Razionale	La DGR 334 del 14/04/2023 è finalizzata a favorire l’inserimento lavorativo di giovani disabili nel mercato del lavoro, prevedendo tre linee di sviluppo: <ul style="list-style-type: none"> - Attività di integrazione socio-lavorativa - Attività professionalizzanti individualizzate modulari - Attività integrate con la scuola secondaria di secondo grado
Soggetti coinvolti	Servizi Territoriali ASL4
Tempi di realizzazione	2023-2024
Azioni	Azione 2023: adesione come partner Azione 2023-2024: attivazione delle azioni in coerenza con la programmazione dei soggetti capofila
Indicatori e target	Indicatore 2023-2024: stato avanzamento lavori
Valore Baseline 2022	Non applicabile
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

LINEA DI SVILUPPO Integrazione della dimensione di genere nei percorsi di cura, nella ricerca e nei programmi di qualità e di formazione	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento Medicina di genere – partecipazione al Network “Bollini Rosa” e al Network “Bollini RosaArgento” promosso dall’Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDA)	
Razionale	I “Bollini Rosa”/ “Bollini RosaArgento” sono uno strumento di segnalazione e valutazione dei servizi offerti dagli ospedali particolarmente attenti alla salute delle donne e delle persone anziane nelle RSA a gestione pubblica. La partecipazione al Network prevede l’organizzazione di specifiche attività (open day, concorsi, workshop, convegni) sulle tematiche inerenti. Il progetto intende mantenere e migliorare la valutazione già ricevuta nel triennio 2020-2022 https://www.asl4.liguria.it/bollini-rosaargento-2017-2018/
Soggetti coinvolti:	SSC Comunicazione e URP, Formazione, SS coinvolte nelle attività specifiche
Tempi di realizzazione	2023-2025
Azioni	Anno 2023-2025: candidatura azienda e valutazione Anno 2023-2025: organizzazione eventi secondo le indicazioni ONDA
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: Bollini ottenuti pari o superiori al 2020-2022 Indicatore 2023-2025: Almeno n. 1 evento/anno
Valore Baseline 2022	Ultima valutazione: 2 Bollini Rosa (valutazione 2022-2023) 3 Bollini RosaAzzurri (valutazione 2021-2022)
Costi	Costi: 1.500€ /anno per le pratiche di candidatura 3.000€/anno per l’attuazione delle attività (open day, workshop, convegni) salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto

LINEA DI SVILUPPO Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali	
PROGETTO Panchine rosse – nuova implementazione	
Razionale	La panchina rossa, colore del sangue, è il simbolo del posto occupato da una donna che non c'è più, portata via dalla violenza. E' inoltre il simbolo di un percorso di sensibilizzazione verso il femminicidio e la violenza maschile sulle donne e collocata in una piazza, in un giardino pubblico, davanti ad una scuola, a un museo o in un centro commerciale, o davanti al Municipio mantiene viva una presenza. Il progetto prevede l'installazione di una panchina rossa all'interno degli spazi di ogni Casa della Comunità
Soggetti coinvolti:	SC Gestione Tecnica, SSD Comunicazione e Urp
Tempi di realizzazione	Anno 2023-2025
Azioni	Azione 2023-2025: acquisto e collocazione, tempistica in funzione dell'attivazione delle CdC Azione 2023-2025: organizzazione di evento in ambito della giornata 25/11
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato avanzamento lavori
Valore Baseline 2022	NON DEFINIBILE
Costi	Costi: 500€

LINEA DI SVILUPPO Integrazione della dimensione di genere nei percorsi di cura, nella ricerca e nei programmi di qualità e di formazione	
PROGETTO – nuova implementazione Medicina di genere – studio degli indicatori PNE legati al genere e studio di fattibilità per lo sviluppo di indicatori azienda	
Razionale	Agenas ha, dal 2022, ampliato gli indicatori del Programma Nazionale Esiti con una sezione dedicata ad indicatori di esito analizzati per genere (https://pne.agenas.it/equita/index.php) il progetto si pone l'obiettivo, partendo dall'analisi degli indicatori Agenas, di valutare i risultati e valutare la fattibilità di sviluppo di indicatori analoghi che, partendo dai dati aziendali, possano fornire indicazioni tempestive per la programmazione
Soggetti coinvolti:	Sc Sistemi informativi Aziendali, Sc Centro Direzionale di Controllo, Sc Medicina Rapallo
Tempi di realizzazione	2023-2025
Azioni	Anno 2023: analisi degli indicatori PNE – individuazione indicatori di maggior rilievo Anno 2023: analisi di almeno un indicatore PNE (mortalità a 30 giorni per BPCO) Anno 2024: individuazione e analisi di fattibilità dello sviluppo di indicatori aziendali Anno 2025: analisi indicatori aziendali
Indicatori e target	Indicatore 2023-2025: stato avanzamento lavori
Valore Baseline 2022	NON DEFINIBILE
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo per la somministrazione (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto) – da stimare in seguito per le azioni di miglioramento individuate

LINEA DI SVILUPPO	
Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali	
PROGETTO – prosecuzione e mantenimento	
Medicina di genere – formazione degli operatori e degli utenti di Asl4 in tema di differenze legate alla medicina di genere	
Razionale	La medicina di genere non deve essere considerata un argomento di formazione “a se stante”. Per tale motivo, si ritiene di dover individuare opportunità di formazione in eventi già presenti, che prevedano dei momenti di “focus” per genere, più che introdurre eventi formativi “solamente” dedicati alla medicina di genere
Soggetti coinvolti:	Ufficio Formazione – Strutture coinvolte negli eventi formativi
Tempi di realizzazione	2023-2025
Azioni	Azioni 2023-2025: almeno 2 eventi organizzati oppure partecipati da Asl4 in cui sia previsto un intervento con focus sulla medicina di genere Azione 2023: almeno una delle campagne di screening di prossimità con “focus” legato alla medicina di genere
Indicatori e target	Indicatori 2023-2025: n. eventi formativi con focus su medicina di genere (target > 1) Indicatore 2023: n. campagne di prossimità con “focus” di genere
Valore Baseline 2022	NON DEFINIBILE
Costi	Costi: nessun costo aggiuntivo (salvo valorizzazione tempi dedicati al progetto)

Attuazione del Piano - Attori del processo: il CUG

Oltre alle articolazioni aziendali evidenziate nei singoli progetti, attore principale e possibile coordinatore delle azioni del presente piano è il CUG.

Nella tabella seguente sono sintetizzati la composizione, le funzioni ed i riferimenti normativi, confrontato con le attribuzioni del precedente Organismo Paritetico.

	CUG	ORGANISMO PARITETICO
COMPOSIZIONE	Componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative, ai sensi degli artt. 40 e 43 del d.lgs 165/2001 effettivamente presenti all'interno di ogni singola amministrazione, e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione – 4 anni - rinnovabili	Componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto nonché da una rappresentanza dell'Azienda o Ente, con rilevanza numerica pari alla componente sindacale
FUNZIONI	<p>sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni.</p> <p>assicura nell'ambito di lavoro, parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione.</p> <p>favorisce la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.</p> <p>esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni stabiliscono.</p> <p>formula pareri su progetti di riorganizzazione, piani di formazione, orari di lavoro, forme di flessibilità, interventi di conciliazione, criteri di valutazione del personale, piano della performance.</p>	<p>attiva relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile, alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, sulle misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato e di fenomeni di burn-out, eventuali protocolli sulla gestione delle assenze improvvise nonché sull' eventuale esonerabilità dai servizi di pronta disponibilità del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica, al fine di formulare proposte all'Azienda o alle parti negoziali della contrattazione integrativa</p> <p>trasmette, all'esito dell'analisi di fattibilità, proposte progettuali alle parti negoziali della contrattazione integrativa sulle materie di competenza di quest'ultima o all'Azienda</p> <p>svolge analisi, indagini e studi, e può esprimere pareri non vincolanti in riferimento a quanto previsto dall'art. 83 (Misure per disincentivare elevati tassi di assenza del personale) del CCNL del 21 maggio 2018</p> <p>Al Comitato possono essere inoltrati progetti e programmi dalle organizzazioni sindacali di cui all'art. 9, comma 3 (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie), o da gruppi di lavoratori. In tali casi, l'organismo paritetico si esprime sulla loro fattibilità secondo quanto previsto al comma 3, lett. c)</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Art 57 Dlgs 165/2001</p> <p>Direttiva Funzione Pubblica n. 2/2011</p> <p>Direttiva Funzione Pubblica n. 9/2019</p>	<p>art 6 bis CCNL dirigenza sanitaria 2019</p> <p>art. 6 CCNL dirigenza funzioni locali 2020</p> <p>art 8 CCNL comparto 2022</p>

Normativa di riferimento

Art. 3 della Costituzione che enuncia il principio di uguaglianza riconoscendo a tutti i cittadini pari dignità sociale e dichiarandone l'uguaglianza "davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali".

Legge 20 maggio 1970 n. 300 (Statuto dei lavoratori) che all'art. 15 comma 2 stabilisce che è nullo qualsiasi patto o atto diretto a "fini di discriminazione politica, religiosa, razziale, di lingua o di sesso".

Legge n. 125 del 10 aprile 1991 aventi ad oggetto le azioni positive per la realizzazione della parità uomini e donne nel lavoro così come modificata dal Decreto Legislativo n. 196 del 23 maggio 2000 che prevede la predisposizione di Piani di Azioni Positive di durata triennale al fine di promuovere l'inserimento delle donne nell'ambito lavorativo ad ogni livello, ad ogni settore e di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono le pari opportunità.

Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 (cd. Testo unico sul pubblico impiego) recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e specificatamente in tema di pari opportunità.

Direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 215). Direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 216).

Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione e di impiego.

Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 avente ad oggetto il "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" a norma della legge 28/11/2005 n. 246 che introduce una normativa ad ampio raggio la cui ratio è quella di prevenire e rimuovere qualsiasi forma di discriminazione fondata sul sesso.

Legge n. 183 del 4 novembre 2010 (cd. Collegato al lavoro) che prevede la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 avente ad oggetto le "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia".

Decreto Legislativo 15 giugno 2015 n. 80 avente ad oggetto "misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro". 2 Legge 7 agosto 2015 n. 124 avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ed in particolare l'art. 14 concernente "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche".

Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo avente ad oggetto “Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all’equilibrio tra vita privata e vita professionale”.
La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 3 del 1 giugno 2017 avente ad oggetto gli “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019 avente ad oggetto le “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”.

PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) Missione 5: “Inclusione e coesione, politiche per il lavoro”.

6 ottobre 2022 - Linee guida per le amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sulla “Parità di genere nell’organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni”, redatte dal Dipartimento per la funzione pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità.

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP08 – FORMAZIONE E RICERCA



**P16 – PIANO FORMAZIONE
ACADEMY ASL4**



Sommario

INTRODUZIONE	3
Linea leadership	5
Linea Lean management	6
Linea Medical Humanities	8

INTRODUZIONE

In Asl 4 è stato introdotto il modello della “Academy” come arricchimento ed evoluzione del piano formativo. I discenti formati all’Academy divengono a loro volta docenti e in questo modo si trasmette la formazione diffondendola e vivendola in azienda.

Le Academy creano occupabilità attraverso la formazione continua con cui il professionista ha la possibilità sviluppare competenze altamente spendibili e di valore.

Attraverso l’attenzione dedicata agli operatori, alla crescita della loro professionalità a tutto tondo, aumenta l’engagement e permette all’azienda di affrontare e supportare in maniera efficace tutti i processi di change management.

Può favorire la crescita e la sostenibilità promuovendo progetti alla cui implementazione possono partecipare in partnership anche istituzioni, imprese e territorio.

Il programma di formazione Academy in Asl 4, nel biennio passato 2021-2022 e nel triennio prossimo 2023-2025, si articola in tre linee principali:

- 1) Linea Leadership: l’approccio prevede il coinvolgimento di professionisti per guidare e promuovere il cambiamento culturale, per diffondere la cultura dei principi di Value Based Health Care. In particolare occorre sostenere la sfida della Digitalizzazione in sanità. Il processo di cambiamento vedrà coinvolti tutti gli operatori nel progetto Tigullio Luogo di Salute.
- 2) Linea Lean Management: l’approccio Lean prevede il coinvolgimento dei professionisti che “sul campo” governano i processi per far individuare a loro, attraverso l’esperienza, il miglioramento continuo dei processi di cura e di supporto, nell’ottica di una semplificazione/standardizzazione volta a creare valore al paziente/assistito aumentando la sicurezza e la qualità/efficienza delle cure, attraverso la gestione dei processi aziendali volta a ridurre i sovraccarichi e a ricercare la riduzione degli sprechi;
- 3) Linea Medical Humanities: per promuovere e sviluppare l’umanizzazione della medicina e la medicina di prossimità è fondamentale promuovere ed erogare specifici percorsi informativi e formativi sulle medical humanities, rivolti sia agli operatori sanitari e che ai cittadini e alle associazioni che li rappresentano. Essi, come i “i luoghi di relazione” e spazi etici che ne derivano naturalmente possono rappresentare in “ponte”, un canale facilitativo di comunicazione costante tra i medici, i diversi operatori della sanità, i pazienti e i caregiver, tra mondo della sanità e della collettività in un momento altamente sensibile di difficoltà e vulnerabilità.

Le funzioni della Academy sono implementate e favorite anche attraverso i programmi di collaborazione con l’Università, le Scuole di Specialità, le Scuole di Formazioni delle diverse professioni sanitarie, diffondendo la cultura e valori aziendali all’esterno.

Asl 4, nell’alveo dell’Academy, ha creato 3 albi in aggiornamento continuo, finalizzati ad individuare ulteriori opportunità di crescita professionale e di diffusione della formazione in azienda:

- 1) albo dei ricercatori;

2) albo dei formatori lean;

3) albo dei professionisti che hanno collaborato in pubblicazioni scientifiche;

Da tali albi si potranno individuare ulteriori professionisti da coinvolgere quali formatori interni.

Linea leadership

Razionale:	<ul style="list-style-type: none">- Conoscere i Principi di Value Based Health Care- Sostenere la sfida della Digitalizzazione in sanità- Guidare e promuovere il cambiamento culturale necessario- Focus “Tigullio Luogo di Salute”
Partnership:	Progetto in collaborazione con POLIMI Graduate School of Management - Novartis
Attività già implementate:	1° Workshop LEADERSHIP ASL 4 Chiavari 2 giornate - professionisti target A (14 partecipanti) <ul style="list-style-type: none">• 13/06/2022 e 11/07/2022. 2° Workshop LEADERSHIP ASL 4 Chiavari 2 giornate - professionisti target B (18 partecipanti) <ul style="list-style-type: none">• 29/08/2022 e 19/09/2022.
Modalità di svolgimento 2023:	3 giornate: <ul style="list-style-type: none">• 17 luglio 2023 incontro allargato con Operatori, Associazioni e stakeholder (società Economica di Chiavari)• 2 workshop di 8 ore in data 22 settembre 2023 e in data 16 ottobre 2023 – sede Polo Didattico Villaggio del Ragazzo -• Incontro finale allargato il 23 ottobre, restituzione dei risultati (sede da definire)
Costi:	Nessun costo a carico di ASL 4 Finanziato con sponsorizzazione Novartis

Linea Lean management

Razionale:	<p>- Supportare il cambiamento organizzativo</p> <p>- Sviluppare le capacità di tutti nell'essere parte attiva nel miglioramento continuo dell'organizzazione dei processi sanitari e di cura</p> <p>Il percorso formativo, che a tendere dovrà coinvolgere tutto il personale di Asl4, di articola in diversi step successivi.</p> <p>Percorso formativo Lean Base: volta alla diffusione dei principi della cultura Lean e all'utilizzo degli strumenti Lean a casi di studio aziendali;</p> <p>Percorso formativo Lean Advanced: volta a incrementare le competenze dei professionisti ASL 4 per guidare la Lean Transformation Aziendale, interiorizzazione degli stessi mediante l'approfondimento degli strumenti Lean;</p> <p>Percorso formativo "on the job" Kaizen: in cui i professionisti sono coinvolti nell'applicazione dei principi del Lean in due processi individuati dall'azienda denominati "Kaizen Event". La logica <i>kaizen</i> è quella del rinnovamento a <i>piccoli passi</i>, da farsi giorno dopo giorno, con <i>continuità</i>. L'obiettivo è quello di incoraggiare ogni persona ad apportare ogni giorno piccoli cambiamenti il cui effetto complessivo diventa un processo di selezione e miglioramento dell'intera organizzazione, facendo emergere nuove soluzioni e sradicando i principi e le abitudini sintetizzate dall'espressione "abbiamo sempre fatto così".</p>
Partnership:	Telos management consulting
Attività già implementate:	<p>Nel 2021 sono state avviate 3 progettualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - COT - Kaizen sala operatoria 14/21/22/30-09-2022; 7/13/14/24/25-10-2022; - Corso lean base: 17/06; 22/07; 13/09; 04/10; 11/10; 14/10; 18/10; 25/10; 28/10; 02/11; 08/11; 15/11/2022; <p>Per un totale di 25 giornate di formazione e 71 professionisti coinvolti</p>
Modalità di svolgimento 2023:	Lean Base (2 giornate) per il 2023 prevista 1 edizione

	<p>4 maggio dalle 11 alle 18; 5 maggio dalle 09 alle 15; Lean Advanced (6 giornate) per il 2023 prevista 1 edizione: 27-28 febbraio 2023 13-14 marzo 2023 27-28 marzo 2023 Formazione Kaizen (8 giornate) per il 2023 I processi individuati dall'azienda per la reingegnerizzazione in ottica Lean rappresentano il naturale proseguo del progetto Tigullio Luogo di Salute:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percorso del paziente con sindrome coronarica acuta e sindrome coronarica cronica <i>Numero partecipanti:</i> 5 professionisti <i>Periodo:</i> Novembre 2022 – Giugno 2023 2. Percorso del paziente diabetico <i>Numero partecipanti:</i> 25-30 professionisti <i>Periodo:</i> 29-30 maggio 2023 12-13 giugno 2023 3-4 luglio 2023 <i>Sede:</i> Polo Didattico Villaggio del Ragazzo 3. Percorso del paziente polipatologico <i>Numero partecipanti:</i> 10-15 professionisti <i>Periodo:</i> Ottobre-Novembre 2023
Costi:	Eventuali finanziamenti specifici da sponsor

Linea Medical Humanities

<p>Razionale:</p>	<p>Diffondere la cultura e il concetto di umanizzazione delle cure per far comprendere che il paziente malato non deve essere considerato come semplice portatore di patologia che necessita della terapia, ma come una persona con tutto ciò che questo comporta, i suoi sentimenti, il suo credo, le sue conoscenze. E' ampiamento accertato che il ricovero ospedaliero è vissuto come un vero e proprio evento traumatico, a livello fisico così come a livello psicologico per via di tutta una serie di disagi che vanno ad aggiungersi alla patologia o sofferenza. Questo processo permette dunque di ricollocare l'uomo al centro dell'attenzione.</p> <p>Progetto stare insieme - Corsa Contromano</p> <p>Si tratta di un percorso educativo finalizzato alla promozione di una innovativa esperienza formativa rivolto agli allievi dei corsi di laurea in infermieristica, fisioterapia e scienze motorie dell'università degli studi di Genova.</p> <p>Tale progetto prevede esperienze educative presenziali presso l'ASP Opere Pie Riunite "Devoto Marini Sivori" e l'Università degli studi di Genova, insieme con gli anziani ospiti ospedalizzati per "creare una cultura dell'incontro" intergenerazionale ed assicurare il supporto emotivo dei giovani adolescenti in situazione psico-emotive fragili.</p> <p>La realizzazione del percorso educativo rientra a pieno titolo negli obiettivi perseguiti dal progetto aziendale "Tigullio Luogo di Salute - TLS" per la riorganizzazione e lo sviluppo di una rete integrata di servizi sociosanitari a tutti i livelli di setting.</p>
<p>Partnership:</p>	<p>Scholas Occurrentes, Ministero della Salute, Università di Genova e Opere Pie Riunite Devoto Marini Sivori</p>
<p>Attività già implementate:</p>	<p>Il 22/12/2022 è stato organizzato il primo convegno sulle Medical Humanities dal titolo "UMANIZZAZIONE E QUALITÀ NELLE CURE: RISULTATI E PROSPETTIVE IN ASL 4"</p> <p>In particolare è stato affrontato il tema: "Per una sanità centrata sulla persona"</p> <p>Tavola Rotonda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luisella Battaglia, Presidente Istituto Italiano di Bioetica;

	<ul style="list-style-type: none"> - Rosella Ciliberti, Docente di bioetica Università di Genova; - Marco Doldi, Docente di bioetica Istituto Superiore Scienze Religiose di Genova. <p>E successivamente Tavola Rotonda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alessandro Bonsignore, Presidente Ordine dei medici di Genova; - Carmelo Gagliano, Presidente Ordine Professioni infermieristiche Genova; - Antonio Cerchiaro, Presidente Ordine Tecnici sanitari e radiologia medica Genova.
Modalità di svolgimento 2023:	<p>18, 19 e 20 aprile 2023 Università di Genova dalle ore 09.00 alle ore 13.00</p> <p>21 aprile 2023 ore 09.30-13.00 ASP Opere Pie Riunite Devoto Marini Sivori</p>
Costi:	<p>€ 13.503,53</p> <p>finanziato con bilancio aziendale</p>

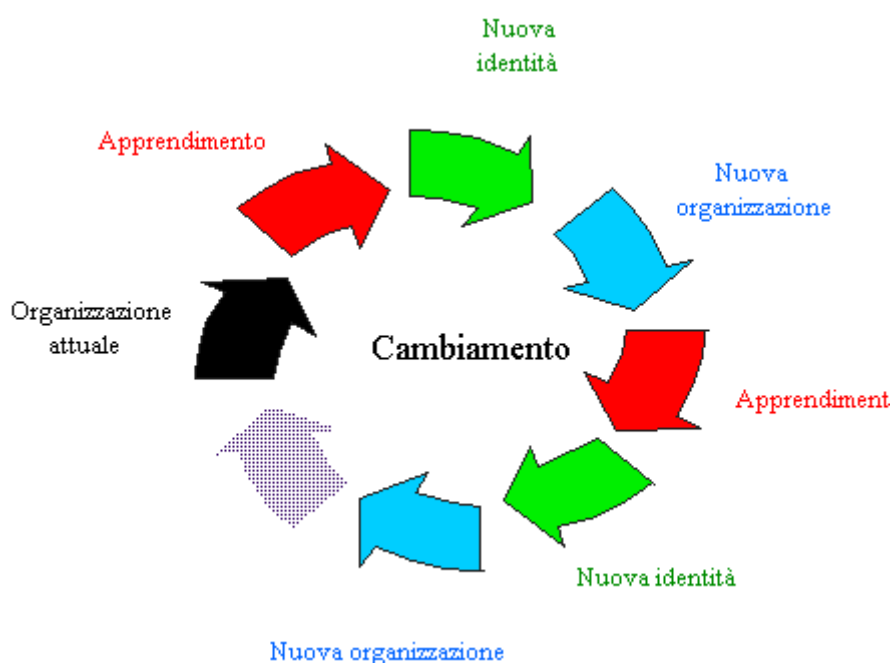
Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023/2025

VP08 – FORMAZIONE E RICERCA



P17 – PIANO FORMAZIONE



Sommario

INTRODUZIONE	3
OBIETTIVI STRATEGICI.....	4
OBIETTIVI GENERALI	4
ALTA FORMAZIONE	5
FORMAZIONE CONTINUA.....	6
QUADRO ORGANIZZATIVO.....	8
COMITATO SCIENTIFICO – FORMATIVO.....	9
LA GESTIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI	10
LA VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE.....	12

INTRODUZIONE

La formazione continua e l'aggiornamento professionale rappresentano uno strumento indispensabile per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi.

La formazione svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle prestazioni dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle attività, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza erogata ed a garantire il rispetto dei livelli minimi assistenziali indicati nel Piano Sanitario Nazionale e Regionale e negli atti di programmazione a livello locale.

In quanto tale, è rappresentativa della qualità del servizio erogato, soprattutto se viene intesa come bagaglio di abilità e competenze tecnico professionali, come cultura, come modo di saper leggere e interpretare la realtà, che riguarda gli aspetti relazionali e interattivi della persona.

L'ASL 4 garantisce il proprio impegno in riferimento alle proprie caratteristiche, alla sua organizzazione ed al rigore qualitativo dell'offerta formativa per fornire una attività pertinente, rilevante ed appropriata.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono assunti da questa Azienda come strumento sia per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, sia per lo sviluppo della professionalità degli operatori e per la realizzazione delle finalità istituzionali.

La formazione, a tutti i livelli, rappresenta quindi una leva essenziale nel processo di innovazione, nelle fasi di sviluppo dell'organizzazione e costituisce un cardine fondamentale per il controllo della qualità dei servizi e dell'attività scientifica prodotta.

Il rapido e costante processo di sviluppo e specializzazione delle conoscenze scientifiche, il progresso e la sofisticazione delle tecnologie sanitarie, l'evoluzione e la diversificazione delle domande e dei bisogni in ambito sanitario, il sistema di Educazione Continua in Medicina sono elementi fondamentali per indirizzare l'attività formativa.

Il Piano Formativo declina obiettivi strategici e generali con le indicazioni e le priorità dettate dalla Direzione Generale, si alimenta dal confronto con le Unità Operative e i Servizi aziendali, assegnando alla formazione residenziale aziendale, nella sua valenza strategica, carattere di priorità rispetto alla formazione extra aziendale, nei cui confronti pertanto deve essere privilegiata.

Il piano si attua secondo due diversi approcci formativi: in una sulla "Formazione continua" e l'altra sulla "Alta Formazione" attraverso la creazione di una "Academy" aziendale.



OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici muovono dalle indicazioni del piano sanitario nazionale e regionale, secondo le linee che ispirano la *mission* aziendale e che hanno ispirato il piano d'azione locale:

- 1) Rafforzamento percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità cercando di superare la frammentazione del processo di presa in carico e garantire una reale continuità assistenziale
- 2) Integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale
- 3) Appropriatezza
- 4) Governo dei tempi di attesa
- 5) Integrazione fra area sanitaria e socio – sanitaria – fragilità e non autosufficienza
- 6) Strumenti per la presa in carico ospedaliera e territoriale: La SDO con elementi riabilitativi – gestione gravi disabilità
- 7) Sviluppare nuovi modelli per coinvolgimento attivi dei MMG e PLS
- 8) Formazione e informazione nei confronti dei medici prescrittori in relazione a: farmaci antidepressivi, inibitori della pompa protonica, respiratori, antibiotici, osteoporosi
- 9) Miglioramento della qualità del servizio erogato
- 10) Infezioni – rischio clinico – PDTA
- 11) Adolescenza, NPI
- 12) Nuove sostanze psicoattive e gioco d'azzardo patologico
- 13) Ambito governativo: il governo di beni e servizi (centralizzazione degli acquisti, politica del farmaco e spesa, governo delle tecnologie)
- 14) Gestione della conflittualità e miglioramento dei rapporti con i cittadini
- 15) Sicurezza negli ambienti di lavoro e corso autodifesa (Legge 81) per PS e SPDC
- 16) Comunicazione
- 17) Telemedicina

OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi formativi generali si muovono in coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, con particolare attenzione per i seguenti:

- ✓ Qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari, miglioramento delle competenze professionali e delle performance
- ✓ Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici; Telemedicina
- ✓ Educazione sanitaria, miglioramento degli stili di vita per la salute
- ✓ Implementazione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale
- ✓ Sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali; integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale; continuità assistenziale
- ✓ Promozione della comunicazione corretta ed efficace
- ✓ Interventi nel campo delle emergenze – urgenze
- ✓ Mantenimento dell'accreditamento istituzionale
- ✓ Gestione dei rischi con riferimento al D.Lgs. 81/2008

- ✓ Promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro; sicurezza degli alimenti
- ✓ Controllo delle infezioni nosocomiali
- ✓ Cultura gestionale e capacità progettuale
- ✓ Procedimenti amministrativi

ALTA FORMAZIONE

L'Azienda persegue il consolidamento dei percorsi di alta formazione avviati nel corso dell'anno 2021 e 2022 (leadership, lean management, umanizzazione cure) per lo sviluppo di competenze e capacità di livello superiore, svolti anche in collaborazione con enti e soggetti pubblici e privati, nel rispetto della vigente normativa, con obiettivi di miglioramento di competenze e, conseguentemente, dei servizi resi e di coinvolgimento dei discenti, una volta formati, in attività di docenza in una logica di Academy aziendale.

L'Academy aziendale rappresenta il segno tangibile dell'evoluzione che investe il ruolo della formazione.

E' un luogo fisico e virtuale in cui le persone sono non solo destinatarie di interventi formativi, ma (attraverso le nuove tecnologie digitali) anche e soprattutto soggetti attivi dello sviluppo e condivisione di competenze e capacità, della diffusione della cultura aziendale e della continua innovazione dei processi al fine di contribuire al perseguimento della mission aziendale, garantendo la sostenibilità e responsabilità sociale nel territorio”.



Attraverso l'Academy è possibile sviluppare competenze altamente spendibili e di valore superiore alle sole competenze tecniche utili al raggiungimento di obiettivi aziendali a breve termine; i programmi di collaborazione con le Università, le Scuole e i Centri di ricerca, favoriscono la crescita di nuovi e sono funzionali alla diffusione della cultura e dei valori aziendali all'esterno; l'attenzione dedicata alla persona e alla crescita della sua professionalità a tutto tondo aumenta l'engagement e permette all'azienda di superare in maniera efficace eventuali processi di change management.

Un ulteriore valore aggiunto consiste nella crescita e sostenibilità di progetti alla cui implementazione possono partecipare in partnership anche imprese e territorio, nonché partecipazioni a progettazioni in partnership anche attraverso accordi cooperativi o collaborativi.



FORMAZIONE CONTINUA

L'individuazione del fabbisogno di formazione continua – obbligatoria o facoltativa - rappresenta il passaggio più importante per l'elaborazione del Piano di Formazione, sia dal punto di vista metodologico che organizzativo/gestionale, per la pianificazione efficace e realistica degli interventi formativi.

La rilevazione dei bisogni viene effettuata in maniera scientifica e sistematica a cura dei Referenti Aziendali per la Formazione (R.A.F.), attraverso diverse tecniche e strumenti, avendo come base l'organizzazione dipartimentale:

- rilevazione *top down*, realizzata con interviste semi-strutturate alla direzione del Dipartimento e a testimoni rappresentativi del personale (direttore di Struttura Complessa, direttore di Struttura Semplice – dipartimentale e non);
- rilevazione *bottom-up*, realizzata con incontri e/o interviste in modalità focus-group con i coordinatori e rappresentanti delle diverse aree presenti nel Dipartimento (campionatura rappresentativa).

Per le rilevazioni vengono utilizzati, a seconda delle necessità, alcuni dei seguenti strumenti, appositamente ideati e realizzati:

- una traccia per la conduzione delle interviste;
- una scheda per la rilevazione dei bisogni di formazione in termini di competenze da sviluppare, centrata su uno specifico modello;
- istruzioni per la conduzione (sia delle interviste che dei focus-group).

Gli esiti dell'attività di rilevazione vengono riassunti in un'apposita scheda, che diventa l'utile traccia per la progettazione e realizzazione dei singoli eventi formativi; tutte le schede riassuntive – una per ciascun dipartimento – costituiscono allegati tecnici al presente Piano.

La figura del RAF è stata istituita nella ASL 4 con deliberazione n. 182 del 12.03.2010, con la quale si è altresì proceduto alla prima nomina, sulla base delle candidature proposte dai Direttori di Dipartimento (vedi schede)

Con il medesimo atto sono state attribuite le funzioni, con incarico di provvedere a:

- ✓ analisi del fabbisogno formativo nella realtà di riferimento

- ✓ supporto al Settore Formazione e Aggiornamento nella definizione del programma formativo
- ✓ attività di divulgazione al personale delle proposte formative aziendali
- ✓ progettazione e valutazione della qualità della formazione offerta e della ricaduta di questa sulle prestazioni dell'Azienda
- ✓ monitoraggio e attività tese ad agevolare la ricaduta effettuata da personale dipendente presso enti esterni.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 994 del 05.08.2010, la nomina dei RAF è stata espressamente individuata quale obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie liguri, e ad essi sono stati affidati i compiti di provvedere alla programmazione della formazione sull'arco del biennio ed alla predisposizione dell'offerta formativa.

REFERENTI AZIENDALI PER LA FORMAZIONE R.A.F. - 2023		
DIPARTIMENTO/AREA	DIRIGENZA	COMPARTO
Direzione Generale Servizio Prevenzione e Protezione		Ilaria Benvenuti
Direzione Sanitaria Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Bruno Mentore	
Direzione Sanitaria Qualità, Accreditemento e Risk management	Sara Giacobbe	
Direzione Sanitaria Ufficio delle Professioni Sanitarie	Silvana Girolodi	Paola Bianchi
Direzione Sociosanitaria Coordinamento Assistenti Sociali		Marcella Valente
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Federico Lorenzotti Olga Sofia Schiaffino	Elisa Vescio
Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali	Paola Ceriolo	Emanuela Molinari Stefania Baldini
Dipartimento di Prevenzione	Elena Bosia Franco Cavalli Gianmarco Chiappara Nicoletta Fadda	Alessandra Figini
Dipartimento Neuro-motorio, Riabilitativo e della Disabilità	Emilio Battilana Luciano Contrino	Antonella Barbieri Nadia Folegani
Dipartimento dei Servizi	Silvia Reali Fabrizio Gandolfo Federica Merlo Simona Peri	Emiliana Masetti Maria Livia Perazzo Federica Toso Olga Porta Artenas
Dipartimento Cardiologico e dell'Emergenza Urgenza	Stefania Moretti	

Dipartimento Chirurgico	Lorenzo Mori	Cinzia Lanzone
Dipartimento Medico	M. Rosaria Falivene Emma Prencipe Corrado Castagneto	Marina Vaccaro
Dipartimento Giuridico, delle Risorse e delle Attività Tecniche	Geronima Caffarena Nicola Corte	Emilia Molinaro
Formazione di Base Polo didattico		Marinella Santacroce Daniela Garaventa

QUADRO ORGANIZZATIVO

I destinatari del Piano Formativo sono tutti gli operatori, sanitari e non, che hanno un rapporto di dipendenza con l'Azienda.

I crediti formativi ECM, salvo le eventuali compensazioni triennali, calcolati secondo le indicazioni dell'Accordo Stato – Regioni 19.04.2012, con previsione di 50 crediti formativi annui, possono essere acquisiti, da parte dei dipendenti soggetti al sistema di Educazione Continua, attraverso la partecipazione ad attività residenziali, formazione sul campo e FAD.

L'obbligo formativo per il triennio 2020-2022 è pari a 150 crediti formativi, di cui almeno il 40% in qualità di discente, fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

Fin dal 2017 è stato abolito il limite minimo di 25 crediti ed il massimo di 75 crediti per anno, ed è stato introdotto un criterio che premia la **regolarità formativa** pregressa:

1. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell'obbligo formativo nel presente triennio formativo (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).
2. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017-2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

Su istanza del professionista sanitario, è possibile conseguire una **riduzione** dell'obbligo formativo in determinati casi di sospensione dell'attività lavorativa, in particolare è prevista riduzione di 2 crediti ECM ogni 15 gg di assenza continuativa.

Su istanza del professionista sanitario, è possibile ottenere l'**esonero** dall'obbligo formativo individuale triennale, calcolato nella riduzione di 1/3 per ciascun anno di frequenza, nelle ipotesi di:

- frequenza corsi universitari/master/dottorati di ricerca
- formazione specifica in mmg
- formazione manageriale/corso per DG
- corsi di perfezionamento e di specializzazione in psicoterapia

Sono inoltre previste le seguenti tipologie di **esenzione**:

- congedo per maternità e paternità/adozione
- congedo parentale e per malattia figlio/assistenza figli disabili

- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari
- aspettativa per incarico DG,DS e cariche pubbliche elettive
- richiamo alle armi e/o servizio volontario alla CRI

Si precisa che l'esonero NON interrompe lo svolgimento dell'attività professionale, mentre l'esenzione prevedono l'interruzione dell'attività lavorativa.

E' previsto il coinvolgimento nelle attività formative di partecipanti esterni, convenzionati e/o strutturati presso l'ASL, al fine di rendere omogenee le conoscenze e le azioni in ospedale e sul territorio (MMG, PLS, SUMAI, Emergenza territoriale, borsisti).

COMITATO SCIENTIFICO – FORMATIVO

Con l'Accordo Stato – Regioni del 02.02.2017 viene dato ulteriore impulso al “Programma nazionale ECM” quale strumento indispensabile per la programmazione della formazione continua in medicina in Italia, con l'obiettivo principale di armonizzare il sistema rivolto a diverse categorie di professionisti e caratterizzato da esigenze eterogenee, con particolare riguardo al Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, portante in allegato, tra l'altro, la Tabella sui requisiti di accreditamento minimi e standard.

Tra i requisiti minimi e standard, è stata confermata l'operatività del Comitato Scientifico – Formativo, preposto alla validazione preventiva del piano formativo e dei singoli progetti formativi qualora non previsti dal piano, composto da almeno 5 componenti, compreso il coordinatore, appartenenti ad almeno 5 aree professionali diverse alle quali è rivolta l'attività formativa.

Con deliberazione n. 161 del 04.03.2019, ritenuto di dover aggiornare la composizione del Comitato Scientifico – Formativo per migliore aderenza alle disposizioni del suddetto Manuale, sono stati individuati i seguenti componenti dell'organismo:

- Direttore del Presidio Ospedaliero, area dirigenza medica,
- Direttore del Distretto 15, area territoriale,
- Direttore S.C. Gestione Risorse Umane, area tecnico-amministrativa,
- Dirigente delle Professioni Sanitarie, area professioni sanitarie del Comparto,
- Risk Manager,
- Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale, area farmaceutica,
- Responsabile S.S.D. Consultorio, area dirigenza sanitaria,

oltre ad un rappresentante del Settore Aggiornamento e Formazione, con funzioni di verbalizzante.

Il Comitato Scientifico – Formativo svolge le seguenti funzioni:

- ✓ individuazione di un componente con funzioni di Coordinatore;
- ✓ validazione preventiva del Piano Formativo Aziendale a livello scientifico;

- ✓ validazione preventiva dei progetti aziendali non previsti dal Piano, a livello scientifico;
- ✓ contributo metodologico per la valutazione dei risultati dell'apprendimento;
- ✓ garanzia del contenuto formativo, della qualità scientifica e dell'integrità etica di tutte le attività formative organizzate dal Settore Aggiornamento e Formazione, che consentono agli operatori sanitari di acquisire i crediti formativi;
- ✓ garanzia della massima indipendenza ed autonomia nelle scelte necessarie all'attuazione del Piano Formativo;
- ✓ consulenze e proposte per migliorare l'offerta formativa;
- ✓ proposta di modifica e/o integrazione al Regolamento di funzionamento.



LA GESTIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI

La gestione operativa dei corsi interni e dei convegni è affidata al Settore Aggiornamento e Formazione e può essere effettuata:

- direttamente dal Settore in tutte le sue fasi, con individuazione di responsabile scientifico
- in collaborazione con i servizi proponenti, nel caso di corsi specificamente rivolti ad essi, con individuazione di responsabile scientifico e segreteria
- in collaborazione con società scientifiche o associazioni di volontariato.

In nessun caso è prevista alcuna forma di collaborazione con società organizzatrici esterne.

I tempi di progettazione sono vincolati, per quanto riguarda i corsi rivolti ad operatori sanitari, ai termini per accreditamento ECM, cioè con periodo di anticipo rispetto alla data del primo giorno di corso pari a:

- ✓ 30 giorni nel caso di accreditamento nazionale e regionale
- ✓ 90 giorni nel caso di accreditamento nazionale e regionale in presenza di Aziende Sponsor, al fine di provvedere in tempo utile alla pre richiesta AIFA.

Terminate le procedure di accreditamento, il Sistema Regionale ECM comunica il corretto invio della Proposta formativa e la validazione dei crediti.

Il Settore Aggiornamento e Formazione, sulla base di quanto sopra, comunica al Responsabile Scientifico che l'Evento/Progetto è stato regolarmente validato specificando il numero dei

crediti assegnati.

LA PROGETTAZIONE

La progettazione riguarda tutte le attività necessarie al buon esito dell'evento, e si concreta sia nella predisposizione di atti e formalità di carattere amministrativo sia nella materiale organizzazione delle risorse e dei mezzi necessari a garantire una buona logistica.

Precipuamente nella fase di progettazione si tiene conto di:

- obiettivi dell'azione formativa, declinati nel PFA
- risorse finanziarie disponibili
- ruolo e numero dei dipendenti da coinvolgere
- programmi e metodologie didattiche
- predisposizione bilancio preventivo del corso secondo modello standardizzato

L'ORGANIZZAZIONE

La fase di organizzazione comporta le seguenti principali attività:

- contatto con il responsabile scientifico e con i docenti individuati per la raccolta dei dati, attestazioni, curricula, e per la definizione dei programmi e degli orari
- diffusione informativa e distribuzione materiale illustrativo dell'evento
- ricezione iscrizioni sulla base degli eventuali criteri segnalati dal responsabile scientifico. In mancanza, il criterio generalmente seguito è quello della priorità nel ricevimento della domanda di iscrizione, pervenuta con mezzo certo
- verifica rispetto alla partecipazione del dipendente ad altri interventi formativi di contenuto analogo recentemente frequentati
- formazione delle aule, garantendo il più possibile omogeneità dei partecipanti rispetto alle conoscenze in ingresso
- tempestiva sostituzione del partecipante in caso di rinuncia
- predisposizione del materiale didattico in cartellina
- organizzazione della logistica (spazi, attrezzature, assistenza tecnica)

LA REALIZZAZIONE

Durante la fase di realizzazione è garantita l'attività di segreteria per la raccolta firme. Qualora l'organizzazione dell'evento lo richieda, è assicurata la presenza di personale di supporto all'accompagnamento e all'informazione, oltre all'assistenza di tecnico specializzato audio-video.

METODOLOGIE DIDATTICHE

I percorsi formativi usano metodologie didattiche differenziate in rapporto agli obiettivi ed ai contenuti degli stessi.

- a) formazione d'aula tradizionale: comprende lezioni frontali coadiuvate da spazi per la discussione
- b) lezione d'aula interattiva: alterna alla teoria esercitazioni individuali e di gruppo, simulazioni ed esempi di casi reali
- c) formazione-intervento, workshop: formazione pragmatica che utilizza processi o progetti di lavoro concreto per trasmettere i contenuti tecnico-pratici; gli obiettivi didattici coincidono con quelli lavorativi;
- d) formazione-laboratorio: attività formativa svolta in ambiente attrezzato
- e) formazione-affiancamento: percorso assistito personalizzato
- f) formazione a distanza (FAD): formazione basata sull'uso di strumenti tecnologici informatici che prevede assistenza e tutoraggio a distanza, modalità innovativa di interazione e collaborazione dei componenti dell'aula virtuale
- g) e-learning: formazione integralmente basata sull'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione

CONCLUSIONE E REPORT

La fase conclusiva del corso prevede la compilazione e la raccolta della seguente documentazione:

- ▶ *rilevazione dell'apprendimento*
- ▶ *gradimento del corso (con valutazione docenti)*
- ▶ *gradimento del corso con sponsor (con valutazione docenti)*



LA VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE

La valutazione della formazione consiste in un'attività di ricerca in continuo sviluppo che ha l'obiettivo principale di conoscere in quale misura gli interventi formativi realizzati abbiano soddisfatto i bisogni e se abbiano prodotto nelle attività lavorative il cambiamento atteso.

La valutazione implica una molteplicità di azioni, di strumenti e modalità di intervento con diversi obiettivi all'interno del più ampio processo della formazione.

L'attività di valutazione della formazione riguarda sia i risultati di ogni singolo intervento che l'efficacia, gli effetti e la qualità del processo nel suo insieme.

Non tutte le attività formative possono essere valutate o devono essere valutate allo stesso modo.

Se valutare, valutare con una maggiore o minore profondità e articolazione o non valutare affatto è stabilito di volta in volta in relazione a questi elementi:

- contenuti didattici o trasversalità dei corsi
- importanza del corso rispetto a obiettivi strategici dell'Amministrazione
- durata dei moduli in ore e frequenza con la quale gli stessi vengono ripetuti
- costi diretti e indiretti della valutazione, calcolati in rapporto ai costi della formazione
- utilizzo o meno di società di formazione già esperte e conosciute dall'Amministrazione
- interesse a valutare da parte del committente interno
- utilizzo di metodologie innovative e sperimentali.

Non esiste un modo migliore e unico per fare in assoluto la valutazione dei risultati della formazione, ma solo un modo "ottimale" connesso al contesto formativo/organizzativo, alle modalità didattiche adottate di volta in volta ed al momento di svolgimento.

Si ritiene pertanto definire i seguenti parametri:

Livello/ Ambito di valutazione	Cosa si valuta	Come si valuta
1. Processo della formazione nel suo insieme	Aspetti qualitativi e quantitativi dell'attività di formazione	<ul style="list-style-type: none"> - Indagini sulla soddisfazione dei dipendenti rispetto alla formazione interna - Report consuntivo sulle attività svolte nell'anno formativo - Monitoraggio costante dell'attuazione dei corsi inseriti nel Piano Annuale
2. Reazioni	Soddisfazione dei partecipanti rispetto all'esperienza formativa svolta	<ul style="list-style-type: none"> - Osservazione diretta del Tutor - Ascolto dei partecipanti: raccolta di elementi di criticità o punti di forza - Questionari di gradimento di fine corso - Questionario specifico relativo alle aspettative dei partecipanti rispetto al corso
3. Apprendimento	Conoscenze, tecniche, capacità, apprese o sviluppate dai partecipanti durante gli interventi formativi	<ul style="list-style-type: none"> - Questionari/test proposti ad inizio e fine del percorso formativo - Prove finali - Esercitazioni alla fine o durante il corso - Risultati dei lavori di gruppo - Follow-up organizzati a distanza di tempo dalla conclusione dei corsi - Incontri, interviste con i Responsabili del personale in formazione

4. Comportamento	Il miglioramento individuale del modo di lavorare legato alle esperienze di formazione (saper essere e saper stare nell'Organizzazione)	<ul style="list-style-type: none"> - Questionari all'inizio e alla fine del corso in auto ed etero-valutazione - Interviste libere o strutturate all'inizio e a distanza di tempo dalla fine del corso con gli interessati ed i loro Responsabili
5. Cambiamenti organizzativi	L'impatto della formazione sull'organizzazione e sul lavoro, inteso come aumento di efficacia ed efficienza nelle attività, miglioramento del clima aziendale, aumento della motivazione	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazioni delle prestazioni individuali in relazione alle competenze oggetto del Piano della Formazione - Interviste e questionari specifici a Dirigenti, Quadri e dipendenti

I livelli relativi ai comportamenti e ai cambiamenti organizzativi rappresentano sicuramente gli ambiti di valutazione più difficili, in quanto si tratta di trovare ed applicare modalità e strumenti per monitorare la formazione che tengano in considerazione anche il peso e gli effetti di altre variabili che influiscono anch'esse sull'Organizzazione.

INDICAZIONI OPERATIVE

L'ASL 4 privilegia l'organizzazione di eventi di **Formazione Interna**, attraverso la realizzazione di progetti formativi, anche continuativi, con utilizzo – possibilmente - di docenti interni.

Questo strumento, già individuato gli anni scorsi come efficace nel coinvolgimento del maggior numero di operatori, si evidenzia maggiormente funzionale a garantire l'erogazione di percorsi formativi con contestuale contenimento dei costi.

I RAF ed i responsabili scientifici organizzano, sia nell'ambito dipartimentale che in ambito trasversale – ricorrendone i presupposti - incontri formativi, audit, formazione sul campo (da realizzare nelle forme previste per l'accreditamento regionale), limitando la formazione esterna ad eventi giudicati di fondamentale rilievo scientifico e professionale.

Ferme restando norme e/o circolari chiarificatrici, le risorse di budget disponibili sono limitate in virtù della manovra economica di contenimento e razionalizzazione a livello sia nazionale che regionale, e vengono assegnate sulla base dei bisogni dichiarati ed accertati, coerenti con gli obiettivi strategici, generali e di Struttura.

Il budget stanziato per i singoli Dipartimenti/Aree è comprensivo dei costi della formazione interna e dei costi della formazione esterna, ivi comprese le spese accessorie.

Qualora nel corso dell'anno sorgessero necessità imprevedute o imprevedibili (novità normative, terapeutiche, tecnologiche, ecc...) che rendano opportuno un diverso utilizzo delle risorse rispetto a quanto programmato, sarà prioritariamente verificata la disponibilità di fondi ulteriori – nell'ambito della funzione formativa – da destinare a tali nuove esigenze mentre, in caso negativo, sarà compito e responsabilità del Direttore del Dipartimento/Distretto/Presidio destinare diversamente le risorse nell'ambito della quota a disposizione.

Qualora un evento per cui si richiede la partecipazione comporti un costo a carico dell'Azienda e non sia ricompreso nella programmazione né abbia copertura nella

quota assegnata al Dipartimento, il Settore Aggiornamento e Formazione non potrà ammettere all'autorizzazione la richiesta.

Il RAF svolge costantemente un ruolo di riferimento con il Settore Aggiornamento e Formazione, verifica (unitamente al direttore di Dipartimento ed al responsabile scientifico) la corrispondenza degli eventi (interni ed esterni) alle specifiche del piano programmatico elaborato, viene messo a conoscenza degli eventi di formazione esterna autorizzati, provvede a verificare la possibilità di organizzare eventi formativi successivi ad eventuali corsi esterni utilizzando quali docenti i colleghi formati.



BUDGET

L'art. 6 - comma 13 – del D.L. n. 78/2010, convertito in L. 122/2010, prevede che “a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dalle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'art. 1 della L. 31.12.2009 n. 196, incluse le autorità indipendenti, per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009.”

Con circolare prot. n. 166405/2010, la Regione Liguria, consapevole dell'importanza fondamentale assunta dalla Formazione in un quadro di valorizzazione del capitale umano e di gestione della conoscenza, tenuto conto altresì della normativa specifica dell'ECM che obbliga i professionisti della salute ad acquisire annualmente crediti formativi, recepisce le indicazioni presenti nella direttiva n. 10/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Con delibera di Giunta Regionale n. 1221 del 07.10.2011 sono stati rideterminati i tetti di spesa delle singole Aziende nell'ambito della manovra regionale di contenimento e razionalizzazione dei costi, con ulteriore riduzione dello stanziamento di FSR assegnato, tra l'altro, all'A.S.L. 4.

La legge finanziaria regionale ribadisce che l'importo dedicato alla funzione formativa non può eccedere gli impegni di spesa assunti nell'anno 2011, mantenendo fermi correttivi introdotti in relazione agli obblighi di legge.

Infatti, la L.R. n. 34 del 27 dicembre 2016, n. 34 “Legge di stabilità della Regione Liguria per l'anno finanziario 2017” ribadisce, ai punti 14 e 15 dell'art. 3, che il complesso della spesa per formazione del personale dirigente e di quello dipendente, per l'anno 2017, non può essere superiore al complesso degli impegni di spesa assunti nell'anno 2011 per le medesime finalità, e che tale disposizione non si applica alla spesa per formazione derivante da obblighi normativi e a quella sostenuta con imputazione a carico di fondi comunitari

Conseguentemente, restano escluse dal campo di applicazione della manovra di contenimento le modalità di apprendimento e sviluppo delle competenze costituite da reingegnerizzazione di processi e luoghi di lavoro, in modo da assicurare lo sviluppo delle opportunità di informazione, valutazione e accumulazione delle competenze nel corso del lavoro quotidiano (tutoring, mentoring, peer review, circoli di qualità e focus group, affiancamento, rotazione delle mansioni, ecc.).

Il budget per l'anno 2023 è stato definito a livello previsionale dalla direzione aziendale in € **170.000,00.=.**

Ulteriori risorse disponibili potranno eventualmente derivare dall'accantonamento nell'aut. 229 dei fondi attivi derivanti da sperimentazioni, donazioni, contributi diversi ed iscrizioni, utilizzabili a favore delle strutture beneficiarie.

La contabilità delle risorse introitate dalle singole Strutture nell'aut. 229 viene costantemente monitorata e il residuo attivo destinato prioritariamente alla formazione di operatori delle Strutture medesime in tematiche segnalate dal Direttore competente, coerenti con gli obiettivi generali e Struttura.

FORMAZIONE CONTINUA		BUDGET
AREA	SANITARIA	50.000,00 €
AREA	SOCIO SANITARIA	12.000,00 €
AREA	AMMINISTRATIVA	13.000,00 €
TOTALE		75.000,00 €
FORMAZIONE OBBLIGATORIA		
	SICUREZZA	35.000,00 €
	EMERGENZA SANITARIA	20.000,00 €
TOTALE		55.000,00 €
ALTA FORMAZIONE		
	ACADEMY AZIENDALE	40.000,00 €
TOTALE ASSEGNATO AUT. 25		170.000,00 €

***E' ciò che pensiamo già di sapere che ci impedisce
di imparare cose nuove***

Claude Bernard (fisiologo francese)

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025

VP09 – INFO-COMUNICAZIONE



P18 – COMUNICAZIONE

Premesse

A. Comunicazione pubblica: cambiamento della Pubblica Amministrazione in sintesi e l'evoluzione della normativa.

La legge n. 150 del 2000, legge quadro sulle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni, ed il relativo regolamento di attuazione del 21.09.2001, riqualificano la **Comunicazione pubblica** e rendono istituzionale la figura del comunicatore pubblico, con proprie specifiche competenze e con funzioni trasversali all'intera azienda.

In particolare sono individuate le attività di comunicazione ed informazione istituzionale, forme, strumenti, prodotti, ma anche le tipologie di messaggi e le loro finalità.

Con la successiva Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 7.02.2002 sulle "Attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" vengono altresì precisati i principali obiettivi di comunicazione delle amministrazioni:

-informazione trasparente ed esauriente;

-efficienza ed efficacia dei servizi anche attraverso il sistema di comunicazione interna.

Ogni amministrazione pubblica è tenuta a pianificare i propri specifici obiettivi e la propria "strategia comunicativa" da implementare nel tempo e a sviluppare le azioni da intraprendere, con aggiornamenti annuali sulle attività di comunicazione in corso e future, tempi di attuazione e indicazione del budget.

In linea con la normativa con la quale sono state definite le diverse attività di informazione e comunicazione della Pubblica Amministrazione, Asl 4 in prima applicazione ha adottato le proprie linee di Comunicazione strategica Sociale ed istituzionale, individuando le figure e gli uffici preposti a questa specifica funzione.

Le linee guida hanno ispirato le azioni comunicative ai fondamentali principi di:

- Trasparenza

- Efficacia

- Qualità dei servizi

(Deliberazione 983 del 30.11.2004 – Linee guida di Comunicazione strategica Sociale ed Istituzionale)

A livello regionale, Regione Liguria ha istituito il sistema informativo regionale integrato, per sviluppare sul territorio le tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione, riconoscendo alla Giunta Regionale la funzione di organizzare le attività ed emanare direttive vincolanti ed indirizzi operativi in materia.

A partire dal 2016, nello specifico con argomento di Giunta n. 14 del 29/04/2016, è stato via via introdotto il **coordinamento** delle attività di comunicazione della Regione Liguria e degli enti del servizio sanitario regionale, sino alla costituzione di un vero Ecosistema.

A seguito degli indirizzi operativi per la comunicazione integrata definiti con DGR 1301 del 30/12/2016, con successiva **D.G.R. n. 352 del 2017** sono state approvate le nuove linee strategiche della comunicazione regionale ed è stata data attuazione al nuovo logo di ASL4 ed al nuovo layout del sito aziendale www.asl4.liguria.it, in quanto ente del sistema regionale.

Con la stessa delibera è stato altresì dato mandato al settore Presidenza di attuare la strategia di comunicazione e di approvarne i documenti tecnici attuativi (tra cui il Manuale d'uso dei loghi degli enti del sistema regionale e il Documento di assetto dei siti, delle mobile app e dei social) e disporre che ogni attività ed iniziativa di comunicazione risponda alla strategia unitaria.

Con Delibera 352 del 26 maggio 2017, nell'Azienda Sociosanitaria n. 4 è stata quindi adottata ed attuata una nuova strategia di **Comunicazione integrata** a vari livelli che prevede obiettivi,

strumenti, attori e responsabilità definite e condivise e la redazione del piano di attività annuali di comunicazione ed informazione, in linea con art. 12 della Legge quadro in materia di comunicazione pubblica (L. 150 del 2000).

Con il Programma Strategico Digitale di Regione Liguria 2019 - 2021, approvato nel 2019, sono stati poi individuati obiettivi strategici a valenza pluriennale per lo sviluppo della comunicazione **digitale** ed è stato identificato nel modello regionale ligure degli ecosistemi digitali l'ecosistema **“Comunicazione digitale della Liguria e del suo sistema pubblico”**

Per la comunicazione digitale, multicanale ed integrata del sistema regionale (siti web, app, social network, radio, televisione) sono previste azioni coordinate e regia unificata estesa a tutte le fasi del processo di produzione dell'informazione.

Da ultimo, con la DGR 899 del 2020, a completamento di quanto già previsto dalla DGR 256/2017 e nell'ottica di promuovere il coordinamento digitale all'insieme degli enti del sistema Informativo Integrato Regionale (SIIR) ha disposto una serie di azioni, individuando nella società in house Liguria Digitale spa, che già svolge le funzioni di centrale di committenza in materia di beni e servizi della comunicazione ed oggi dotata di apposita divisione specializzata (Liguria Comunica) - il soggetto delegato alla pianificazione e gestione della comunicazione negli enti del SIIR, esplicitata tramite la presentazione del *Programma annuale della Comunicazione regionale* all'approvazione della Giunta regionale (in tale contesto si considerano ricomprese tutte le forme di comunicazione, sia di servizio pubblico sia di informazione al cittadino attraverso siti web, canali social e i media, come pure l'organizzazione di eventi e di promozione istituzionale del territorio).

Il programma regionale esplicita la strategia di comunicazione, le campagne, le azioni ed i budget previsti, da finanziarsi pro quota da parte degli enti committenti.

E' previsto che ogni ente appartenente al SIIR provveda con specifico atto all'incarico su base annuale a Liguria Digitale per la propria componente del Programma annuale, assicurandone la compartecipazione alla spesa.

L'Azienda Sociosanitaria n. 4 con Delibera n. 545 del 19/11/2020 ha preso atto dei contenuti e degli indirizzi regionali individuando il Direttore della SC Sistema Informativo, in sinergia con il dirigente della SSD Comunicazione ed informazione, per la valutazione dell'adesione ed l'eventuale percorso di competenza.

B. Comunicazione strategica. Distinzione tra comunicazione ed informazione.

Perché comunicare? Semplicemente, perché non è possibile non farlo. In una situazione di risorse personali e strumentali limitate, la comunicazione diventa una funzione trasversale e strategica nel governo di un'azienda sanitaria, che in quanto azienda è soggetta appunto ai vincoli di efficienza, efficacia ed economicità, ed in quanto pubblica ha il compito di mettere al **centro il cittadino**, destinatario dei suoi servizi e prestazioni e soggetto che ne legittima la stessa esistenza.

Per raggiungere questa visione, la Strategia della Comunicazione dovrà garantire che le informazioni rese disponibili siano tempestive, accurate e comprensibili a chi le riceve.

E' necessario distinguere tra semplice informazione ed efficace comunicazione.

L'Azienda deve tendere a forme di comunicazione a doppio senso, c.d. circolare, quindi non solo curare la corretta diffusione e l'utilizzo delle informazioni disponibili, ma la possibilità di avere un ritorno, un feedback in tal senso da parte dei destinatari delle stesse.

Fondamentale risulta pertanto l'utilizzo di mezzi di comunicazione mirati ed efficaci e l'**ascolto "attivo"** delle persone, sia all'interno che all'esterno dell'azienda, che permette a tutto il personale coinvolto la possibilità di fornire risposte puntuali e quando possibile tempestive. Una Strategia della Comunicazione comprende quindi due grandi aree, tra loro interdipendenti: Comunicazione interna e Comunicazione esterna.

B.1) Comunicazione Interna.

Per raggiungere i suoi obiettivi, l'azienda deve avere il supporto e la collaborazione di tutto il personale che, prioritariamente, deve essere portato a conoscenza (e comprendere) gli obiettivi non solo della propria struttura ma dell'azienda nel suo complesso.

Come già evidenziato la comunicazione della nostra azienda è "organizzativa" e la sua efficacia, intesa come raggiungimento dello scopo, dipende dalla sintonia della comunicazione esterna con quella interna.

Possiamo definire la comunicazione interna come "la capillare e trasparente circolazione delle informazioni finalizzata al coinvolgimento di tutti gli operatori nella condivisione della mission, della cultura e dei valori dell'azienda."

D'altra parte gli operatori hanno la responsabilità di tenersi informati attraverso i canali a loro disposizione e di sfruttare l'opportunità di esprimere la propria opinione nella gestione dell'Azienda.

Per quanto riguarda in particolare le problematiche relative alla cura del paziente o alla gestione dei servizi aziendali, deve essere garantita l'adozione di procedure che consentano agli operatori di poter fare sempre riferimento a persone/responsabili competenti e chiaramente individuate, per poter condividere e risolvere eventuali imprevisti e responsabilità. Il personale, specie di contatto, vive quotidianamente i bisogni e le aspettative (legittime o non) dei cittadini, pazienti e familiari che usufruiscono dei servizi e prestazioni aziendali, conosce le criticità quotidiane e le necessità contingenti, può quindi apportare il proprio contributo per migliorare aspetti come la qualità percepita dal cittadino e contribuire ad eventuali azioni di miglioramento.

Obiettivi:

Attraverso comunicazioni efficaci l'Azienda potrà garantire che:

- Il personale sia a conoscenza dei valori dell'Azienda e dei suoi obiettivi, come pure delle sue risorse e dei limiti (economici e normativi) ai quali la sua azione è soggetta
- Il personale sia costantemente informato di quanto avviene in Azienda:
- Chi è responsabile di cosa; quali servizi vengono erogati e dove; quali cambiamenti sono in previsione.

Il risultato di regolari ed efficaci comunicazioni sarà:

- uno staff che si sente valorizzato, rispettato e che sviluppa un senso di appartenenza dell'Azienda;
- uno staff ben informato la cui attenzione è rivolta principalmente al paziente
- il consolidarsi di un sistema di comunicazione circolare all'interno dell'azienda, strumentale ad una corretta comunicazione con l'esterno.

Per raggiungere tale risultato in Asl 4 sono stati adottati molteplici strumenti:

- Il Portale del Dipendente: nell'apposita sezione "Documenti Informativi" vengono pubblicate tutte le comunicazioni aziendali

- “Caro Collega ti informo”: rassegna stampa mensile
- “La Tua Asl ti informa”: mensile sulle iniziative che riguardano l’azienda
- Iniziative rivolte al personale: un esempio è “Benvenuti in Asl4”, iniziativa dedicata ai neo assunti

B.2) Comunicazione Esterna.

Come riconosciuto dalla citata legge 150/2000 all’art.9 - l’azienda comunica all’esterno con i cittadini, singoli ed associati, con l’ambiente, con altre istituzioni e con i mezzi di comunicazione di massa.

Nei confronti della cittadinanza l’azienda assicura la continuità ed il miglioramento di alcuni strumenti comunicativi finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi ritenuti prioritari nel rapporto con i cittadini e l’ambiente circostante:

- **informare e tutelare per facilitare l’accesso** dei cittadini ai servizi e garantire la possibilità di scelta da parte del cittadino: deve essere assicurata la massima trasparenza nell’operato ed i pazienti devono avere le più ampie possibilità di effettuare una scelta informata relativamente al trattamento cui vengono sottoposti;
- garantire in ogni caso **il diritto di partecipazione** alle attività dell’ente da parte dei cittadini singoli o associati (c.d. EMPOWERMENT). L’Azienda si propone inoltre il coinvolgimento dei pazienti/cittadini nell’erogazione e modalità di erogazione dei propri servizi: attraverso l’analisi dei punti di vista dei diversi portatori di interesse e destinatari dei servizi nella fase di pianificazione degli stessi, l’ascolto sistematico e attivo di chi si rivolge all’Azienda anche attraverso l’espressione della sua soddisfazione (o insoddisfazione) e delle sue reali necessità, sarà possibile individuare aree critiche e spazi di miglioramento; sino ad arrivare ad una vera e propria riprogrammazione del servizio offerto.
- curare e promuovere **l’immagine dell’azienda**, cercando di rendere visibili e valorizzare i fattori di qualità dei servizi erogati affinché si colmi il gap che può esistere tra ciò che siamo realmente e l’immagine percepita dal cittadino: è necessario far conoscere l’Azienda ed i suoi servizi, ma anche chi e come li eroga, non basta “saper fare” o “fare”, è necessario anche “far sapere”.
- comunicare con il cittadino significa anche **educarlo**; fornirgli le conoscenze e le abilità personali necessarie per la salute individuale e collettiva, rendendolo un interlocutore attivo che, opportunamente informato e consapevole delle scelte sanitarie operate per il recupero e la prevenzione del suo stato di salute, esprima il proprio consenso.

Il Risultato sarà che :

- il Cittadino comprenderà meglio quali sono i servizi e le prestazioni che l’Azienda fornisce e le corrette modalità di erogazione.
- Acquisterà maggiore fiducia nell’Azienda, valutando i servizi offerti dall’azienda come prima scelta per le cure ospedaliere, domiciliari e gli interventi di prevenzione.

Per raggiungere

Per raggiungere i risultati precedentemente menzionati, i contenuti diffusi sono pubblicati su diversi tipi di canali. Grazie alle interviste e alla presentazione dei professionisti e della loro équipe, Asl4 informa gli utenti sui servizi offerti e sulle attività svolte dalle varie strutture. Gli

obiettivi sono: **promuovere le capacità aziendali al servizio degli utenti e mostrare la professionalità del personale sanitario nell'assistere e assicurare le migliori cure.** Si è puntato alla comunicazione sanitaria digitale come ulteriore strumento per intercettare i bisogni degli utenti e informarli correttamente oltre sulle attività contingenti anche sulle campagne di prevenzione. La comunicazione digitale scelta dall'azienda si basata sul dialogo, sull'ascolto e sulla partecipazione.

I contenuti condivisi sui social media aziendali (Facebook e Instagram) servono ad aprire il dialogo, a coinvolgere le persone e a creare connessioni fidelizzando gli utenti, attraverso un dialogo alla pari con i cittadini/pazienti.

C. Strumenti

La legge quadro in tema di comunicazione prevede come interlocutori privilegiati

- L'ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

- l'Ufficio Stampa.

A seguito di diverse riorganizzazioni aziendali in attesa della ridefinizione del POA 2023, l'assetto organizzativo aziendale prevederà i seguenti uffici in staff alla Direzione generale:

- **“Ufficio Relazioni con il Pubblico ed esterne, qualità percepita e Accoglienza”**

- **“Ufficio Stampa”**

- **“Ufficio Formazione”**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nasce come punto di informazione ed orientamento, al quale i cittadini possono rivolgersi per presentare suggerimenti, reclami o ringraziamenti.

Attraverso l'ascolto attivo del cittadino, il monitoraggio delle segnalazioni ed i contatti con le associazioni di volontariato e tutela, l'Ufficio Relazioni garantisce la tutela di importanti diritti come l'accesso agli atti e servizi aziendali, il diritto ad essere informati e ad essere coinvolti nella gestione della cosa pubblica, con il chiaro ed esplicito obiettivo di un costante miglioramento nella qualità dei servizi.

La gestione delle segnalazioni dei cittadini da parte di personale specificamente formato e idoneo ne garantisce l'imparzialità e trasparenza, il monitoraggio costante e l'elaborazione della Statistica dei reclami pervenuti sono lo spunto per elaborare riflessioni di carattere generale sul ruolo della comunicazione e sulle opportunità che offre, non solo per gli addetti ai lavori ma soprattutto per i vertici e la Direzione Strategica.

Attualmente la gestione delle “relazioni” si rivela sempre più complessa e strategica in un clima di risorse aziendali non infinite, di politiche sempre più rigorose e di situazioni di emergenza come quella pandemica, fondamentale risulta fornire in ogni caso una risposta adeguata al cittadino, attraverso una presa in carico globale.

Per facilitare l'ascolto e la raccolta delle segnalazioni, sono utilizzabili più canali:

- è disponibile e scaricabile dal sito disponibili sul sito **modulo di segnalazione** facilmente individuabile e relative cassette di raccolta poste presso i principali punti di accesso e le sedi decentrate (Borzonasca, Rezzoaglio, Cicagna)
- contatti **telefonici o verbali**, che comportano comunque la presa in carico ed una risposta immediata o mediata al cittadino (richieste chiarimenti ed informazioni, segnalazioni non formalizzabili anonime o non circostanziate, orientamento al servizio competente, assistenza per alcuni servizi on line)
- contatti **via mail**: con la sempre maggior diffusione della tecnologia gran parte dei contatti perviene oggi **via e-mail** (urp@asl4.liguria.it e info@asl4.liguria.it) e la maggior parte delle attività istruttorie e di back office vengono gestite con utilizzo della posta elettronica aziendale.
- rilevazioni della qualità percepita dai cittadini, che l'Ufficio Relazioni di ASL 4 attua oramai da diversi anni attraverso la realizzazione e somministrazione di **questionari di Customer satisfaction**, che rappresentano uno degli strumenti più consolidati per verificare il livello di soddisfazione dei cittadini destinatari dei servizi e predisporre azioni di miglioramento;
- coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini singoli ed associati a progetti specifici, tramite rapporti consolidati con le associazioni di volontariato e tutela e la convocazione di un tavolo stabile di confronto (**Comitato Misto Consultivo** aziendale, al quale partecipano le associazioni più rappresentative del territorio, presieduto dal Direttore Sanitario – delibera 135 del 03/03/2023)

Tra le attività di competenza dell'ufficio la programmazione e realizzazione del **Bilancio Sociale**, della **Carta dei Servizi** aziendale e relativi aggiornamenti. La Carta dei Servizi è intesa come patto tra l'Azienda ed i cittadini e si ispira ai principi di imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza nel diritto di accesso ai servizi.

Attraverso lo strumento del Bilancio Sociale, ASL 4 ha scelto di rendere conto ai cittadini ed alle istituzioni del suo territorio delle scelte gestionali effettuate e dell'utilizzo delle sue risorse umane, finanziarie e strumentali, sempre nell'ottica della massima trasparenza e condivisione.

Da alcuni anni il Bilancio viene presentato alla popolazione nell'ambito della Giornata della Trasparenza istituzionale.

L' ufficio stampa

Per quanto riguarda i mezzi di comunicazione di massa, essi rappresentano un vero e proprio pubblico al quale deve rivolgersi la comunicazione aziendale; un pubblico a parte, che ha proprie esigenze, aspettative e regole e deontologia; un pubblico che non si limita a recepire le numerose informazioni che arrivano dalle varie fonti, istituzionali e non, ma che è in grado di incidere sull'opinione dei cittadini.

La qualità delle relazioni che l'azienda costruisce con i Media influisce sulla qualità degli articoli che vengono pubblicati, e di conseguenza sull'immagine che ne deriva per l'azienda.

L'Azienda collabora con tutti i media (quotidiani, internet, radio o televisione) affinché siano utilizzate tutte le opportunità per comunicare con la comunità locale di riferimento, sempre tenendo conto della tutela e valorizzazione della propria immagine aziendale.

Le relazioni con i mezzi di informazione sono curate in primis dall'Ufficio Stampa, in stretta sinergia con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Ufficio stampa di ASL 4, istituito con Delibera n. 215 del 11.03.2004, gestisce le relazioni con i media, cura l'aggiornamento e revisione del sito internet aziendale, elabora i contenuti e la grafica di tutti i prodotti editoriali aziendali, programmati all'interno di un calendario editoriale mensile:

- comunicati stampa
- inviti e organizzazione per conferenze stampa, eventi, convegni, inaugurazioni, ecc.
- brochures ed opuscoli informativi per i servizi aziendali e strutture ospedaliere e scaricabili on line.
- manifesti e brochure dei corsi di formazione organizzati dall'azienda;
- campagne di prevenzione della salute;
- redazione e sviluppo grafico dell'annuale Bilancio Sociale e della Carta dei Servizi;
- gestione canali social media aziendali (Facebook, Instagram);
- insieme all'Ufficio Relazioni l'ufficio partecipa al gruppo regionale sulla Comunicazione Sanitaria con l'obiettivo di condividere necessità e buone pratiche ed uniformare le modalità di approccio comunicativo con la cittadinanza.

Il responsabile dell'Ufficio Stampa viene contattato direttamente dai media senza vincoli di orario ed anche nei giorni festivi, per avere informazioni su eventi, situazioni di emergenza ecc.

Ogni qualvolta il giornalista viene contattato, dopo avere raccolto tutte le informazioni utili, si interfaccia con i vertici aziendali per fornire risposte adeguate e concordate, sempre nel rispetto della riservatezza delle questioni relative ai pazienti (comunicazioni reattive).

Il Portale aziendale e la sezione "Trasparenza"

Il sito internet dell'Azienda, www.asl4.liguria.it, è operativo dal 2001 ed è sempre stato gestito dall'Ufficio stampa che ha provveduto nel tempo ad un costante aggiornamento del portale nella grafica e nei contenuti.

Nel corso del 2017/18 è stato sostituito il vecchio sito internet ormai obsoleto, con una nuova piattaforma ed è stato implementato al fine di garantire una migliore accessibilità e un più facile utilizzo da parte dei cittadini.

Il Decreto Legislativo 33/ 2013 individua il portale come "il principale strumento attraverso cui il legislatore intende conseguire maggiori livelli di trasparenza rispetto all'azione amministrativa" e con la sua entrata in vigore è stata implementata - e viene costantemente aggiornata - l'apposita sezione dedicata all'Amministrazione trasparente"

D. Responsabilità dell'Azienda in materia di comunicazione

L'Azienda ha, nei confronti del pubblico, la responsabilità di garantire innanzitutto che siano soddisfatti gli obblighi previsti dalla normativa nazionale e regionale. ASL 4 garantisce la conformità alla normativa sulla Riservatezza dei Dati sanitari e l'accessibilità ai Regolamenti sull'Informazione e accesso agli atti.

Le informazioni vengono messe a disposizione dei cittadini attraverso le nostre pubblicazioni o su richiesta, sempre con la garanzia che i dati sensibili o informazioni che possono identificare i pazienti restino riservate e vengano utilizzate, solo se necessario, in base al consenso ricevuto.

Tutto il personale deve essere consapevole dell'obbligo di trattare le informazioni in modo appropriato e che una strategia di governo e trasmissione delle comunicazioni ed informazioni è prevista per l'intera azienda, seppur con responsabilità e livelli diversi. (vedi schede di sintesi)
Le modalità di comunicazione e i soggetti coinvolti e responsabili nel processo di comunicazione si riassumono nelle tabelle di sintesi in allegato.

Tab. A COMUNICAZIONE INTERNA		
<i>Diffusione interna delle informazioni</i>		
METODO DI COMUNICAZIONE	RESPONSABILITA'	FREQUENZA
Team Brief	Direzione, URP e Ufficio Stampa Persone nominate per comunicare a cascata le informazioni a tutto il personale dell'Azienda	Secondo necessità
Portale del Dipendente	Ufficio Personale e D.I.T.	Secondo necessità e richieste altri settori
Sito Internet: ➤ Documentazione e Pubblicazione ➤ Informazioni specifiche su pagine dedicate	➤ Ufficio Stampa ➤ Gruppi di operatori che forniscono informazioni all'URP e all'Ufficio Stampa	➤ secondo necessità ➤ secondo necessità ➤ gestione statistiche del sito (numero accessi ecc.)
E-mail	Disponibili a tutti gli operatori per le comunicazioni di servizio	Secondo necessità
Bacheche ➤ bacheche generali ➤ bacheche particolari in aree dedicate (personale, Sindacato)	➤ URP ➤ Ufficio Personale, RSU aziendale, CRAL	Secondo necessità
Rete dei Referenti della Comunicazione interna ed Esterna. Creata con delibera 414 del 10.06.2010 e successivi aggiornamenti	Delegati dal responsabile, diffondono a cascata le informazioni a tutti gli operatori del proprio settore e ne curano la trasmissione tempestiva al settore Comunicazione (es. variazione orari, organico, progetti, eventi ecc.)	Secondo necessità o su richiesta
Altri comitati a rilevanza interna: ➤ Comitato Etico ➤ Gruppo Privacy ➤ Gruppi di lavoro per specifici argomenti anche intersettoriali (es. semplificazione, gruppi Qualità)	Curano la diffusione a cascata delle informazioni, mediante mailing list o pubblicazione dei verbali sul sito.	Trimestralmente
Riunioni di Dipartimento/reparto: Collegio di Direzione	Direzione e Dirigenza SSD Qualità	Secondo protocolli dipartimentali/di reparto

Riunione Qualità e Risk management	Responsabile struttura e RQ	
Incoraggiare e valorizzare senso di appartenenza		
METODO DI COMUNICAZIONE	RESPONSABILITA'	FREQUENZA
Il responsabile indice e partecipa alle riunioni dello staff	Responsabili struttura, Coordinamenti, Posizioni organizzative	Secondo necessità, si raccomanda frequenza mensile
Deve essere assicurata la massima disponibilità ad incontrare il personale e deve essere privilegiata la comunicazione de visu	Responsabili di struttura, Coordinamenti, Posizioni organizzative	Secondo necessità
Iniziative coinvolgenti il personale: -CRAL Aziendale -Formazione e aggiornamento	Ufficio Relazioni, Personale e Formazione;	Continua
Incoraggiare una comunicazione bilaterale		
METODO DI COMUNICAZIONE	RESPONSABILITA'	FREQUENZA
Suggerimenti e proposte da parte operatori	Direzione Strategica e responsabili strutture con Iniziative e strumenti ad hoc	Secondo necessità
Domande e feedback	Il personale può porre domande e chiedere chiarimenti, sarà cura del responsabile/coordinatore dare opportune istruzioni	Continua
Coinvolgimento del personale nei processi decisionali	Ogni responsabile dovrebbe consultarsi con gli operatori, quando vengono prese delle decisioni che possono influenzare la loro area di lavoro (nell'ottica down-top)	Continua
Efficacia della comunicazione a cascata delle informazioni	La Dirigenza ed i responsabili devono garantire una formazione adeguata in tema di comunicazione aziendale, metodo di lavoro condiviso e gestione strumenti.	Continua

--	--	--

Tab. B COMUNICAZIONE ESTERNA		
METODO DI COMUNICAZIONE	RESPONSABILITA'	FREQUENZA
Riconoscimento dei gruppi di miglioramento aziendale che coinvolgono i cittadini in forma associata per garantire che abbiano informazioni corrette ed individuare criticità e azioni di miglioramento (es. Gruppo Agenas – TDM ecc...)	Responsabilità congiunta del Direttore Generale e del Gruppo per il coinvolgimento dei pazienti/utenti in forma associata.	
Promuovere il corretto utilizzo dei moduli per i commenti dei pazienti (OPINIONE dell'UTENTE)	Coordinatori (collaborano altresì all'analisi delle criticità e implementazione delle azioni correttive)	Costante
Aumentare la conoscenza delle attività dell'Azienda nella comunità locale: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenendo degli 'open days' per aree specifiche; ➤ Predisponendo bacheche informative nei reparti/Dipartimenti per evidenziare le caratteristiche e le attività individuali; 	Direzione e personale devono individuare opportunità adeguate per l'URP e l'Ufficio Stampa, che daranno consigli sui metodi più appropriati di comunicazione e li faciliteranno se necessario.	
Garantire l'ascolto attivo dei cittadini e la presa in carico delle loro richieste: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Partecipazione ai Comitati Misti Consultivi con le associazioni dei cittadini ➤ Incoraggiare la partecipazione agli incontri aperti al pubblico 	Ufficio Relazioni con il Pubblico in collaborazione con la Direzione che deve essere informata sulle questioni sollevate e deve garantire risposte appropriate. Ufficio Relazioni con il Pubblico e Direzione Sanitaria Ufficio Stampa pubblicizza le iniziative e convegni pubblici	Due volte all'anno o su richiesta Secondo necessità

<p>per discutere il lavoro svolto o presentare progetti rilevanti per la comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attraverso l'analisi dei moduli per le segnalazioni dei commenti dei pazienti e dei loro suggerimenti ➤ Predisponendo attività di Customer Satisfaction per la rilevazione della soddisfazione del paziente e dei suoi familiari (questionari di rilevazione qualità percepita) 	<p>Ufficio Relazioni con il Pubblico collabora con Direzione che deve essere informata sulle questioni sollevate e garantire risposte appropriate</p> <p>Ufficio Relazioni con il Pubblico</p>	<p>Continua e (Report delle Segnalazioni con cadenza Annuale)</p>
<p>Gestione delle Relazioni</p>		
<p>METODO DI COMUNICAZIONE</p>	<p>RESPONSABILITA'</p>	<p>FREQUENZA</p>
<p>La Direzione Strategica Aziendale ed i responsabili si incontrano regolarmente.</p>	<p>Direttore Generale</p>	<p>Secondo necessità</p>
<p>Rendicontazione sociale dell'utilizzo delle risorse (bilancio Sociale, economico ecc)</p>	<p>Direzione Generale, Settore Bilancio</p>	<p>Annuale</p>
<p>Presenza in carico del cittadino</p>	<p>Ufficio Relazioni, desk accoglienza</p>	<p>Continua</p>
<p>Rapporti con i media</p>		
<p>METODO DI COMUNICAZIONE</p>	<p>RESPONSABILITA'</p>	<p>FREQUENZA</p>
<p>Incoraggiare buone relazioni con i media e le radio locali nei seguenti modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Essere proattivi attraverso la promozione delle attività dell'Azienda; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Ufficio Stampa seleziona gli articoli, condividendoli con la Direzione Generale, qualora assumano valenza 	<p>Giornaliera</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Ufficio Stampa in accordo con la Direzione Generale può proporre ed organizzare interviste all'interno dei reparti per pubblicizzare le eccellenze dei nostri reparti; ➤ L'Ufficio Stampa può organizzare su richiesta dei media interviste all'interno di trasmissioni divulgative e di approfondimenti sanitari; ➤ Organizzare conferenze stampa su argomenti specifici ai quali dare rilievo, garantendo la totale copertura mediatica; ➤ Garantire risposte sollecite, pertinenti ed adeguate alla differente tempistica dei media rispetto alla necessità di informazione; ➤ Accrescere la conoscenza della politica di gestione dei media fra il personale. 	<p style="text-align: center;">strategica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ufficio Stampa in accordo con Direzione Generale contatta i soggetti che saranno relatori per l'Azienda all'interno del contenitore scelto ➤ Ufficio Stampa in accordo con Direzione Generale contatta i soggetti che saranno relatori per l'Azienda all'interno del contenitore scelto ➤ Ufficio Stampa in accordo con Direzione Generale ➤ Tutto il personale dovrebbe essere a conoscenza della politica aziendale, che descrive in dettaglio le responsabilità degli operatori quando devono trattare con i media. 	
Gestione del portale aziendale		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promuovere la conoscenza dei servizi aziendali attraverso il sito web; 	<p>Ufficio Stampa, Ufficio Relazioni col Pubblico in sinergia con DIT per la parte tecnologica</p>	<p>Continua</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promuovere l'accessibilità al sito e ai servizi on line, la disponibilità della modulistica ➤ Implementare la cultura della trasparenza attraverso l'aggiornamento dell'apposita sezione 	<p>Responsabile trasparenza</p>	<p>Continua</p>
---	---------------------------------	-----------------

APPENDICE

I. Iniziative in corso o da realizzare nel 2023

Attività già pianificate, in corso di realizzazione e/o realizzate

L'elenco è passibile di variazioni a seconda delle esigenze e degli obiettivi specifici di comunicazione o degli eventi in divenire

Titolo iniziativa	Oggetto	Strumenti	Target di riferimento
Carta dei Servizi 2022	Redatto a cura Ufficio Stampa/ URP	Sito internet, distribuzione cartaceo	Cittadini e associazioni
Bilancio sociale 2022	Redatto a cura Ufficio Stampa/ URP	Sito internet Distribuzione cartaceo	Cittadini, comunità locale ed altri stakeholder aziendali
La Tua ASL Ti informa	Periodico mensile di aggiornamento sulle attività svolte e sugli eventi in asl4 Redatto a cura dell'ufficio Stampa	Portale del dipendente	dipendenti
Caro Collega Ti informo	Rassegna stampa mensile A cura ufficio stampa	Portale del dipendente	dipendenti
Progetto Tigullio Luogo di Salute	Promozione progetto Diffusione capillare dei contenuti	Sito internet Canali social Media Convegni	Cittadini stakeholder
Stagioni della Prevenzione Gulliver	Prosecuzione delle iniziative legate alla campagna di prevenzione della salute	Sito internet Canali socia Distribuzione cartacea In collaborazione con Coop Liguria Rotary, Lions e associazioni del territorio	cittadini
Promozione della "Squadra ASL 4"	Presentazione dei Direttori di Struttura	Sito internet Canali social	Cittadini dipendenti
Porte aperte negli ospedali "bollini rosa"	Giornate mondiali salute della donna in collaborazione con Onda - Osservatorio Donna - Date da definirsi Partecipazione al Bando	Visite, consulti, momenti di ascolto, esami strumentali, eventi informativi aperti alla cittadinanza, colloqui, screening,	Popolazione femminile territorio Asl 4

Titolo iniziativa	Oggetto	Strumenti	Target di riferimento
	2022/2024	molte altre attività gratuite nell'ambito di varie aree specialistiche	
Giornate mondiali, nazionali ecc.	<ul style="list-style-type: none"> -Giornata mondiale contro la SLA - Giornata senza tabacco - Giornata mondiale su leucemie e linfomi - Giornata mondiale Alzheimer -Settimana Allattamento Materno tumore al seno LILT nastro rosa - Giornata del Ciclamino (Sclerodermia) - Obesity Day - Giornata mondiale Violenza contro le donne Giornata Mondiale dell'Aids Giornata Mondiale Parkinson Skin Cancer Day Giornata Mondiale Malato Giornata Mondiale Igiene Mani Giornate organizzate con Onda <p>Altri eventuali eventi organizzati nel corso del 2023 secondo il calendario reso noto da Alisa</p>	Pubblicazioni su sito internet Comunicati Visite gratuite Eventi divulgativi incontri Le Giornate vengono organizzate a seconda della disponibilità del personale Medico con visite gratuite e momenti di ascolto.	(Organizzazione con varie strutture Asl 4) Cittadinanza Associazioni
Convegni aperti al pubblico e in modalità web	Da organizzare in collaborazione con ALISA e Regione Liguria		Progetto con Alisa
Sito istituzionale	Aggiornamenti quotidiani ed implementazione di un canale digitale	Word press	Cittadini- operatori – media ecc
Attivazione di canali social	Facebook, Linkedin, Twitter, Instagram, Tik Tok	Iscrizione profilo pubblico	Cittadinanza – Media- operatori
Giornata istituzionale	Giornata istituzionale Anticorruzione e	Convegno, incontri di specialisti con la	Cittadinanza

Titolo iniziativa	Oggetto	Strumenti	Target di riferimento
Trasparenza	Trasparenza	popolazione, presentazione Bilancio Sociale, divulgazione brochure su stili di vita – pubblicità sul sito - conferenza stampa	MMG- Associazioni Volontariato Personale sanitario e amministrativo Asl 4 tutte le altre ASL e Aziende Ospedaliere Regione Liguria- Alisa
Somministrazione questionari qualità percepita	A cura URP e in collaborazione con sc Qualità	Somministrazione di questionari di qualità percepita ai cittadini	Cittadini, utenti, fruitori dei servizi ASL

II. Calendario giornate della salute previsto da ALISA

CALENDARIO DELLE FESTIVITA' E DELLE GIORNATE ITALIANE, EUROPEE E MONDIALI

GENNAIO

24-30 Tumore collo dell'utero

FEBBRAIO

4 Febbraio – Giornata Mondiale contro il Cancro

11 Febbraio – Giornata Mondiale del Malato

20 Febbraio Giornata delle Professioni sanitarie

29 Febbraio – Giornata Mondiale delle malattie rare

MARZO

3 Marzo – Giornata Internazionale dell'udito

4 Marzo Giornata HPV. Una **giornata** e una campagna su scala mondiale per parlare di **HPV**, il **papillomavirus** umano, per spiegare cos'è, a quale rischi espone e soprattutto come fare per ridurne l'impatto attraverso lo screening e la vaccinazione

15 Marzo – Giornata del Focchetto Lilla (contro i DCA – Disturbi Comportamento Alimentare)

19-27 Marzo: **Settimana prevenzione oncologica** (con LILT Genova). Istituita con Decreto del Presidente del Consiglio nel 2001, ha lo scopo di diffondere la cultura della prevenzione e l'importanza di corretti e sani stili di vita, quali: non fumare, non bere alcolici, alimentarsi adeguatamente nella giusta stagionalità, fare attività fisica per combattere la sedentarietà e tutte le malattie ad essa correlate, riposare, effettuare controlli periodici per la diagnosi precoce. Il simbolo della Settimana per la Prevenzione è - da sempre - l'olio extravergine di oliva 100% italiano, re della dieta mediterranea: eccellenza della tradizione enogastronomica italiana è anche un amico della nostra salute, l'oro verde" con accertate caratteristiche nutrizionali ed organolettiche in grado di proteggerci da diversi tipi di tumore.

21 Marzo – Giornata Mondiale per la Sindrome di Down

23 Marzo – Giornata mondiale dell'Endometriosi

APRILE

2 Aprile – Giornata Mondiale della Consapevolezza dell'Autismo

7 Aprile – Giornata Mondiale della Salute

11 Aprile - Giornata nazionale per la donazione organi

22 Aprile – Giornata nazionale della salute della donna

24 Aprile – Giornata Mondiale contro la Meningite

MAGGIO

5 Maggio – Giornata Mondiale per l'igiene delle mani

5 Maggio – Giornata Internazionale delle ostetriche

9 Maggio – Giornata mondiale contro il Tumore ovarico

12 Maggio – Giornata Internazionale dell'Infermiere

16 Maggio – Giornata Malato oncologico

17 Maggio – Giornata mondiale contro l'ipertensione

19 Maggio – Giornata mondiale malattie croniche intestinali

29 Maggio Giornata nazionale del sollievo (cure palliative)

30 Maggio – Giornata mondiale della Sclerosi multipla

31 Maggio – Giornata Mondiale senza tabacco con Lilt Genova

GIUGNO

14 Giugno – Giornata Mondale dei Donatori di Sangue

21 Giugno – Giornata Mondiale della SLA

LUGLIO

28 luglio - Giornata mondiale dell'epatite

AGOSTO

Non è stato programmato nulla

SETTEMBRE

8 Settembre Giornata mondiale del fisioterapista

9 Settembre – Giornata della sindrome fetoalcolica
9 Settembre - la Giornata Mondiale di sensibilizzazione sulle malattie mieloproliferative
17 Settembre - Giornata mondiale della sicurezza delle cure
20 Settembre - Giornata mondiale dei Tumori ginecologici
24 Settembre - Giornata Nazionale del Respiro e delle Malattie Respiratorie
29 Settembre – Giornata Mondiale del Cuore

OTTOBRE (ottobre rosa)

1 Ottobre – Giornata Internazionale delle persone anziane
Il giovedì di ottobre – Giornata mondiale della vista
10 Ottobre – Giornata Mondiale della Salute Mentale
11 Ottobre – Giornata Mondiale contro l’obesità
13 Ottobre - Giornata regionale di sensibilizzazione sul tumore al seno metastatico
16 Ottobre – Giornata Mondiale dell’Alimentazione
21 Ottobre - Giornata internazionale tumore al seno

NOVEMBRE (azzurro)

14 Novembre – Giornata Mondiale del Diabete
17 Novembre - Giornata Mondiale per la lotta contro il Tumore al Pancreas
III settimana novembre dedicata alla prevenzione maschile (con Lilt)

DICEMBRE

1 Dicembre – Giornata Mondiale per la lotta contro l’AIDS
3 Dicembre – Giornata Internazionale dei Diritti delle Persone con disabilità

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

**VP10 – EDILIZIA, PNRR,
APPROVVIGIONAMENTI**



P19 – PNRR

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

Il Piano Nazionale di ripresa e resilienza (in acronimo PNRR), presentato dall'Italia alla Commissione europea nell'aprile 2021 e definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea nel luglio 2021 costituisce lo strumento per l'attuazione nazionale del Programma "NextGeneration UE", con una dotazione finanziaria di 191,50 miliardi di euro.

Il PNRR si articola in sedici Componenti raggruppate in sei Missioni, in coerenza con i sei Pilastri del citato regolamento UE 2021/241, tra cui la Missione M6 Salute e la stessa ha come obiettivi principali quello di potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

La Missione 6 prevede, tra gli altri, il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e la creazione di strutture, presidi territoriali e centrali operative, oltre che l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero relativamente al DEA e alle grandi apparecchiature.

I mezzi finanziari per gli appalti deriveranno da fondi stanziati in applicazione del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 06/08/2021 "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione".

Con Decreto del Ministero della Salute del 20/01/2022 vengono ripartite le risorse del PNRR e del PNC assegnando alla Regione Liguria, tra l'altro, i fondi per la realizzazione di n. 30 Case di Comunità, riferite alla Missione M6C1 Intervento 1 nonché per gli interventi per l'ammodernamento del parco tecnologico sanitario e per la digitalizzazione ed informatizzazione dei sistemi ospedalieri.

Regione Liguria con la deliberazione di Giunta Regionale n. 72 del 07/02/2022 ad oggetto "Indirizzi relativi al programma degli investimenti PNRR edilizia sanitaria e di digitalizzazione dei servizi ospedalieri", stabilisce le modalità realizzative di ogni singolo intervento inserito nel PNRR e la loro dimensione finanziaria.

La Missione 6 prevede:

- Il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare (per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, in particolare coloro che hanno patologie croniche o non sono autosufficienti), lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza remota (con

- l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali) e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- progetti per il rinnovamento e l'ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, per la digitalizzazione e l'informatizzazione dei sistemi ospedalieri, il potenziamento delle infrastrutture ospedaliere per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 169 del 08/03/2022 ad oggetto "PNRR Missione 6 – programma investimenti M6C1 1.1. case delle comunità; M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali; M6C1 1.3 Ospedali della Comunità; M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero; M6C2 1.2 Antisismica" Regione Liguria approva l'elenco degli interventi proposti da questa ASL, dando altresì atto che non è stata costituita alcuna assegnazione di contributi in quanto potranno essere iscritti i relativi crediti nei bilanci Aziendali di competenza solo successivamente all'adozione di specifici provvedimenti di Giunta Regionale.

Al fine di poter realizzare gli interventi nei termini previsti ed indicati nelle schede inserite sulla piattaforma AGENAS e validate da Regione Liguria è necessario attivare le procedure di affidamento urgentemente, considerato il loro numero, la necessità di predisporre la documentazione di gara, di acquisire la progettazione nel livello richiesto per avviare le procedure di affidamento dei lavori, le tempistiche di realizzazione e di collaudo.

La soprarichiamata D.G.R. N. 72 del 07/02/2022 costituisce una task force in capo a Regione Liguria per curare le procedure maggiormente complesse ed individuare le modalità di funzionamento della stessa, fermo restando la titolarità in capo alla SUAR, di programmazione delle attività e supporto alle Stazioni Appalti appartenenti al SSL, sotto il coordinamento attuativo ed il controllo della Direzione Centrale, Organizzazione di Regione Liguria.

La nota della Direzione Centrale di Regione Liguria a protocollo n. 2022-0345234 del 13/05/2022 ad oggetto: "Prime disposizioni in ordine agli interventi PNRR", tra l'altro, richiede la redazione e la trasmissione dei Documenti di Indirizzo alla Progettazione (D.I.P.) entro il 31 maggio 2022.

L'ex polo ospedaliero di Chiavari per la sua vocazione principalmente territoriale rispetto alle altre strutture ospedaliere è stato individuato come destinatario, tra le altre cose, delle funzioni di "Casa della Comunità" e di "Centrale Operativa" da realizzarsi in due stralci funzionali nell'ambito di un disegno più ampio ed organico progettato alla erogazione di servizi sanitari ed amministrativi alla popolazione all'ambito del Distretto territoriale n. 15 in tempi brevi e medi.

Quindi, per quanto attiene al primo stralcio dei lavori, si deve procedere con urgenza in quanto gli stessi comportano la realizzazione di una struttura con funzioni di accoglienza, accesso e vaccinazioni, stante la prossima indisponibilità degli immobili attualmente destinati a tali attività.

In sostanza sotto il profilo degli investimenti sono previste le seguenti principali linee di intervento per il periodo 2022-2026:

- avvio delle procedure per l'attivazione delle linee di finanziamento derivanti dall'attuazione del PNNR, per un valore complessivo di 16,5 milioni di euro finalizzati allo sviluppo di:
 - Case di Comunità presso i poli di Rapallo, Chiavari e Sestri Levante per 4,0 milioni di euro;
 - Ospedale di comunità presso i poli di Rapallo, e Sestri Levante per complessivi 4,4 milioni di euro;
 - Centri operativi territoriali presso Sestri Levante e Chiavari per 0,3 milioni di euro;
 - Interventi di adeguamento antisismico a Chiavari, Sestri Levante e Lavagna per 7,8 milioni di euro;

- attivazione parziale delle linee di finanziamento da PNNR per acquisto di attrezzature sanitarie e tecnologie per complessivi 3,8 milioni di euro;

- realizzazione di parte degli interventi previsti per il potenziamento del polo ospedaliero di Lavagna, finanziati con fondi ministeriali ex art 20 ed in parte con donazioni di privati per complessivi 9,2 milioni di euro:
 - Sopraelevazione 5° piano corpo nord per 2,5 milioni di euro;
 - Ampliamento area Pronto Soccorso per 2,5 milioni di euro;
 - Attivazione di una quinta sala operatoria per 1,0 milione di euro;
 - Predisposizione di eli superficie per 1,2 milioni di euro;
 - Realizzazione di una piastra endoscopica per 1,5 milioni di euro;
 - Sistemazione aree esterne per 0,5 milioni di euro.

MONITORAGGIO DELLO STATO DI AVANZAMENTO DEI PROGETTI PNRR

Il monitoraggio periodico dello stato di avanzamento dei progetti finanziati con il PNRR e la relativa spesa vengono effettuati attraverso il portale “REGIS”

Regis è un portale, approntato dal Ministero Economia e Finanza in collaborazione con la Ragioneria Generale dello Stato che consente il monitoraggio, la rendicontazione ed il controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

L’aggiornamento degli stati di avanzamento sul portale REGIS deve avvenire mensilmente; il sistema è articolato e monitora tre sezioni:

- Misure (investimenti o riforme): in questa sezione è possibile registrare le informazioni a livello di programmazione e a livello di attuazione procedurale (bandi, decreti, convenzioni), fisica (avanzamento materiale della misura) e finanziaria (trasferimenti effettuati e spesa sostenuta).
- Milestone e Target: vengono registrati i dati relativi agli obiettivi previsti per le misure di competenza delle Amministrazioni centrali, a livello di pianificazione e di attuazione;
- Progetti: i Soggetti attuatori registrano tutte le informazioni sui progetti di rispettiva competenza e in particolare con i dati riguardanti l’esecuzione procedurale, la realizzazione fisica e l’esecuzione finanziaria.



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

VP11 – SOSTENIBILITA' e GREEN



P20 – SOSTENIBILITA'

Sommario

A. EFFICIENTAMENTO e RISPARMIO ENERGETICO	3
STATO di FATTO.....	3
STATO di PROGETTO per INTERVENTI di RISPARMIO ed EFFICIENTAMENTO ENERGETICO	5
B. EFFICIENTAMENTO e RISPARMIO IDRICO	8
STATO di FATTO.....	8
STATO di PROGETTO per INTERVENTI di EFFICIENTAMENTO ed RISPARMIO IDRICO.....	9

A. EFFICIENTAMENTO e RISPARMIO ENERGETICO

STATO di FATTO

L'Azienda Sociosanitaria Ligure n°. 4 (ASL 4) sviluppa la sua attività sanitaria di diagnosi e cura su quattro presidi Ospedalieri con ricovero a ciclo diurno e notturno (Lavagna, Sestri Levante, Rapallo e Chiavari) e su 9 strutture territoriali ambulatoriali (Santa Margherita Ligure, Rapallo, Cicagna, Borzonasca, Rezzoaglio, due su Chiavari, Sestri Levante, Varese Ligure).

Lo scenario dei consumi, soprattutto riferito alle strutture ospedaliere che sono le maggiormente energivore, è meglio sintetizzata nella tabella sottostante:

Tab. 1.1

Consumi energetici presidi ospedalieri maggiori

Presidio	SLA [mq]	EE [Mwhe]	ET [kSmc gas]	ET [MWht]	kWhe/mq	kWht/mq	10 -3 Tep/mq
Lavagna	23.000	4.430	304	2.950	193	128	60
Rapallo	28.700	3.860	433	4.200	134	146	53
Sestri Levante	20.000	2.700	170	1.650	135	83	41
Chiavari	14.000	1.100	166	1.600	79	114	36
TOTALE		12.090	1.073	10.400			

I dati dei consumi fanno riferimento all'anno 2022. I dati dei prezzi dell'energia elettrica e termica fanno riferimento all'anno 2021 come media dei prezzi storici al netto del rialzo attualmente in corso e alla diminuzione del 2020 causata dalla pandemia.

In dettaglio si riporta appresso una stima della ripartizione dei consumi energetici attuali, sintetizzati in due matrici (rispettivamente suddivisi per vettori energetici elettrico e termico) che riporta i consumi suddivisi per struttura energivora (presidio ospedaliero) in colonna, e per tipologia di utilizzo del vettore energetico in riga.

Tab. 1.2

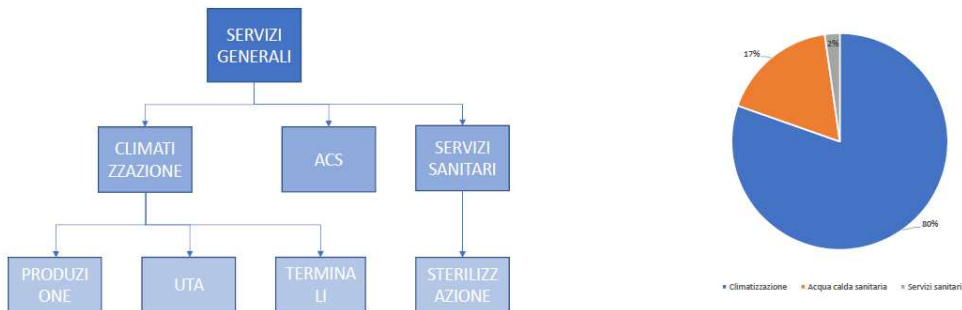
Ipotesi di ripartizione dei consumi elettrici



Ripartizione consumi elettrici [MWh]	Lavagna	Rapallo	Sestri Levante	Chiavari
Climatizzazione				
- Produzione freddo	1.550	1.200	750	450
- Impianti di trattamento aria	750	700	450	200
- Terminali freddo	430	800	360	130
Illuminazione	650	650	500	290
Varie (ACS, Ascensori, Spazi comuni)	30	30	20	5
Utenze FM (impianti sanitari)	850	380	510	20
IT (attrezzature informatiche, server..)	170	100	110	5
TOTALE	4.430	3.860	2.700	1.100

Tab. 1.3

Ipotesi di ripartizione dei consumi termici



Ripartizione consumi termici [MWh]	Lavagna	Rapallo	Sestri Levante	Chiavari
Climatizzazione				
- Centrale termica	500	400	250	100
- Impianti di trattamento aria	1.650	2.100	700	520
- Terminali	350	700	350	680
Acqua calda sanitaria	450	700	350	300
Servizi sanitari		300		
TOTALE	2.950	4.200	1.650	1.600

STATO di PROGETTO per INTERVENTI di RISPARMIO ed EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

Il contratto Regionale Liguria SSL-2018, che ha avuto consegna del servizio di fornitura dei vettori energetici, della conduzione e manutenzione degli impianti, in data 16/03/2022, prevede a contratto due linee di intervento di efficientamento energetico: quello obbligatorio, per cui viene corrisposto un canone annuale, e quello facoltativo, per cui viene corrisposto un rimborso dell'investimento correlato alla percentuale di MWh risparmiati sulla base del PUN medio del periodo di esecuzione degli interventi.

In estrema sintesi si elencano gli interventi (sia obbligatori che facoltativi) che si intende mettere in campo nei prossimi 5-7 anni (tra parentesi sono riportati i minus di energia elettrica e termica stimati in MWh/ annui).

- Relamping nei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio EE 277 mWh), Rapallo (stima annua di risparmio EE 310 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio EE 220 mWh), Chiavari (stima annua di risparmio EE 155 mWh);
- Installazione di impianti fotovoltaici policristallini sulle coperture dei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio EE 60 mWh), Rapallo (stima annua di risparmio EE 90 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio EE 60 mWh);
- Riqualificazione gruppi frigoriferi mediante sostituzione di quelli obsoleti nei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio EE 100 mWh), Rapallo (stima annua di risparmio EE 100 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio EE 80 mWh), Chiavari (stima annua di risparmio EE 50 mWh);
- Sostituzione UTA ed efficientamento impianti aeraulici nei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio EE 300 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio EE 100 mWh);
- Ammodernamento impianto radiante a pannelli (Frenger) nel polo ospedaliero di Sestri Levante (stima annua di risparmio EE 16 mWh);
- Riqualificazioni centrali termiche nei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio ET 450 mWh), Rapallo (stima annua di risparmio ET 220 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio ET 140 mWh), Chiavari (stima annua di risparmio ET 90 mWh);
- Riqualificazione impianto aeraulico invernale nei poli ospedalieri di Lavagna (stima annua di risparmio ET 800 mWh), Sestri Levante (stima annua di risparmio ET 170 mWh);
- Ammodernamento impianto radiante a pannelli (Frenger) ad andamento invernale nel polo ospedaliero di Sestri Levante (stima annua di risparmio ET 140 mWh);
- Realizzazione impianto pilota per energia geotermica nell'area del ristrutturando edificio denominato Villa Laura a Sestri Levante (stima annua di risparmio ET 95 mWh).

EE= energia elettrica

ET= energia termica

Tab. 2.1

Stima dei saving di consumo di EE e ET

Risparmio energia elettrica [MWhe]	Lavagna	Rapallo	Sestri Levante	Chiavari
Facoltativi				
Relamping	277	310	220	155
Fotovoltaico	60	90	60	
Riqualificazione gruppi frigoriferi	100	100	80	50
Totale Facoltativi	437	500	360	205
Obbligatori				
Impianto aeraulico	300		100	
Impianto frenger			16	
Totale Obbligatori	300		116	
TOTALE INTERVENTI	737	500	476	205
Risparmio energia termica [MWht]	Lavagna	Rapallo	Sestri Levante	Chiavari
Facoltativi				
Riqualificazione centrali termiche	450	220	140	90
Obbligatori				
Impianto aeraulico	800		170	
Impianto frenger			140	
Totale Obbligatori	800		310	
TOTALE INTERVENTI	1.250	220	450	90

Tab. 2.2

Consumi energetici presidi ospedalieri post interventi di qualificazione

Presidio	Riduzione EE [MWhe]		Riduzione ET [kSmc gas]		Riduzione ET [MWht]		10 -3 Tep/mq	Rid % tep/mq
	Facoltativi	Obbligatori	Facoltativi	Obbligatori	Facoltativi	Obbligatori		
Lavagna	437	300	46	82	450	800		
Rapallo	500		23		220			
Sestri Levante	360	116	14	32	140	310		
Chiavari	205		9		90			
TOTALE	1.502	416	93	114	900			
Presidio	SLA (mq)	EE [MWhe]	ET [kSmc gas]	ET [MWht]	kWhe/mq	kWht/mq	10 -3 Tep/mq	Rid % tep/mq
Lavagna	23.000	3.693	176	1.700	161	74	44	-27%
Rapallo	28.700	3.360	410	3.980	117	139	48	-9%
Sestri Levante	20.000	2.224	124	1.200	111	60	32	-21%
Chiavari	14.000	895	157	1.510	64	108	32	-11%
TOTALE		10.172	866	8.390				

Rispetto ai consumi attuali indicati nella tabella 1.1 si hanno riduzioni dei consumi in termini percentuali diversificati per presidio ospedaliero e per tipologia di Energia utilizzata (energia elettrica o energia termica): il P.O. di Lavagna avrà un risparmio stimato di ca. il 17% di E.E. e di ca. il 42% di E.T., il P.O. di Rapallo un risparmio stimato di ca. il 13% di E.E. e di ca. il 5,5% di E.T., il P.O. di Sestri Levante un risparmio stimato di ca. il 18% di E.E. e di ca. il 27% di E.T., ed infine il P.O. di Chiavari un risparmio stimato di ca. il 19% di E.E. e di ca. il 6% di E.T.

Il risparmio medio aziendale, comprensivo degli interventi di efficientamento nelle strutture territoriali minori (Cicagna, Rezzoaglio, Rapallo –Via Lamarmora, Chiavari- C.so Dante, Sestri Levante- Via Lazio) sarà del 15,9% di Energia Elettrica e del 19,3% Energia Termica.

I consumi energetici a regime, cioè dopo la realizzazione degli interventi sopra descritti, sono meglio sintetizzati nella tab. 2.2, riportata appresso.

Il cronoprogramma per la realizzazione degli interventi di efficientamento energetico suindicati, prevede le tempistiche indicate nella tabella 2.3 successivamente riportata:

Tab. 2.3

Principali interventi di riqualificazione obbligatori e facoltativi

Interventi	Lavagna		Rapallo		Sestri Levante		Chiavari	
	Start	End	Start	End	Start	End	Start	End
Facoltativi								
Relamping	apr-23	lug-23	feb-24	mag-24	ago-23	nov-23	nov-23	feb-24
Fotovoltaico	gen-24	mag-24	giu-23	ott-23	gen-24	mag-24		
Riqualificazione gruppi frigoriferi	ott-24	mar-25	ott-24	mar-25	ott-24	mar-25	ott-24	mar-25
Riqualificazione centrali termiche	apr-24	ott-24	giu-23	ott-23	apr-24	ott-24	apr-24	ott-24
Geotermico					giu-25	giu-26		
Obbligatori								
Impianto aeraulico	set-23	secondo possibilità			set-23	secondo possibilità		
Impianto frenger					mar-24	secondo possibilità		

B. EFFICIENTAMENTO e RISPARMIO IDRICO

STATO di FATTO

Come rappresentato al capitolo 1, l'Azienda Sociosanitaria Ligure n°. 4 sviluppa la sua attività sanitaria di diagnosi e cura su quattro presidi Ospedalieri con ricovero a ciclo diurno e notturno (Lavagna, Sestri Levante, Rapallo e Chiavari) e su 9 strutture territoriali ambulatoriali (Santa Margherita Ligure, Rapallo, Cicagna, Borzonasca, Rezzoaglio, due su Chiavari, Sestri Levante, Varese Ligure).

Lo stato dei consumi di acqua potabile, su base annua (2022), è meglio rappresentato nella tabella sottostante:

Tab. 3.1

SEDE	Consumi H2O (m³)
Borzonasca- Via Roma 10	338
Cicagna- Via Pianmercato 16	1.550
Chiavari- Via Gio Batta Ghio 9- (Ospedale)	17.350
Chiavari- C.so Dante 161	1.304
Lavagna- Via Don Bobbio 25	85.850
Lavagna- Via Rezza 54 (Ist. Marini)	1.650
Rapallo- Via San Pietro 8 (Ospedale) H2O da rete pubbl.	18.090
Rapallo- Via San Pietro 8 (Ospedale) H2O da falda	21.050
Rezzoaglio- Via Roma	120
Santa Margherita Lig.- Via GB Larco 5	30
Sestri Levante- Via A.Terzi 43A (Ospedale)	28.053
Sestri Levante- Via Lazio 16	400
TOTALE anno 2022	175.785

L'Ospedale di Rapallo che rappresenta la struttura di costruzione più recente è più innovativa dal punto di vista green di sostenibilità ambientale; in tale struttura è implementato un impianto di emungimento dell'acqua di falda per usi non potabili (ad esempio esiste un impianto separato di carico delle cassette di cacciata dei vasi WC ed un impianto dedicato per la produzione di vapore per usi di scambio termico, che derivano direttamente dal sistema di riutilizzo delle acque di falda, opportunamente filtrate e trattate, esiste anche un impianto dedicato per l'innaffiamento delle aree a verde del Polo Ospedaliero che dipende al sistema di riuso dell'acqua di falda, il dato numerico dovuto al suddetto riutilizzo è riportato nella tabella 3.1 evidenziato **in rosso**).

STATO di PROGETTO per INTERVENTI di EFFICIENTAMENTO ed RISPARMIO IDRICO

Gli interventi per consentire un miglioramento nell'uso delle risorse idriche può suddividersi in due linee di intervento; la prima comportamentale e di sensibilizzazione del personale e dell'utenza delle strutture ospedaliere e territoriali nell'evitare gli sprechi, la seconda strutturale che prevede una serie di interventi impiantistici di medio e grande impatto al fine di realizzare impianti di riuso delle acque di falda e piovane, di separazione degli impianti per usi alimentari e di igiene personale da quelli di alimentazione delle cassette di cacciata dei WC, di alimentazione degli impianti meccanici, di irrigazione, di raffreddamento di motori o parti in movimento, di produzione del vapore, etc.

In particolare azioni strutturali saranno da prevedere nel Polo Ospedaliero di Lavagna il quale assorbe da solo quasi la metà del consumo idrico di tutte le strutture di ASL 4. In particolare un implementazione dell'impianto di riutilizzo dell'acqua di falda per usi analoghi a quelli sperimentati nell'Ospedale di Rapallo potrebbe produrre un risparmio idrico di ca. il 30-40% del consumo totale del Polo Ospedaliero, che si riverserebbe su un minus di consumi del 15% su scale aziendale.

Tab. 4.1: accorgimenti comportamentali delle acque per usi indoor

 RIDUZIONE DEL CONSUMO DI ACQUA POTABILE PER USO ABITATIVO FINALITA': RIDURRE I CONSUMI DI ACQUA POTABILE PER USI INDOOR			
SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
	Volume di acqua potabile risparmiata per usi indoor rispetto al fabbisogno base calcolato	Riduzione del consumo di acqua potabile per usi indoor del 100% rispetto al valore base calcolato tramite strategie di recupero e ottimizzazione di uso dell'acqua	- Installazione di riduttori di flusso nei rubinetti di bagni e cucine e nelle docce
	Riduzione percentuale di utilizzo di acqua potabile rispetto al valore base calcolato per l'edificio in oggetto	Ridurre del 40% l'utilizzo di acqua potabile a scopo abitativo rispetto al valore base calcolato per l'edificio in oggetto limitando il convogliamento in fognatura	- Installazione del doppio tasto nella cassetta dell'acqua del wc per l'interruzione del flusso
	Azioni: - Utilizzo dell'acqua proveniente da acquedotto esclusivamente per usi alimentari e per igiene personale - Utilizzo di rubinetti monocomando, con frangigetto o con apertura tramite fotocellula - Utilizzo di scarichi del wc con doppio tasto per l'interruzione del flusso		

Tab. 4.2: indagini preliminari per il fabbisogno di acqua potabile e per progettare al meglio sistemi strutturali di riuso delle acque di falda e piovana



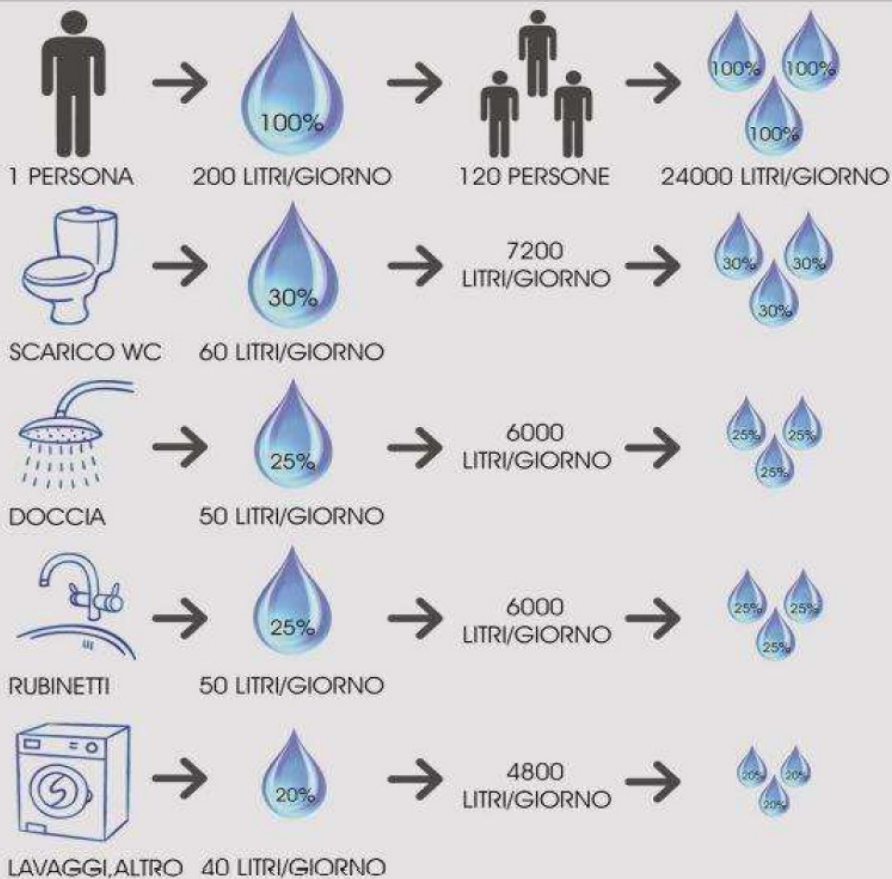
INDAGINI PRELIMINARI: FABBISOGNO DI ACQUA POTABILE

FINALITA': REPERIMENTO DI DATI RELATIVI AL CONSUMO DI ACQUA POTABILE

SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
	Il sistema non contiene criteri che specifichino la necessità del reperimento di dati sul fabbisogno di acqua potabile, ma risulta comunque necessario effettuare queste ricerche al fine di ottenere risultati sul dimensionamento degli impianti e sulla riduzione percentuale del volume di acqua potabile consumata		- Raccolta di dati relativi al fabbisogno di acqua potabile per usi sanitari della zona del sito di progetto e per l'irrigazione delle specie vegetative adottate
	Il sistema non contiene crediti relativi al reperimento di dati sul fabbisogno di acqua potabile, anche se risulta necessario effettuare le ricerche per sapere in quale percentuale si sta riducendo il consumo di acqua potabile con le strategie progettuali adottate		
	Azioni: - Acquisizione dei dati sul fabbisogno di acqua potabile per usi sanitari, per le cucine e per l'irrigazione in base al numero degli utenti e delle superfici a verde da irrigare		



CONSUMI DI ACQUA POTABILE

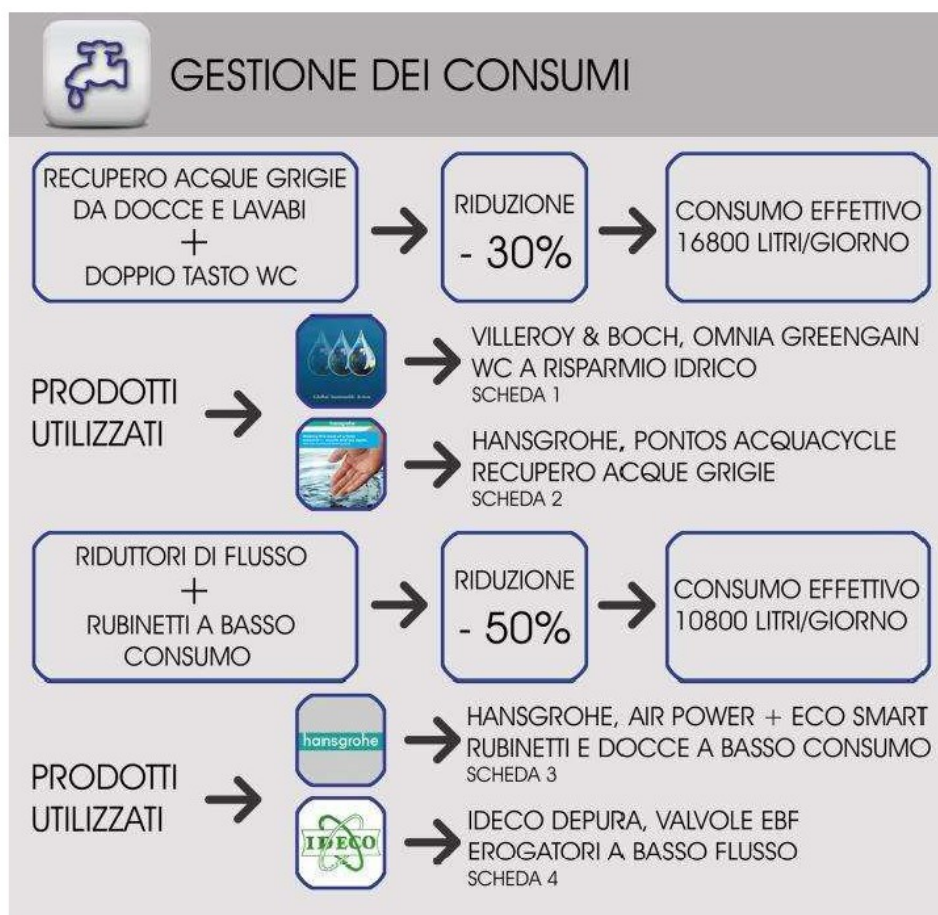


DATI SUL CONSUMO DI ACQUA POTABILE FORNITI DA ISTAT (ISTITUTO NAZIONALE DI RICERCA) RELATIVI AL 2010

Tab. 4.3: implementazione di sistemi di controllo

 SISTEMI DI CONTROLLO FINALITA': CONTABILIZZAZIONE E CONTROLLO DELL'USO DELL'ACQUA			
SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
 ITACA	Il sistema non contiene criteri che impongono l'installazione di dispositivi di contabilizzazione dell'acqua, anche se risultano essere necessari per la distribuzione delle acque di recupero raccolte e filtrate		- Installazione di sistemi di contabilizzazione dell'acqua potabile e delle acque di recupero per garantire una corretta gestione e controllo delle acque
 SB100	Azioni: - Visibilità e separazione individuale dei sistemi di contabilizzazione del consumo		

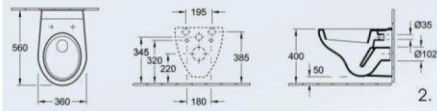
Tab. 4.4: implementazione impiantistiche per la riduzione di consumi di acqua potabilità ed il riuso di acque di falda e/o piovane



SCHEDA 1 - VILLEROY & BOCH - OMNIA GREENGAIN WC A RISPARMIO IDRICO

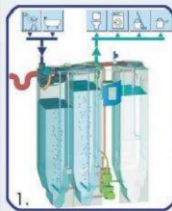


DISTRIBUZIONE DEL FLUSSO TRAMITE 3 INGRESSI: OLTRE ALLO SCIACQUO PRINCIPALE, L'ACQUA VIENE CONVOGLIATA ANCHE PARALLELAMEN- TE, A SINISTRA E DESTRA DELLA PARETE ANTERIORE, IN MODO TALE DA ASSICURARE IL PASSAGGIO PER UN ECCELLENTE RISULTATO DI SCARICO. CONSUMA 3,5 LITRI DI ACQUA E CONSENTE DI RISPARMIARE FINO AL 40% DI ACQUA IN PIU' RISPETTO AI TRADIZIONALI WC DA 6 LITRI. UNICA CONDIZIONE PER L'INSTALLAZIONE E' CHE LO SCARICO SIA REALIZZATO IN CONFORMITA' CON LO STANDARD EUROPEO EN 12056.



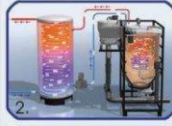
2.: DISEGNO TECNICO 1.-3.-4.: IMMAGINI DEL PRODOTTO

SCHEDA 2 - HANSGROHE - PONTOS ACQUACYCLE RECUPERO ACQUE GRIGIE



IL SISTEMA PONTOS TRASFORMA L'ACQUA PROVENIENTE DA DOCCIE E VASCHE IN ACQUA CHIARA E IGIENICAMENTE PULITA. L'ACQUA SARA' COSI' A DISPOSIZIONE UNA SECONDA VOLTA PER LO SCIAQUONE DEL WATER, PER LA LAVATRICE O PER LA PULIZIA DEGLI EDIFICI.

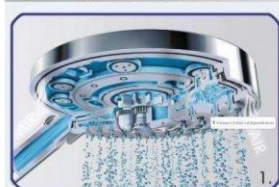
- VANTAGGI:
- PULIZIA MECCANICA SENZA ADDITIVI CHIMICI
 - MANUTENZIONE MINIMA
 - LIVELLO COSTANTE DI QUALITA' DELL' ACQUA
 - COSTI DI ESERCIZIO LIMITATI
 - SISTEMA CHIUSO



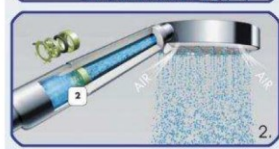
FUNZIONAMENTO:
L'ACQUA GRIGIA RAGGIUNGE UN FILTRO CHE TRATTIENE LE PARTICELLE PIU' GRANDI, IL FILTRO VIENE PULITO IN AUTOMATICO E I RESIDUI VENGONO INVIATI ALLA RETE FOGNARIA. LA DEPURAZIONE BIOLOGICA AVVIENE TRAMITE DUE STADI EFFETTUATI GRAZIE ALL'INTRODUZIONE DI OSSIGENO ATMOSFERICO, E UNO EFFETTUATO CON UNA LAMPDA UV CHE CONSENTE LA STERILIZZAZIONE (1.-2.-3.)
IL REINTEGRO CON ACQUA POTABILE CONSENTE DI ALIMENTARE LE UTENZE ANCHE IN CASO DI 'QUANTITA' DI ACQUA LIMITATE



SCHEDA 3 - HANSGROHE - AIR POWER+ECO SMART RUBINETTI E DOCCIE A BASSO CONSUMO



ECO SMART TECNOLOGIA IN GRADO DI REGOLARE LA 'QUANTITA' DI ACQUA: L'ANELLO TORICO REAGISCE IN MANIERA FLESSIBILE ALLA PRESSIONE DELL'ACQUA, MANTENENDO COSTANTEMENTE BASSO IL SUO FLUSSO. IN CASO DI PRESSIONE ELEVATA, L'ANELLO RIDUCE L'APERTURA DI FUORIUSCITA, ALLARGANDOLA DI CONSEGUENZA QUANDO INVECE LA PRESSIONE DIVENTA MINIMA. (2.-3.)

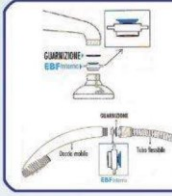


AIR POWER MISCELA ARIA CON ACQUA OTTENENDO UN GETTO VOLUMINOSO E COMPATTO SFRUTTANDO L'ACQUA IN MODO OTTIMALE (1.)

SCHEDA 4 - IDECO DEPURA - VALVOLE EBF EROGATORI A BASSO FLUSSO



GLI EROGATORI SONO APPLICABILI IN DOCCIE E LAVABI E SONO STUDIATI PER BILANCIARE LA PORTATA DI ACQUA AL VARIARE DELLA PRESSIONE. IL FRANGIGETTO IN VARI LIVELLI FRAMMENTA L'ACQUA IN MINUSCOLE PARTICELLE E LE MISCELA CON ARIA. IL VOLUME DEL GETTO NON VIENE RIDOTTO, CONSUMANDO CIRCA LA META' DELL'ACQUA E GARANTENDO LA STESSA PRESSIONE DI USCITA. IL PRODOTTO E' IN GRADO DI RIDURRE I CONSUMI FINO AL 60% E RISPARMIA FINO AL 26% IN MENO DI ENERGIA TERMICA ANNUA. IL RIDUTTORE E' REALIZZATO CON PARTICOLARI RESINE ACETILICHE CHE IMPEDISCONO I DEPOSITI DI CALCARE.



1.-2.-3.-4.: MONTAGGIO 5.-6.: IMMAGINI DEL PRODOTTO 7.: DISEGNO TECNICO

Tab. 4.5: riduzione del consumo di acqua potabile a scopo irriguo attraverso la corretta piantumazione di essenze che non necessitano di irrigazione permanente ed il recupero delle acque meteoriche e di falda

 RIDUZIONE DEL CONSUMO DI ACQUA POTABILE A SCOPO IRRIGUO FINALITA': LIMITARE O EVITARE L'UTILIZZO DI ACQUA POTABILE A SCOPO IRRIGUO			
SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
	Volume di acqua potabile risparmiata rispetto al fabbisogno base calcolato	Riduzione del consumo di acqua potabile per irrigazione del 100% rispetto al valore base calcolato tramite il recupero e ottimizzazione di uso dell'acqua	- Installazione di specie vegetative che non necessitano di irrigazione permanente
	Riduzione percentuale del consumo di acqua potabile rispetto a un valore base calcolato	Riduzione del 50% rispetto al valore base e installazione di piante che non necessitano di irrigazione permanente o irrigate con acque di recupero	- Recupero, depurazione e stoccaggio delle acque meteoriche per l'irrigazione estiva
	La riduzione del consumo di acqua potabile a scopo irriguo non è trattata nelle azioni del sistema, ma viene disposto allo stesso scopo il recupero delle acque grigie e nere		

 RACCOLTA DELLE ACQUE METEORICHE FINALITA': CAPTAZIONE E STOCCAGGIO DELLE ACQUE METEORICHE A SCOPI IRRIGUI O ABITATIVI			
SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
	Volume di acqua piovana recuperata e stoccata all'anno rispetto a quella recuperabile dalla superficie captante	Recupero del 100% dell'acqua effettivamente recuperabile dalla superficie captante	- Installazione di sistemi di captazione, filtraggio e accumulo di acque meteoriche a scopo irriguo
	Il sistema non tratta nello specifico in una singola categoria la raccolta delle acque meteoriche, anche se alcune indicazioni in merito vengono fornite in altre categorie		
	Azioni: - Utilizzo di sistemi di recupero delle acque meteoriche per alimentazione di scarichi dei bagni e lavatrici - Utilizzo di sistemi di captazione, filtraggio e accumulo di acque meteoriche per l'irrigazione del verde, lavaggio parti comuni e autolavaggio		

 INDAGINI PRELIMINARI: CONTROLLO DELLA QUANTITA' DELLE ACQUE METEORICHE FINALITA': LIMITARE LE ALTERAZIONI DEL CICLO IDROGEOLOGICO FAVORENDO L'ELIMINAZIONE DI CONTAMINANTI PER UNA CORRETTA GESTIONE DELLE ACQUE METEORICHE			
SISTEMA	INDICI DI PRESTAZIONE	SCALA DI VALUTAZIONE	STRATEGIE PROGETTUALI
	Riduzione del volume del deflusso superficiale per un evento meteorico di 24 ore	Riduzione del 25% del volume del deflusso superficiale per un evento meteorico di 24 ore	- Reperimento di dati relativi alla quantità di acque meteoriche per la zona del sito di progetto
	Il sistema non contiene azioni relative al controllo della quantità delle acque meteoriche, ma impone il reperimento di dati sul fabbisogno di acqua potabile nella zona in esame. L'acquisizione di dati sulle acque meteoriche permette una corretta gestione anche dell'acqua potabile		



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

L12 – ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA



**P21 – PIANO TRIENNALE
PREVENZIONE CORRUZIONE
E TRASPARENZA**

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Geronima Caffarena
Direttore S.C. Affari Generali e Legali
Nomina prorogata per un anno con deliberazione n. 38 del 07.02.2022

REFERENTI AZIENDALI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

	DIRIGENTE	INCARICO DI FUNZIONE - COORDINATORE
Affari Generali e Legali	G. Caffarena	A. Cavanna – E. Molinaro D. Garaventa – M. Santacroce
Gestione Risorse Umane	M. Rebori (fino a 31.01.23)	E. Vallerio
Bilancio e Contabilità	N. Corte	G. Lombardi
Prog. Gestione Beni e Servizi	M. Greco	D. Pinna Nossai
Gestione Tecnica	F. Goretti	
Sistema Informativo	C. Ulivi	M. Canepa – P. Raffo
Ingegneria Clinica	V. Lizzio	
Comunicazione e Informazione	M. Ferlenghi	V. Sanguineti
Igiene e Sanità Pubblica	M. Ferrari Bravo	E. Bettoni
Igiene Alimenti	G.M. Chiappara	
Sanità Animale	A. Raffo	
Igiene Prod. origine animale	E. Bosia	
Sicurezza Ambienti di lavoro	F. Cavalli	Castagnola L. - Gatti M.A.
Medicina Legale	N. Fadda	
DMPO	B. Mentore	P. Morsia
DSMD - Sert	M. Arcellaschi	E. Vescio – T. Bonomi
NPIA	G. Gai	
Salute Mentale	P. Severino	D. Tosi
Disabili Adulti		
RSA area Anziani	B. Dijk	A. Pelizzari – S. Baldini
Farmaceutica Territoriale	S. Peri	
Distretti 14 15 16	D. Mortello	C. Ferretto – F. Perazzo - M. Testoni
Cure Primarie	D. Mortello	W. Aronni
Centro Direzionale di Controllo	A. Brioschi	F. Cuneo – F. Kesisoglu

I Dirigenti vigilano sull'osservanza del Codice disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento aziendale, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari; applicano le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e gli indirizzi elaborati e diffusi dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e di essa si tiene conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

I dipendenti sono tenuti a:

- a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- b) osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale;
- d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione, secondo gli indirizzi forniti dal RPCT;
- e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di Comportamento ed avvalendosi degli strumenti messi a disposizione dal RPCT;
- f) partecipare alle iniziative formative di volta in volta predisposte dall'Azienda.

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

Il Nucleo di Valutazione (Organismo Indipendente di Valutazione):

- a) valuta il sistema di valutazione delle prestazioni dirigenziali e del rimanente personale, proponendo azioni di miglioramento al fine di tener conto della osservanza del PIAO e delle sue misure attuative e degli obblighi delineati dai Codici di comportamento;
- b) esprime il proprio parere obbligatorio sulla proposta di Codice di Comportamento aziendale ai sensi dell'art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii.;
- c) svolge i compiti di monitoraggio connessi all'attività di prevenzione della corruzione in relazione alla misura generale obbligatoria della trasparenza amministrativa, ai sensi degli artt. 43 e 44 del D.Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari oltre ad esercitare le funzioni proprie delineate dall'art. 55 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i., svolge una funzione propositiva in relazione all'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Ente:

- a) propone, sulla base dell'esperienza realizzata, la revisione periodica del Codice di Comportamento;
- b) provvede ad assicurare le tutele di cui all'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165 del 2001.

Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio è il soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF.

In data 16.06.2020 è stata emessa la procedura AZ/PR/RPCT/01, costituente revisione della precedente, ed è stato individuato il nuovo Gestore interno, in applicazione del generale principio di rotazione.

Il Gestore attualmente individuato è **l'Ing. Cristina Ulivi, direttore S.C. Sistema Informativo.**

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD – 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 alla società Lattanzio Learning s.r.l., che ha espresso la persona **dell'Avv. Francesco Martinotti.**

Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata la figura di RASA. nel **Dott. Maurizio Greco, direttore S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi.**

Agli **stakeholders esterni** va riconosciuto un ruolo centrale in quanto il concetto di rendicontazione della *performance* è inteso nell'accezione di "rendicontazione sociale", che è lo strumento col quale l'amministrazione risponde alle esigenze di *accountability*, relazionando sulle ricadute sociali delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate.

IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Consente l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

Analisi del contesto esterno e interno

A. Mappatura dei Processi

B. Analisi e Valutazione del Rischio

C. Misure di Prevenzione

D. Monitoraggio e Riesame

A. MAPPATURA DEI PROCESSI

Con il PNA 2019 - allegato 1 recante "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", ANAC ha fornito indicazioni sulla "mappatura" dei processi. Tale procedura delinea un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e il loro effettivo svolgimento, che deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Essa rappresenta un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide nella qualità complessiva della gestione del rischio.

E' compito di ciascun responsabile di Struttura, competente nella gestione dei processi, procedere all'analisi costante e periodica verifica delle attività allo scopo di creare il cd. "catalogo dei rischi" e mantenerlo costantemente aggiornato, unitamente alle iniziative intraprese per la riduzione degli stessi. Bimestralmente è fornita l'occasione di confronto con il RPC.

Nel PTPCT 2021-2023, in conformità con quanto elaborato dal Gruppo di lavoro regionale nel corso del 2019, e delle indicazioni di A.Li.Sa, Asl 4 ha inserito un catalogo dei principali processi valutati come a maggior rischio corruzione. Sulla base della stessa metodologia del documento regionale si è provveduto a:

- identificare le aree di rischio inserite in modo da uniformarle a quanto previsto dalla normativa;
- distinguere i macroprocessi dai singoli processi ad essi collegati;
- inserire aree di rischio sanitarie con particolare riferimento all'area della diagnostica e della ricerca scientifica, ulteriori rispetto a quelle previste dall'aggiornamento 2015 al PNA e ritenute particolarmente sensibili e a rischio corruzione;
- definire eventi di rischio per ogni processo individuato tenendo presente che:
 - a. il rischio riguarda tutto il processo nel suo insieme;
 - b. l'identificazione del rischio è avvenuta avendo presente il concetto di corruzione allargato così come proposto da ANAC ovvero inteso come l'abuso del potere pubblico al fine di conseguire benefici personali (o per altri).

Nel PTPCT 2021 2023 sono stati individuati i principali settori e i rischi di corruzione emergenti durante l'emergenza COVID-19 per i quali Asl 4 ha ritenuto necessario effettuare specifiche mappature dei processi.

In considerazione dell'evoluzione della pandemia, del consolidamento delle procedure e delle modifiche alla normativa in materia, si è ritenuto opportuno modificare e aggiornare le procedure come di seguito meglio specificato:

a) Appalti e contratti pubblici

Le disposizioni normative di carattere eccezionale sono state gradualmente recepite dalla normativa di carattere ordinario e conseguentemente anche i processi

b) Procedure di acquisizione del personale

A seguito del perdurare della situazione di emergenza, si è rende ancora necessario procedere all'affidamento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa mediante procedure accelerate.

c) Flussi di denaro a seguito di donazioni, fund raising

Il flusso di donazioni si è praticamente azzerato, tuttavia si ritiene necessario proseguire nel monitoraggio e nella rendicontazione separata dell'utilizzo corretto delle donazioni ricevute in forma di denaro contante.

Con il presente Piano vengono mantenute le aree principali e inglobati i processi a rischio covid, diventati ordinari. La mappatura è stata quindi estesa ad altre aree, pervenendo ad identificare un elenco definitivo come segue:

Affari Generali e Legali

Gestione Risorse Umane

Bilancio e Contabilità
Gestione Tecnica
Direzione Medica Presidio Ospedaliero AAO
Farmaceutica Territoriale
Servizio Tossicodipendenze e Comportamenti d'Abuso
Igiene e Sanità Pubblica
Igiene Alimenti di Origine Animale
Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Programmazione e Gestione beni e Servizi
Centro di Controllo Direzionale
Qualità e Accreditamento
Distretti
Disabili
Igiene Alimenti e Nutrizione
Sanità Animale
Medicina Legale

L'attuale mappatura consta di n. 32 schede, complessivamente raccolte sotto l' **ALLEGATO A**. Ovviamente la mappatura realizzata non può essere considerata esaustiva e necessita di continui approfondimenti che saranno oggetto di azione di miglioramento nel corso dell'anno 2023.

B. ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

1. Analisi del rischio: approccio qualitativo modello “Global Impact”

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2021 per la valutazione del rischio di corruzione dei processi è stata concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria ed è stata preferita rispetto al metodo adottato dall'Autorità Anticorruzione.

Si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all'interno dell'iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact, oltre alle disposizioni contenute nell'Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 contenente le Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.

Sulla base della predetta documentazione, in una logica di semplificazione e di chiarezza nell'ambito delle metodologie consentite dall'all.to. n 1 del PNA 2019, si è optato di valutare il processo nella sua interezza e non le singole fasi di cui è composto, riducendo quindi i tempi per la valutazione e l'analisi.

Infatti il metodo proposto, pur rispettando le indicazioni di ANAC, fornisce motivazioni standard precostituite per ogni valutazione di rischio.

Si descrive di seguito la procedura adottata.

Il metodo “*Global Impact*” prevede due indicatori, denominati “probabilità” e “impatto”, ognuno dei quali è composto da più variabili:

la **PROBABILITÀ** consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada in futuro.

l'**IMPATTO** valuta l'effetto qualora il rischio si verifichi, ovvero l'ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità) si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili caratterizzati da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento:

PARAMETRI INDICATORE PROBABILITÀ

- p1 – discrezionalità**
- p2 – coerenza operativa**
- p3 – rilevanza interventi esterni**
- p4 – livello di opacità del processo**
- p5 – eventi sentinella**
- p6 – misure di prevenzione**
- p7 - segnalazioni, reclami**
- p8 – gravi rilievi**
- p9 – ruoli di responsabilità**

PARAMETRI INDICATORE IMPATTO

- i1 – impatto sull'immagine dell'ente**
- i2 – impatto in termini di contenzioso**
- i3 – impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio**
- i4 – danno generale**

Al fine di rendere applicabile la metodologia proposta sono state attuate le seguenti fasi (di cui solo la prima risulta di competenza delle Strutture aziendali mentre le altre sono riservate al RPCT sempre con lo scopo di ridurre gli obblighi in capo alle Strutture aziendali):

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

MATRICE DI RISCHIO	IMPATTO				
	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
PROBABILITA'					
ALTISSIMA	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
ALTA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
MEDIA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
BASSA	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
MOLTO BASSA	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO

struttura (indicare la Struttura)	PROCESSO (INDICARE IL PROCESSO)	PROBABILITA'									Giudizio probabilità	IMPATTO				Giudizio Impatto	LIVELLO DEL RISCHIO	
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9		I1	I2	I3	I4			
Nome Struttura	Individuazione docenti per attività formativa interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		
Nome Struttura	Corso di Formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO			
Nome Struttura	Assegnazione borse di studio	MEDIO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO			

2. La ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell'ente in una delle fasce di rischio consente di definire il rischio "lordo" (intrinseco), ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di misure idonee a contrastarlo, individuando allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

L'analisi del rischio consiste nel calcolare il livello di rischio in termini di probabilità del suo effettivo verificarsi, e di impatto sull'ente: analizzare il rischio significa, mediante apposita procedura, assegnare un valore numerico ai rischi.

Da tempo è stato deciso di eliminare il calcolo numerico, avendo rilevato delle criticità rispetto al metodo fornito dal DFP nel PNA 2013. In attesa di definire un nuovo sistema corretto e coerente per il calcolo, il livello del rischio viene determinato semplicemente definendo il rischio "basso", "medio", "alto" attraverso un confronto con i referenti. Al momento, quindi, la valutazione è effettuata principalmente sulla base dell'esperienza degli operatori coinvolti.

Tenendo conto delle attività poste in essere dall'Asl 4 nell'attuazione dei propri fini istituzionali e valutandole in relazione al diverso livello di esposizione al rischio, nell'ambito delle operazioni di mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione è stata approfondita ed è stata effettuata una dettagliata analisi del contesto interno che unitamente agli strumenti resi disponibili dall'ANAC ha facilitato una più approfondita analisi delle aree a rischio di corruzione.

Nel corso del 2021 i criteri di valutazione del rischio sono stati rivisti ed adeguati alle Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi contenute nella Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 di approvazione del PNA 2019, sulla base delle linee guida che sono state fornite dal Gruppo Regionale e dopo l'espletamento dello specifico Corso di Formazione FAD descritto in seguito.

C. MISURE DI PREVENZIONE

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire/contenere i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è incentrata nella progettazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione: devono essere previste misure specifiche e scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Ciascuna misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dell'amministrazione. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Nei prospetti contenenti la mappatura dei processi a rischio sono state indicate per ciascuna area le misure di prevenzione per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, le fasi di attuazione, la tempistica per l'introduzione e l'attuazione, le responsabilità connesse all'attuazione della misura con l'indicazione dei responsabili, gli indicatori di monitoraggio.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 ha adottato le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia **specifiche** che **generali** per ogni singolo processo e le modalità di attuazione e di monitoraggio.

Si precisa inoltre che "tutte le misure individuate devono essere adeguatamente programmate", cioè, non solo previste come adempimento generico, ma scandite nel tempo e definite nelle modalità di attuazione. Per ogni misura, infatti, è opportuno che siano chiaramente descritti almeno i seguenti elementi:

- la tempistica, con l'indicazione delle fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- i responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa; diversi uffici possono essere responsabili di una o più fasi di adozione delle misure;
- gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 adotta le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia generali che specifiche per ogni singolo processo.

* * *

Le **MISURE GENERALI** adottate da Asl 4 sono invece di seguito meglio descritte.

a. MISURE DI TRASPARENZA

Le misure di trasparenza devono essere conformi alle linee guida approvate da ANAC con particolare riferimento alla deliberazione n. 1309 del 28/12/2016. Inoltre deve essere prevista la periodicità degli aggiornamenti dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e l'indicazione dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione ai sensi del novellato art. 10 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. Oltre al costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione Amministrazione Trasparente, nel corso del 2021 sono state adottate le seguenti misure di trasparenza **che si confermano anche per il 2023**, specificando le variazioni che si sono rese opportune alla luce dell'evoluzione normativa e del contesto.

a.1 Modulistica omogenea in materia di Anticorruzione

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, con Deliberazione n. 77 del 6 aprile 2018 A.Li.Sa. ha approvato gli schemi della modulistica omogenea e semplificata per tutte le aziende del S.S.R. elaborati dal Gruppo di lavoro sull'applicazione della normativa e trasparenza nelle Aziende Sanitarie, ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sui Siti Istituzionali previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, che sono stati adottati uniformemente dalle Aziende Sanitarie della Regione per l'adempimento dei suddetti obblighi e da questa Asl con deliberazione n. 460 del 06/07/2018.

Nel corso del 2020, in considerazione dell'evoluzione normativa, dell'interpretazione giurisprudenziale e delle disposizioni ANAC in materia, il Gruppo ha ritenuto di aggiornare la suddetta modulistica e di redigere un prospetto riepilogativo contenente i soggetti destinatari, gli obblighi di pubblicazione ed i riferimenti normativi,

approvato da A.Li.Sa. con deliberazione n. 150 del 30.04.2020, recepita da Asl 4 con deliberazione n. 248 del 21.05.2020, che ha provveduto all'aggiornamento dei suddetti moduli.

Nel 2021 la suddetta modulistica è stata integrata come segue:

- Modulo 1bis, relativo alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconfiribilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013 e Delibera ANAC n. 1146/2019 da rendere da parte dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo;
- Modulo 3 bis, relativo alla dichiarazione insussistenza interessi economici significativi da rendere da parte del personale dirigente e del comparto (anche a tempo determinato) al momento della presentazione della domanda/comunicazione di svolgimento di una attività extra-istituzionale;
- Modulo 3 ter, relativo alla dichiarazione insussistenza interessi economici significativi da rendere da parte del promoter che conferisce l'incarico di collaborazione al dipendente asl;
- Modulo 3 quater, relativo alla dichiarazione insussistenza interessi economici significativi da rendere da parte della azienda privata che sponsorizza l'evento.

Il RPCT e i Dirigenti delle Strutture interessate provvedono nei tempi e nei modi previsti dalla legge, alla raccolta dei suddetti moduli debitamente compilati dai soggetti interessati, ed alla successiva pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale, ove prescritto, come dettagliatamente riportato nella tabella relativa agli obblighi di pubblicazione (**ALLEGATO B**)

Il RPCT, oltre ad effettuare gli adempimenti di propria competenza, conduce verifiche sul corretto utilizzo e pubblicazione da parte delle altre Strutture, oltre a fornire indicazioni sull'utilizzo della modulistica stessa.

a.2 Misure di prevenzione nell'emergenza

Nel corso dell'emergenza pandemica sono stati configurati nuovi rischi corruttivi ed è stato ritenuto opportuno riconsiderare gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione a suo tempo stabiliti, anche per una esigenza di tutela preventiva (vedi PTPCT 2020-2022 e PTPCT 2021-2023)

Nel corso del 2021 e 2022 si sono resi necessari ulteriori adempimenti previsti dalla normativa specifica e l'introduzione di misure ad hoc che dovranno essere ulteriormente aggiornate ed implementate nel corso del 2023, di seguito meglio descritte.

In particolare, nuovi rischi si profilano con l'erogazione dei finanziamenti previsti dal PNRR

Al fine della corretta rilevazione contabile e tracciamento del finanziamento, si è provveduto a creare una causale apposita (PNRR) e a identificare opportune di uscita

Regione Liguria con nota PG 21121/22 ha comunicato di aver istituito appositi capitoli di entrata/spesa nel bilancio regionale e con mail successiva ha proposto la creazione di conti nuovi in funzione delle diversi fonti di finanziamento e cofinanziamento e ha dato indicazioni contabili per la registrazione dei finanziamenti, del loro utilizzo e della futura sterilizzazione.

Al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati ad Asl 4, è stata creata la sottosezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Progetti PNRR".

Rendicontazione donazioni

Nel triennio 2020-2022 sono state applicate le disposizioni nazionali e regionali riguardanti le erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19 di cui all'Art. 99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27.

Nel corso del 2022, i flussi di denaro a seguito di donazioni, *fund raising*, ecc si sono quasi del tutto azzerati, tuttavia sono stati proseguiti il monitoraggio e la rendicontazione separata dell'utilizzo finalizzato delle donazioni ricevute in forma di denaro contante, nonché nella relativa pubblicazione nella voce "Interventi Straordinari e di emergenza" della Sezione Amministrazione Trasparente.

Tale misura, inoltre, è stata programmata anche come misura specifica, in quanto per le donazioni, in considerazione della complessità delle procedure, è stata effettuata una specifica mappatura del processo.

a.3 Registro informatizzato degli accessi

La circolare n. 1/2019 avente ad oggetto "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)", integra la precedente circolare FOIA n. 2/2017 del Dipartimento della funzione e specifica ulteriormente le modalità di riutilizzo di sistemi di protocollo informatico e gestione documentale per la realizzazione del registro degli accessi presentati alle amministrazioni.

Nel corso del 2020 è stato affrontato il tema ed è stata predisposta una relazione contenente diverse soluzioni applicative, la realizzazione effettiva di tale procedura rappresentava quindi un obiettivo del Gruppo di Lavoro degli RPCT liguri e, conseguentemente, di Asl 4.

Tuttavia, questa Asl ha un sistema di protocollo sviluppato *in house*, con la conseguente necessità di apportare le necessarie implementazioni al sistema da parte dei tecnici preposti. I colleghi informatici (Direttore della S.C. Sistema Informativo e Collaboratore titolare di incarico di funzione) sono stati cooptati nel gruppo di lavoro appositamente costituito presso A.Li.Sa. ed hanno partecipato alle varie riunioni tenutesi sull'argomento.

Nell'attesa dell'implementazione del sistema informatico di Protocollo, il RPCT mantiene aggiornato su Amministrazione Trasparente il registro degli Accessi in formato .excel, completo di tutti i riferimenti previsti dalla vigente normativa.

b. MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e di contrasto della corruzione prescritte dalla normativa vigente e dal Piano Nazionale Anticorruzione dell'ANAC, assume particolare rilevanza l'elaborazione, l'adozione e l'aggiornamento di uno specifico Codice etico e di comportamento aziendale che deve, tra l'altro, affiancarsi e integrare il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale era stato adottato con deliberazione n. 201 del 18.11.2016. Con deliberazione n. 591 del 22.10.2021 è stato approvato il testo preliminare del nuovo codice di comportamento di Asl 4, ai sensi della normativa vigente ed in particolare dalle "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" approvate con determina ANAC n. 177 del 19/02/2020.

Il testo è stato aggiornato sulla base del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e del modello elaborato e approvato dal Gruppo regionale tenendo presenti i seguenti obiettivi:

- L'importanza dell'integrità del pubblico dipendente al fine di prevenire episodi di malamministrazione e di corruzione;
- L'armonizzazione del Codice di comportamento con le previsioni e gli obiettivi contenuti del Piano di prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, con particolare riferimento al rispetto degli adempimenti in materia di Prevenzione della corruzione;
- La semplificazione dei contenuti e degli obblighi presenti, eliminando, per quanto possibile, la modulistica non strettamente necessaria e gli adempimenti esclusivamente burocratici;
- L'adeguamento ai cambiamenti organizzativi conseguenti a situazioni di emergenza.

Le innovazioni più significative contenute nel documento sono:

- L'inserimento di nuove disposizioni riguardanti i dipendenti addetti a vario titolo alla prenotazione di visite, esami, prestazioni diagnostiche, specialistiche, ambulatoriali, ricoveri e al personale sanitario;
- L'inserimento di nuove disposizioni conformi alla normativa nazionale e regionale, oltre ai provvedimenti organizzativi dell'azienda, per far fronte all'emergenza Covid ed in generale a tutte le situazioni emergenziali;
- L'adeguamento dei contenuti rendendoli più flessibili rispetto alle nuove formule organizzative del lavoro (es. *smart working*);
- L'adeguamento alle indicazioni nazionali e regionali in materia di conflitto di interessi e l'applicazione delle relative Linee guida emanate da A.Li.Sa;
- La previsione di specifiche dichiarazioni riguardanti l'esistenza di interessi economici significativi nello svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'approvazione della nuova modulistica contenente le suddette dichiarazioni da rendersi da parte dei professionisti, degli sponsor e dei promoter.

La finalità principale del lavoro è stata quella di superare la mera enunciazione delle previsioni del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e di creare un documento duttile e snello adattato alla realtà dell'azienda e tale da favorire l'osservanza dei principi in esso contenuti.

Con successiva **deliberazione n. 682 del 17.12.2021**, a seguito della procedura partecipativa (pubblicazione avviso sul portale Internet e sul portale del Dipendente, informativa alle OO.SS.), acquisito il parere favorevole dell'OIV, si è proceduto **all'approvazione definitiva dell'aggiornamento del codice di comportamento aziendale** ed alla diffusione a tutti i dipendenti.

c. MISURE DI FORMAZIONE

La misura è costantemente oggetto di studio e aggiornamento da parte del Gruppo di lavoro regionale in materia di prevenzione della corruzione e viene attuata in modo uniforme in ambito regionale mediante la realizzazione di programmi di formazione regionale rivolti:

- ai neoassunti mediante erogazione del corso Fad "**La legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione**"
- ai dirigenti/coordinatori/funzionari delle strutture sanitarie maggiormente esposte a rischio corruzione, mediante erogazione del corso Fad "**Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC**"

Per il 2023, oltre a proseguire l'erogazione delle sopradescritte attività formative, si ritiene opportuno programmare le seguenti ulteriori attività:

- 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.

d. MISURE DI SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE

Uno strumento di partecipazione particolarmente efficace è costituito dalle procedure di consultazione per l'adozione del PTPC, del codice di comportamento e degli altri atti in cui un contributo degli *stakeholders* può essere determinante sia nei suggerimenti per la redazione del documento, sia nella facilità di applicazione di un documento previamente condiviso.

Nei casi prescritti da normativa/regolamento o, comunque, ritenuti meritevoli di condivisione, Asl 4 provvede a pubblicare sul proprio sito internet un avviso agli *stakeholders* chiedendo contributi e suggerimenti.

Un ulteriore strumento di sensibilizzazione e partecipazione nei confronti di tutti i dipendenti e di tutti coloro che ne hanno l'accesso (collaboratori, organismi, ecc....) è costituito dalla rete Intranet aziendale, sulla quale è presente una sezione dedicata alla modulistica in materia di Anticorruzione e trasparenza

e. MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE

e1. Gestione del Whistleblowing

In ottemperanza alle disposizioni vigenti, nel corso del 2019 Asl 4, come tutte le aziende sanitarie liguri, a seguito delle indicazioni del Gruppo di lavoro regionale, si è dotata di una piattaforma per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing denominata *Whistleblowing PA* e fornita da *Transparency International*, sistema risultato più adeguato ed economico a seguito di verifica condotta in concorso con i responsabili ICT.

Successivamente, la deliberazione ANAC datata 09/06/2021, n. 469 recante "Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D.lgs. 165/01" ha previsto l'adozione delle nuove linee guida sull'argomento che recepiscono - a loro volta - i principi della Direttiva (UE) 2019/1937 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione".

Le Linee Guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sull'applicazione della normativa in materia di whistleblowing e sono rivolte alle PA e agli altri enti indicati dalla legge tenuti a prevedere misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza e prevedono l'adozione di uno specifico regolamento per la gestione delle segnalazioni che deve stabilire con chiarezza i seguenti punti:

- ✓ presa in carico della segnalazione
- ✓ valutazione dell'ammissibilità della segnalazione
- ✓ inammissibilità della segnalazione
- ✓ titolare dell'istruttoria
- ✓ modalità e tempi dell'istruttoria
- ✓ conclusione del procedimento
- ✓ forma della conclusione del procedimento

Inoltre deve essere garantito il rispetto della privacy del segnalante (in caso la segnalazione non sia anonima).

Conseguentemente, è stata elaborata **la procedura aziendale "SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE E DI IRREGOLARITA' NELLA AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 4" con le istruzioni operative, rubricata con n. AZ PR RPCT 02 e diffusa a tutti i dipendenti in data 10 gennaio 2022.**

e2. Disposizioni e procedure in materia di comunicazione di operazioni sospette (Antiriciclaggio)

Il sistema normativo italiano in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo prevede che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette, sulla base di istruzioni dettate dalla stessa UIF con propri Provvedimenti.

L'ottemperanza alle suddette disposizioni si rende ancora più attuale e necessaria in questo periodo emergenziale nel quale si verificano ingenti flussi di denaro derivanti dalle donazioni e dagli acquisti in deroga alle procedure previste dal codice dei contratti.

Responsabile

Il Responsabile della segnalazione è il Direttore/Responsabile di ogni struttura aziendale che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione, che risponde, in quanto tale:

- dell'applicazione della presente procedura nelle attività di competenza,
- della segnalazione al Gestore delle operazioni/transazioni sospette o su cui possano sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza,
- della completezza e della correttezza del contenuto delle segnalazioni trasmesse per la parte di specifica competenza, al fine di supportare il gestore nelle valutazioni a lui attribuite.

Gestore

E' il referente delle segnalazioni di operazioni sospette, delegato dal Legale Rappresentante dell'Azienda a trasmettere le segnalazioni alla UIF ed a garantire i compiti di cui alla vigente normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo.

Il Gestore verifica le risultanze delle segnalazioni svolte ed argomentate dai Responsabili, eventualmente con il supporto della S.C. Bilancio e Contabilità, dopodiché:

- in caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione,
 - in caso di decisione positiva, provvede alla compilazione ed all'invio della segnalazione di operazione sospetta all'UIF, a mezzo della postazione Infostat, senza indicazioni dei nominativi dei segnalanti.
- Qualora non già avviata dal Responsabile segnalante, il Gestore verifica la presenza dei presupposti per denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Il Gestore mantiene apposito archivio di tutte le segnalazioni di operazione sospetta prese in carico.

Ai sensi dell'art. 6, comma 7 lett. c), del D.Lgs. n. 231/2007, la UIF, avvalendosi delle informazioni acquisite nello svolgimento delle proprie attività, può sospendere, anche su richiesta del Nucleo speciale di Polizia valutaria della Guardia di Finanza, della DIA o dell'Autorità Giudiziaria, per un massimo di 5 giorni lavorativi, sempre che ciò non pregiudichi il corso delle indagini, operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora ricorra la circostanza della sospensione dell'operazione, è fatto divieto a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda di informare la controparte soggetta alle relative indagini.

Per quanto qui non riportato si rimanda alla procedura aziendale PO52 del 22.12.2016.

Asl 4, con **procedura AZ/PR/RPCT/01 del 16.06.2020**, recante revisione di precedente, ha approvato la documentazione e gli atti che gli Enti e le Aziende Sanitarie devono adottare per ottemperare alle suddette disposizioni e aggiornare gli atti precedentemente adottati, individuando le procedure, modalità di segnalazione delle operazioni sospette e soggetti responsabili al fine di garantire l'efficacia nella rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione e l'omogeneità dei comportamenti.

Inoltre ha provveduto alla designazione dell'Ing. Cristina Ulivi, direttore della S.C. Sistema Informativo quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal giugno 2020 al giugno 2023, e dei Responsabili della segnalazione che, in considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda, sono individuati nei Direttori delle seguenti aree di rischio e singole strutture:

- S.C. Bilancio e Contabilità
- S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi
- S.C. Gestione Tecnica
- S.C. Affari Generali e Legali
- S.C. Sistema Informativo

I suddetti Referenti/Responsabili sono tenuti a segnalare al Gestore le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018.

Nel corso del 2022, come sopra specificato, verrà erogato uno specifico corso di formazione, al fine di consentire ai Responsabili delle segnalazioni di individuare gli indicatori di anomalia e rendere efficaci le sopradescritte disposizioni.

f. MISURE DI ROTAZIONE

La rotazione del personale, come misura di prevenzione della corruzione all'interno delle PP.AA., viene introdotta dall'art. 1, comma 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere ad ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari». Viene così previsto dal legislatore l'istituto della c.d. "Rotazione Ordinaria" del personale che verrà poi richiamato espressamente dalle Linee Guida adottate dal comitato Interministeriale (D.P.C.M. 16 gennaio 2013) come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione.

L'adozione della misura della "Rotazione" viene intesa come criterio organizzativo di carattere generale applicabile a tutto il personale, come rimedio preventivo alla corruzione e alle cattive pratiche favorite dal fatto di occuparsi per lungo tempo delle stesse attività e non ultimo come strumento finalizzato a contribuire alla formazione del personale accrescendo la preparazione e le conoscenze dei singoli lavoratori.

L'attuazione pratica di tale principio presenta particolari difficoltà nell'ambito di Asl 4.

Infatti, non potendo applicare il principio generale alle professioni specialistiche, per le quali è altresì prevista l'iscrizione ad un ordine o albo, l'ambito di applicazione si restringe alla sfera della dirigenza amministrativa allargata a quella dei collaboratori amm.vi titolari di incarico di funzione.

L'organico di Asl 4 è particolarmente inadeguato a rendere pienamente operativa la misura, in quanto l'organigramma aziendale prevede n. 4 Strutture Complesse ed 1 Struttura Semplice Dipartimentale amministrative, in presenza – al momento di assunzione del presente Piano – di n. 5 dirigenti amministrativi (4 di S.C., di cui 1 in quiescenza dal 01.02.2023, ed 1 di S.S.D.).

g. MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

Vengono applicate le “Indicazioni operative” emanate da A.Li.sa su proposta del gruppo interaziendale degli RPCT della Aziende ed Enti sanitari della Regione Liguria, e relative alle 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 di seguito meglio descritte.

g1. Inconferibilità e incompatibilità

1. Applicabilità della disciplina in materia di inconferibilità/incompatibilità agli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio sanitario

Sulla base delle suddette disposizioni e dell'interpretazione di ANAC, gli incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione delle stesse sono quelli che comportano "*l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione*".

Conseguentemente, il legislatore, nella volontà di restringere l'applicazione della disciplina sulla inconferibilità e incompatibilità agli incarichi dirigenziali aventi le suddette caratteristiche, ha ritenuto che in ambito sanitario i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, socio sanitario e/o scientifico in quanto titolari di competenze di gestione.

In questa direzione, nella delibera ANAC n. 149/2014 e nella sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, è stato stabilito che per gli enti del S.S.N. la norma doveva applicarsi alle figure apicali intese come la Direzione strategica (Direttore generale, amministrativo, sanitario, socio sanitario e/o scientifico).

All'uopo è stato predisposto specifico modulo per la relativa dichiarazione.

Successivamente, a seguito di richiesta di parere da parte del Policlinico relativamente ad una situazione specifica, ANAC con Deliberazione n. 713 del 4 agosto 2020 ed in continuità con l'orientamento espresso in altri recenti provvedimenti, ha stabilito che il regime sull'inconferibilità/incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. applicabile alla Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie, deve intendersi esteso anche ai dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle suddette Aziende in quanto anch'essi sono titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

Conseguentemente, è stato ritenuto necessario adottare un ulteriore modulo riguardante la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 39 del 08/04/2013 e della delibera Anac n. 1146/2019, da rendere da parte dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo all'atto del conferimento dell'incarico.

2. Tipologia e modalità di verifica

3.1 Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità

L'art. 20 del D.Lgs. n. 33/2013 dispone che gli interessati, come sopra individuati, all'atto del conferimento dell'incarico, devono presentare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità individuate dal medesimo decreto.

Inoltre sono tenuti a presentare ogni anno una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

La presentazione delle dichiarazioni costituisce condizione di efficacia del contratto (art. 20 c. 4 D.Lgs. n. 39/2013).

Nel caso in cui ricorra l'ipotesi di inconferibilità, è nullo il decreto di nomina del dipendente interessato, con la conseguente nullità di tutti gli atti adottati dal medesimo.

3.2 Modalità di verifica

Ai sensi dall'art. 15, d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni ad ANAC.

A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le “*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione*”, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, ha precisato che spetta al RPCT “*avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità)*”.

Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza.”

3.3 Verifica sulle condanne penali

Stando alle raccomandazioni dell'ANAC, una particolare attenzione deve essere riservata alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne definitive e quelle non passate in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013.

Per quanto riguarda le sentenze passate in giudicato è necessario richiedere il certificato del Casellario Giudiziario – Ufficio Casellario e/o Tribunale, al fine di verificare l'assenza di sentenze passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (Reati contro la P.A.), anche nel

caso di applicazione dell'art. 444 c.p.p. (applicazione della pena su richiesta delle parti c.d. *patteggiamento*) dovrà essere richiesto il certificato dei carichi pendenti.

Tale certificato attesta l'esistenza (o l'inesistenza) di procedimenti penali pendenti; in attesa del "carico pendente nazionale" per prassi si richiede il certificato presso la Procura della Repubblica del luogo di residenza o di domicilio dell'interessato (o entrambi in caso di non corrispondenza).

Asl 4 provvede a richiedere entrambi i documenti ai sopraindicati competenti uffici prima dell'assunzione.

3.4 Incarichi svolti

Gli incarichi svolti o le cariche ricoperte in enti di diritto privato regolati o finanziati da PPAA vengono verificati attraverso la consultazione delle Visure Camerali.

Per condurre tali accertamenti, Asl 4 ha scelto di avvalersi del Portale "Telemaco" collegandosi al link:

<https://telemaco.infocamere.it/dama/login>

3.5 Attività professionali svolte

Da una ricerca condotta sulle modalità di verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 33/2013 in uso presso altre PP.AA. le attività professionali svolte potrebbero risultare reperibili attraverso una "banca dati dell'Anagrafe tributaria" gestita dall'Agenzia delle Entrate, Tuttavia da quello che risulta da un confronto con la SSD Assistenza Sanitaria di Base, tale convenzione sarebbe stata sospesa dal ministero.

Per conoscere le attività professionali presso le amministrazioni pubbliche si può accedere al portale <https://consulentipubblici.gov.it> dove è possibile effettuare una ricerca nominativa sui consulenti delle PP.AA. (accedendo ai dati dell'Anagrafe delle prestazioni).

In ogni caso si ritiene opportuno seguire le indicazioni offerte dalla Del ANAC n. 833/2019: "è altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti".

Di conseguenza in sostituzione della consultazione del database ministeriale è necessario richiedere, in allegato al modulo sulla inconferibilità e incompatibilità, l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare e di un curriculum vitae aggiornato anche di tutte quelle attività esterne all'amministrazione (retribuite o meno) presso enti privati e soprattutto pubblici o finanziati da fondi pubblici.

3. Procedure per la verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 ai fini del conferimento degli incarichi dirigenziali

4.1 Indicazioni ANAC

Il PNA 2019 indica i seguenti criteri a cui attenersi per tracciare la procedura interna per la verifica degli incarichi dirigenziali ex D.Lgs. n. 39/2013:

1. preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico
2. successiva verifica della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità
3. conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
4. pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.
5. Previsione, da parte di ciascuna Amministrazione, all'interno del proprio PTPCT, di adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 fermo restando il fatto che gli Uffici del Personale potrebbero già svolgere controlli diffusi relativi alle condanne penali.

4.2 Procedure seguite da ASL 4

E' posto in capo al RPCT il compito della verifica dei dati relativamente alla Direzione Strategica.

g2. Conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico

Riguarda il settore delle sperimentazioni cliniche, le sponsorizzazioni e l'attività intramoenia.

Il conflitto di interessi riguarda **aspetti economici e non**, e si può manifestare nei seguenti settori:

- a) **ricerca scientifica**
- b) **attività clinica, prescrizione terapeutica e di esami diagnostici**
- c) **formazione e aggiornamento professionale**
- d) **rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni**

Per ognuna delle suddette aree sono ulteriormente specificati i settori dove si può verificare il conflitto di interessi e fatto una ricognizione della documentazione già esistente e di quanto previsto dalle singole aziende come di seguito riportato.

- a) RICERCA SCIENTIFICA
 - Sperimentazioni cliniche *Mappatura dei processi allegata al PTPCT*
 - Comitato Etico Regionale *Regolamentazione San Martino (Direzione Scientifica)*
 - Procedure di ripartizione e assegnazione dei fondi per la ricerca scientifica: procedura aziendale Asl 4 (**AZ PR A.GEN 05 del 4 gennaio 2022**)
- b) ATTIVITÀ CLINICA

- *Interventi e prestazioni sanitarie prescrizione terapeutica e di esami diagnostici*

È un vero e proprio mercato che risente inevitabilmente di asimmetrie informative che permettono ai professionisti sanitari di influenzare sia l'offerta di servizi e prestazioni, sia la domanda dei pazienti. Ne conseguono la prescrizione e l'erogazione di innumerevoli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, in particolare quando il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione sono inesistenti o inefficaci.

- *Libera professione*

La libera professione intramuraria è un'attività disciplinata dalla legge che garantisce al cittadino la possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi. Considerato che le prestazioni sono generalmente le stesse che i professionisti erogano come dipendenti pubblici, non è difficile favorire la propria attività privata "modulando" la quantità delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica, soprattutto se questo permette al cittadino di ridurre i tempi di attesa.

c) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'aspetto principale riguarda la Formazione sponsorizzata e l'attribuzione dei crediti ECM (presenza di procedura aziendale **PR - A. Gen.-06 - Rev. 1 del 10 agosto 2022**)

d) RAPPORTI INDIVIDUALI E DI GRUPPO CON INDUSTRIE, ENTI, ORGANIZZAZIONI E ISTITUZIONI

Risulta trasversale rispetto alle suddette aree il CONFLITTO DI INTERESSI MEDICI / INDUSTRIA che si può verificare nei seguenti settori:

- *Ricerca scientifica*

riviste biomediche

produzione di Linee Guida

- ECM
- Informazione farmaceutica

In particolare, per regolamentare l'accesso degli informatori farmaceutici all'interno delle strutture aziendali è stata predisposta la procedura **AZ/PR/RPCT/03**

Il conflitto di interessi è intrinseco al SSN, è diffuso in maniera capillare e assolto sulla pubblica piazza perché "così fan tutti". Di conseguenza mina l'integrità del sistema favorendo la diffusione di interventi sanitari (test diagnostici, farmaci, interventi chirurgici, etc) inefficaci e inappropriati e alimentando numerosi comportamenti opportunistici a vari livelli.

g3. Contratti Pubblici

In data 16.11.2022 il Consiglio di ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 che contiene specifiche disposizioni in materia di contratti pubblici e conflitto di interessi, con particolare riguardo all'ambito di applicazione dell'art. 42, d.lgs. n. 50/2016 che trovano applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici

Come è noto, la *ratio* della norma va ricercata nella volontà di disciplinare il conflitto di interessi in un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze, a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della pubblica amministrazione.

Si ritiene opportuno fornire una sintesi delle principali disposizioni e ricordare i principali adempimenti previsti da PNA e le misure di prevenzione della corruzione:

AMBITO DI APPLICAZIONE

Soggetti ai quali si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici

Fase di gara

- personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato
- RUP
- soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna
- soggetti esterni coinvolti nell'affidamento, come progettisti esterni commissari di gara, collaudatori.

Fase esecutiva

- Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e, ove nominati, eventuali loro assistenti, specie negli affidamenti particolarmente complessi;
- Coordinatore per la sicurezza;
- Esperto per accordo bonario;
- organi coinvolti nella valutazione delle transazioni;
- collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti;
- organi deputati alla nomina del Direttore dell'esecuzione/Direttore dei lavori o del RUP;
- subappaltatori.

Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 42

- Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari e speciali sopra e sottosoglia;
- Contratti pubblici esclusi dal Codice.

LE MISURE DI PREVENZIONE

Il PNA individua una serie di misure di prevenzione del conflitto di interessi che devono essere inserite nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Le dichiarazioni

La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti (esclusi i progettisti, a meno che non ricorra la deroga al divieto di assegnazione del contratto di cui all'art. 24, co. 7, cfr. per i dettagli al § 1.2.), dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Le dichiarazioni da rendere riguardano:

- a. il dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio o dell'incarico (Mod. 1 bis, Mod. 2 del SSR)
- b. il RUP, per ogni singola gara deve rendere una dichiarazione attestante l'assenza di conflitto interessi come prescritto dall'art. 42, comma 2 del D.Lgs. 50/2016 al soggetto che lo ha nominato e al proprio superiore gerarchico (Mod. 18)

Il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuta la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nella Parte speciale "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici" del PNA

- c. I componenti delle commissioni di gara (Mod. 16 bis)
- d. i dipendenti, che per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, devono fornire un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento **Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali.**

Modalità di compilazione e di raccolta delle dichiarazioni

Le dichiarazioni sono rese per quanto a conoscenza del soggetto interessato e riguardano ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza, pertanto:

- la stazione appaltante acquisisce le dichiarazioni e provvede a protocollare, raccogliere e conservare (unitamente agli atti di gara) le stesse;
- gli uffici competenti della stazione appaltante (ad esempio l'ufficio del personale) possono effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP. Tali controlli devono però essere avviati ogni volta che sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate.

In particolare, il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente. La verifica sulla dichiarazione del RUP viene svolta in primo luogo dai soggetti che lo hanno nominato o dal superiore gerarchico. Resta fermo che gli uffici competenti dell'amministrazione - nell'ambito dei propri controlli a campione sulle dichiarazioni - possono comunque sottoporre a ulteriore verifica anche le dichiarazioni rese dal RUP;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

Verifiche e controlli

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, liberamente accessibili relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

I controlli possono anche essere svolti tenendo conto delle situazioni di rischio di interferenza dovute a conflitti di interessi, che possono sorgere nelle procedure di gara, indicate nelle già citate Linee guida cui si rinvia o in caso di segnalazione da parte di terzi.

In caso di omissione delle dichiarazioni, da rendere secondo quanto previsto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (art. 6, D.P.R. n. 62/2013), o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, nonché laddove il dipendente non si astenga dal partecipare ad una procedura di gara, si configurerebbe per i dipendenti pubblici "un comportamento contrario ai doveri d'ufficio", sanzionabile disciplinarmente.

La rotazione

L'Autorità ha da tempo raccomandato il rispetto del criterio della rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP (cfr. PNA 2015, Parte speciale, Contratti pubblici; LLGG n. 15/2019, § 10), quale misura di prevenzione del rischio corruttivo.

Misure di verifica

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di verificare l'attuazione delle misure programmate e di valutarne l'adeguatezza.

In particolare:

- il RPCT è tenuto a prevedere misure di verifica, anche a campione, che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza/ufficio competente alla nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute

aggiornate dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante. Nello svolgimento di tali verifiche il RPCT può rivolgersi al RUP per chiedere informazioni, in quanto quest'ultimo, come sopra evidenziato, effettua una prima valutazione sulle dichiarazioni.

- Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione.
- Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

h. MISURE DI LEGALITA'

h1. Patti di integrità

L'introduzione del Patto di integrità tra Amministrazione Pubblica ed imprese partecipanti alle gare induce queste ultime a conformare i comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza. L'azione moralizzatrice nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si attua attraverso una serie di comportamenti che contribuiscono a coltivare e a far crescere una "nuova cultura di impresa", dove la stessa, proprio per la natura bilaterale del rapporto che si instaura con l'Amministrazione interagisce con la stessa per soddisfare le esigenze della cittadinanza.

I Patti d'integrità, introdotti per la prima volta con l'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti.

Con l'adozione di tale misura si dà seguito alla Dichiarazione allegata al Trattato di Maastricht dove si afferma che "la trasparenza del processo decisionale rafforza il carattere democratico delle istituzioni nonché la fiducia del pubblico nei confronti dell'Amministrazione".

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera ANAC n. 1064/2019, prevede che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione della L. 190/2012, debbano predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

Asl 4, ha adottato una specifica procedura per la regolamentazione dello specifico strumento di trasparenza e legalità dei contratti pubblici: **AZ/PR/RPCT/03 del 22 luglio 2022**

* * *

Le **MISURE SPECIFICHE** sono individuate, programmate e dettagliatamente riportate nelle sopradescritte tabelle relative alla mappatura dei processi **ALLEGATO A**

Si segnalano, in particolare:

A. Utilizzo auto di servizio

con la deliberazione n. 747 del 10 novembre 2021 ad oggetto "Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione", ANAC, allo scopo di scongiurare i possibili usi impropri delle auto di servizio che possono configurare anche condotte assistite da norme penali (ad esempio art. 314, co. 2 c.p, sul peculato d'uso), e che, in ogni caso, costituiscono manifestazione di cattiva gestione e di uso improprio di risorse pubbliche, raccomanda alle amministrazioni di valutare, in sede di predisposizione dei propri PTPCT, di programmare nell'ambito dell'area di rischio attinente alla "*Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio*" misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri e di svolgere un attento monitoraggio sull'attuazione delle misure introdotte.

A tal proposito, Asl 4 evidenzia che sul sito internet, alla voce "[Amministrazione Trasparente](#) - [Altri Contenuti](#) - [Dati Ulteriori](#)" è stata predisposta da tempo la sottosezione denominata "[Monitoraggio auto aziendali](#)", articolata nelle seguenti sottovoci:

- [Prospetto servizio noleggio autovetture 2021](#), dal quale, in aggiornamento alle situazioni annuali precedente (riportate in archivio) si evince la progressiva dismissione di auto in proprietà e il

corrispondente ricorso a contratti di noleggio. In particolare, al 31.12.2021, le auto in proprietà risultavano in n. 6 (sei, di cui un rimorchio) e le auto a noleggio n. 126 (centoventisei);

- [Linee guida per l'utilizzo degli automezzi dell'autoparco aziendale](#), alla quale sono consultabili le linee guida impartite dalla S.C. Gestione e Programmazione Beni e Servizi – Settore Economato prot. n. 277 del 14 ottobre 2019, rese disponibili a tutto il personale dipendente tramite pubblicazione sul sito intranet Portale del Dipendente, cui si rimanda per le disposizioni operative. Dette linee guida saranno riesaminate alla luce delle indicazioni fornite da Anac con la deliberazione sopra citata, nell'arco del prossimo biennio 2022 – 2023.

B. Composizione Commissioni Mediche

con deliberazione n. 145 del 25 marzo 2022, si è proceduto all'approvazione del nuovo Regolamento per la composizione delle Commissioni mediche per Invalidità Civile per:

- invalidità civile (L. 118/71, L. 18/80 e L. 508/88)
- handicap (L. 104/92)
- disabilità (L.68/99)
- cecità civile (L. 382/70 e L. 508/88)
- sordomutismo (L. 381/70 e L. 508/88)

In particolare, con detto regolamento viene previsto il possesso di specifici requisiti di integrità e vengono definiti gli ambiti di incompatibilità e casi di obbligo di astensione.

D. MONITORAGGIO E RIESAME

La gestione del rischio si completa con l'**azione di monitoraggio e riesame**, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

L'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione, anche in vista degli aggiornamenti annuali e di eventuali rimodulazioni della sezione PTPC del PIAO, è così attuata:

- i dirigenti dei servizi relazionano con le cadenze previste a seconda della natura dei dati oggetto di monitoraggio, secondo le prescrizioni di legge o – ove i termini non sono prefissati – secondo le indicazioni date dal RPCT (tramite diffusione di specifico questionario);
- il RPCT dà conto dello stato di attuazione del Piano e delle misure assegnategli attraverso la redazione, entro la data diversa indicata da ANAC, della relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano medesimo e riferisce sull'attività svolta ogniqualvolta lo ritenga opportuno o l'organo di indirizzo politico ne faccia richiesta.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- 1) monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- 2) monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

1) MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Essendo il PIAO - PTPCT un documento di programmazione, appare evidente che ad esso debba logicamente seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure.

La responsabilità del monitoraggio di norma è del RPCT. Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi), il monitoraggio in capo al solo RPCT è sicuramente non facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, anche in Asl 4 si prevede un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (monitoraggio di primo livello) e il secondo in capo al RPCT (monitoraggio di secondo livello).

Pertanto sono chiamati a partecipare al monitoraggio:

- tutti i soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione;
- il RPCT
- gli Organismi di valutazione

Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dei referenti, come più sopra previsti, o direttamente dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato – in mancanza di una struttura di supporto - da altri organi con funzioni di controllo interno, se presenti.

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene pianificata e documentata, possibilmente con le indicazioni:

- processi/attività oggetto del monitoraggio;
- periodicità delle verifiche;
- modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nel pianificare le verifiche dovrà tener conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

Con riferimento alla periodicità, il RPCT è chiamato a definire la tempistica del monitoraggio più consona all'esposizione al rischio e alle caratteristiche organizzative dell'amministrazione, normalmente semestrale.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

A tal fine possono essere previsti, nel corso dell'anno, incontri tra il RPCT e i responsabili dell'attuazione delle misure. In tal caso, si utilizza la modalità dell'audit, con verifica sul campo che consente il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Al fine di agevolare i controlli, inoltre, si può ricorrere a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove far confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Alcuni criteri di campionamento possono riguardare:

- le misure di prevenzione dei processi risultati a maggiore esposizione a rischio
- le misure di quei processi su cui si sono ricevute segnalazioni
- le misure di quei processi per i quali non è stata fatta l'autovalutazione cioè il monitoraggio di primo livello

È opportuno che delle risultanze del monitoraggio si dia conto all'interno della Relazione annuale del RPCT.

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT.

2) MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ DELLE MISURE

La valutazione dell'idoneità delle misure è di spettanza del RPCT, che può essere coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dagli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) o dalle strutture di vigilanza e audit interno.

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l'erronea associazione della misura di trattamento all'evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa.

L'inidoneità potrà anche essere rilevata attraverso il verificarsi di episodi avversi nei processi trattati con quella determinata misura.

Qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire il rischio, il RPCT interviene con tempestività per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

3) RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, viene organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un periodico flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo".

L'amministrazione definisce la frequenza con cui procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema e gli organi da coinvolgere nel riesame. Tale attività ha, di norma, una frequenza almeno annuale per supportare la redazione del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio successivo e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno.

TRASPARENZA ED ACCESSIBILITÀ TOTALE

RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Geronima Caffarena

Direttore della S.C. Affari Generali e Legali

prorogata per il periodo di un anno con deliberazione n. 38 del 07.02.2022.

Sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE del Sito internet

Nella tabella **ALLEGATO B** viene riportata la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti, con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione delle Strutture responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato e della sua pubblicazione.

In particolare, vengono indicati:

1. le categorie dei dati da pubblicare e la corrispondente sezione del sito ove il dato deve essere pubblicato;
2. la frequenza di aggiornamento del dato / informazione;
3. la relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce/aggiorna tali dati e provvede alla pubblicazione.

Asl 4 garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Misure organizzative attuate al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, sono state messe in atto le seguenti misure:

- estensione delle responsabilità dei Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione (elencati all'interno della sezione PIAO - PCT) all'ambito della trasparenza: i Referenti sono tenuti ad assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni da loro trasmesse nel rispetto della normativa. Gli stessi Referenti hanno la possibilità di individuare propri collaboratori per le situazioni operative, per la elaborazione e la pubblicazione dei dati;
- adeguamento del sito web aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui è seguita l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'ente.

La mancata collaborazione dei singoli Referenti ai fini di quanto previsto costituisce elemento di responsabilità con ogni conseguenza anche rispetto all'eventuale revoca/conferma e/o rinnovo dell'incarico ricoperto.

I Dirigenti sono responsabili per omissione, totale o parziale, o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal Programma Aziendale:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionabili a carico dei responsabili del servizio.

MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza, sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempimenti di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- redigere relazione annuale alla Direzione Strategica sull'esito del monitoraggio;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Ente degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'Organismo provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.AC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Aziendale.

* * *

A. TRASPARENZA E PRIVACY

A seguito dell'applicazione del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore del D.Lgs. 101/2018, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03) alle disposizioni del RGPD, sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013.

Al riguardo, ANAC ha evidenziato (cfr. Aggiornamento 2018 al PNA, paragr. 7 e 7.1, pagg. 22-25) che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1». Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del RGPD (ossia liceità, correttezza trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento), dell'art. 7 bis, co. 4, D.lgs. 33/2013 («Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione») e dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni".

In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, l'ANAC rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

B. TRASPARENZA E PIANO DELLA PERFORMANCE

Posizione centrale nel programma per la trasparenza occupa l'adozione del Piano della Performance, che ha il compito di individuare indicatori, livelli attesi e realizzati di prestazione, criteri di monitoraggio. Con tale documento, i cittadini hanno a disposizione la possibilità di conoscere e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato degli enti pubblici.

La pubblicazione dei dati relativi alla performance rende poi comparabili i risultati raggiunti, avviando un processo virtuoso di confronto e crescita, rendendo quindi ancora più utile lo sviluppo di sistemi che garantiscano l'effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire degli enti.

L'ASL 4 si è dotata in questi anni di un sistema completo di misurazione, valutazione e gestione delle varie dimensioni della performance in una logica di forte integrazione tra *vision*, programmi, azioni, obiettivi strategici e operativi.

Sulla base dei precedenti presupposti, l'azienda ha definito un sistema di distribuzione degli incentivi collegati agli obiettivi di budget erogati in relazione:

1. Ai risultati effettivamente raggiunti dai centri di responsabilità secondo il principio degli obiettivi di equipe per struttura aziendale definiti nell'ambito della contrattazione di budget relativa all'anno 2021.
2. Al grado di partecipazione individuale nel raggiungimento degli obiettivi stessi, valutato attraverso una scheda individuale.

Ai sensi del d.lgs. 286/99, l'attività del Nucleo di Valutazione nelle Aziende Sanitarie deve mirare a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione, propri della direzione "strategica" dell'azienda, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli atti di governo.

Il piano delle performance, validato dal Nucleo di Valutazione aziendale, viene pubblicato sul sito web istituzionale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Collegamento tra prevenzione della corruzione, trasparenza e piano della performance

L'ANAC ha ribadito che l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza deve essere strettamente collegata alla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione ed al coordinamento tra i diversi strumenti di programmazione. In particolare si fa sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della Performance.

Conseguentemente la prevenzione e il contrasto alla corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici ai quali assegnare un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

Si tratta sostanzialmente di tener conto del fatto che:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa;
- c) devono essere attivate azioni di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini degli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Pertanto, gli "adempimenti" cui ciascun Responsabile è chiamato dalle disposizioni in tema di trasparenza e obiettivi di performance sono considerati vere e proprie "misure" di prevenzione della corruzione.

Affinché tali misure vengano tenute in debita considerazione è opportuno che in sede di assegnazione degli obiettivi individuali venga attribuito agli obiettivi di trasparenza ed anticorruzione un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Si possono individuare i seguenti obiettivi:

- collaborazione alla realizzazione, coordinamento e controllo della mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione;
- adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nelle tempistiche previste;
- partecipazione ai programmi di formazione in materia da parte di tutto il personale interessato.

Per rendere effettivo il collegamento, Asl 4 inserisce obiettivi di performance organizzativa/individuale riguardanti anticorruzione/trasparenza e obblighi di pubblicazione congrui e coerenti con le attività proprie delle diverse aree aziendali, segnalati dal RPCT, nell'area di sbarramento delle singole schede di budget, per l'accesso alle competenze incentivanti.

C. TRASPARENZA E ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI

L'art. 33-ter del D.L. 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni in Legge 17 dicembre 2012 n. 221, ha istituito l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori,

servizi e forniture, demandando a quest'ultima di stabilire, con propria deliberazione, le modalità operative e di funzionamento della richiamata Anagrafe.

In particolare, il predetto articolo ha previsto un duplice obbligo in capo alle stazioni appaltanti di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ossia quello di:

- iscrizione all'Anagrafe unica presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici istituita ai sensi dell'articolo 62-bis del codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82;
- aggiornamento annuale dei rispettivi dati identificativi.

In caso di inadempimento dei suddetti obblighi di iscrizione e di aggiornamento sono state previste le seguenti sanzioni:

1. nullità di tutti gli atti adottati dalla SA;
2. responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari responsabili.

Con successivo Comunicato del 28 ottobre 2013 l'Autorità ha fornito le prime indicazioni operative per la comunicazione del soggetto Responsabile della stazione appaltante (cd. RASA) incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016/18 ha inteso l'individuazione del RASA come una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Al fine del corretto assolvimento dei suddetti obblighi di iscrizione ed aggiornamento, tutte le SA sono, pertanto, tenute a nominare - con apposito provvedimento - il soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la SA (RASA), che è unico per ciascuna di esse. Anche se non è escluso che uno stesso soggetto possa rivestire il ruolo di RASA per due o più stazioni appaltanti, previa apposita adozione di un provvedimento di nomina da parte delle stesse.

Il RASA è l'unico soggetto responsabile per l'inserimento e per l'aggiornamento delle informazioni concernenti le SA presenti in AUSA, da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Ai sensi di previsto dal suddetto art. 33-ter, dall'obbligo di iscrizione ed aggiornamento dei dati derivano, in caso di inadempimento, la nullità degli atti adottati dalle SA e la responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari incaricati.

Il RASA di Asl 4 è stato individuato nella persona del Dr. Maurizio Greco, Direttore della S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi.

Il Rasa Aziendale provvede annualmente ad aggiornare i dati identificativi della SA.

D. DIRITTO DI ACCESSO

Diritto di accesso ex L. 241/90 e s.m.i.

Il diritto di accesso agli atti amministrativi è un diritto riconosciuto al cittadino in funzione dei rapporti con lo Stato e la Pubblica Amministrazione, al fine di garantire in particolare la trasparenza di quest'ultima.

È stato introdotto nell'ordinamento giuridico italiano dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 (art. 22), ed è collegato al possesso di una situazione legittimante (che, nel testo originario della norma del 1990, è dato dal possesso di una "situazione giuridicamente rilevante").

Per consentire l'esercizio del diritto di accesso, L'A.S.L. 4 ha predisposto un apposito regolamento, pubblicato sul sito Internet.

L'accesso civico, di cui infra, introdotto dal D.Lgs. N. 33/2013 non sostituisce il diritto di accesso di cui all'art. 22 della L. 241, in parola: "l'accesso civico non necessita di una particolare legittimazione e riguarda tutte le informazioni e i dati che ai sensi del D.Lgs. n. 33 e delle altre disposizioni vigenti le pubbliche amministrazioni devono pubblicare" (sic Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2013).

Diritto di accesso civico ex D.Lgs. 33/2013 – art. 5 e s.m.i. (d.lgs. 97/2016)

Nella nozione di trasparenza viene incluso anche l'accesso ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa", e viene stabilito il principio della "libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti" dai soggetti pubblici sull'assunto che "l'accesso civico e la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione" ne sono lo strumento operativo ovvero, per riprendere la terminologia del provvedimento, il "tramite".

In aggiunta viene detto che "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso civico deve essere rigettata in presenza della necessità di:

- a. garantire gli interessi pubblici della "sicurezza pubblica e ordine pubblico; sicurezza nazionale; difesa e questioni militari; relazioni internazionali; politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato; conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento; regolare svolgimento di attività ispettive";
- b. garantire il segreto di Stato ed il divieto di pubblicità;

- c. “evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: protezione dei dati personali...; libertà e segretezza della corrispondenza; interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica; ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d’autore e i segreti commerciali”.

L’accesso deve essere consentito alle parti dei documenti che non sono oggetto dei divieti, il rigetto dell’accesso si applica solamente per il periodo di tempo necessario e l’accesso non può essere negato nel caso in cui sia sufficiente il differimento.

Per consentire l’esercizio del diritto di accesso così formulato, Asl 4 ha predisposto idonea modulistica, pubblicata sul sito web istituzionale, nell’apposita voce di Amministrazione Trasparente.

Titolare del potere sostitutivo

La L. 7 agosto 1990 n. 241, all’art. 2 – comma 9 bis, prevede che l’organo di governo dell’ente pubblico individui, tra le figure apicali, il soggetto a cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia del responsabile competente a concludere i procedimenti su istanza di arte.

A tale soggetto il privato può rivolgersi per chiedere la conclusione del procedimento in caso di mancata o tardiva emanazione del provvedimento entro i termini.

Il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, all’art. 5 – comma 4, prevede che al titolare del potere sostitutivo sia possibile inoltrare ricorso in caso di inadempienza e nell’inerzia del responsabile aziendale per la trasparenza, in relazione all’obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare i documenti, le informazioni e i dati espressamente individuati dalla legge.

Il titolare del potere sostitutivo nell’A.S.L. n. 4 "Chiavarese" è stato nominato con deliberazione n. 467 del 21.08.2013, nella persona della Dott.ssa Marina Rebori, Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane.

Nel corso dell’anno 2023, a seguito prossima quiescenza del dirigente indicato, sarà previsto il necessario avvicendamento.

E. INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA

E1. Sito web istituzionale

Il sito web è ormai il mezzo primario di comunicazione, il più accessibile e meno oneroso, attraverso cui la Pubblica Amministrazione deve garantire un’informazione trasparente ed esauriente sul suo operato, promuovere nuove relazioni con i cittadini, le imprese e le altre P.A., pubblicizzare e consentire l’accesso ai propri servizi, consolidare la propria immagine istituzionale.

Sul sito istituzionale sono presenti tutti i dati la cui pubblicazione è resa obbligatoria dalla normativa vigente.

Sono altresì presenti informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino per consentire una maggiore conoscenza e consapevolezza delle attività erogate dall’azienda sanitaria.

Nella realizzazione e conduzione del sito sono state tenute presenti le Linee Guida per i siti web della PA (aggiornamento del 29 luglio 2011), previste dalla Direttiva del 26 novembre 2009, n. 8 del Ministero per la Pubblica amministrazione e l’innovazione nonché le misure a tutela della privacy richiamate al paragrafo 3.2 della citata delibera n.105/2010 e nella n. 2/2012 della CIVIT (ora ANAC).

Si conferma l’obiettivo di procedere a una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità prevalentemente nella sezione “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”.

Per l’usabilità dei dati, va curata la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli stakeholder possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

Al fine del benchmarking e del riuso, è opportuno che le informazioni e i documenti siano pubblicati in formato aperto, unitamente ai dati quali “fonte” anch’essi in formato aperto, raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate.

Allo scopo di rendere immediatamente accessibili le informazioni ai cittadini e per promuovere la trasparenza amministrativa, l’ASL 4 pubblica da tempo sul proprio sito le deliberazioni del Direttore Generale e gli atti assunti dai dirigenti, organizzati con separate numerazioni.

Inoltre, i cittadini e le associazioni trovano sul sito la descrizione di tutti i principali iter procedurali con annessi tutti i riferimenti per contattare agevolmente il responsabile del procedimento ed i moduli necessari per espletare le pratiche presso gli uffici dell’azienda.

E2. Procedure organizzative

ASL 4 provvede ad organizzare i flussi informativi, creando al proprio interno una rete di “referenti della comunicazione” che, da ogni struttura ed articolazione, fanno pervenire aggiornamenti ed informazioni all’Ufficio Stampa, operante nell’ambito della S.S.D. Comunicazione e Informazione, a livello centralizzato.

Questo servizio opera in modo trasversale per tutto l’ente, coordinando le funzioni comunicative, fornendo supporto ai singoli redattori, organizzando iniziative di formazione e aggiornamento ad hoc, garantendo l’integrazione delle attività informative,

comunicative e partecipative.

In particolare, in ciascuna Struttura cui competano aggiornamenti della sezione Amministrazione Trasparente sono stati individuati referenti i quali, dopo una adeguata formazione, sono stati incaricati di effettuare le dovute pubblicazioni e mantenere aggiornati i dati pubblicati.

Dal punto di vista metodologico, il servizio si pone in un'ottica di comunicazione integrata, con il coordinamento delle dimensioni interna, esterna, orizzontale e verticale, e quindi si attiva promuovendo forme di cooperazione fra i servizi.

E3. Albo Pretorio online

La legge n. 69 del 18 luglio 2009, perseguendo l'obiettivo di modernizzare l'azione amministrativa mediante il ricorso agli strumenti e alla comunicazione informatica, riconosce l'effetto di pubblicità legale solamente agli atti e ai provvedimenti amministrativi pubblicati dagli enti pubblici sui propri siti informatici.

L'art. 32, comma 1, della legge stessa (con successive modifiche e integrazioni) ha infatti

sancito che *“A far data dal 1 gennaio 2011 gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale si intendono assolti con la pubblicazione nei propri siti informatici da parte delle amministrazioni e degli enti pubblici obbligati”*.

L'ASL 4 ha adempiuto all'attivazione dell'Albo Pretorio online nei termini di legge, in particolare rispettando i criteri tecnici disciplinati dalle specifiche “Linee guida...” e le recenti norme del Garante della Privacy (c.d. “diritto all'oblio”).

Come deliberato dalla Commissione ANAC (già CIVIT), che opera ai sensi della Legge 190 del 2012 quale Autorità nazionale anticorruzione, nella delibera n. 33 del 18/12/2012, per gli atti soggetti alla pubblicità legale all'albo pretorio on line rimane, nei casi in cui tali atti rientrino nelle categorie per le quali l'obbligo è previsto dalla legge, anche l'obbligo di pubblicazione su altre sezioni del sito istituzionale nonché nell'apposita sezione “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”.

E4. URP e attività di accoglienza

La S.S.D. Comunicazione e Informazione, attraverso l'URP, ha incentivato negli anni l'interazione con i cittadini attraverso i diversi canali di relazione (front office, corrispondenza cartacea, contatti telefonici, web, e-mail...), in particolare rispetto ai processi delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti nei confronti dell'amministrazione.

La gestione di questi rapporti avviene anche attraverso l'utilizzo di un modulo dedicato del sistema operativo elaborato in house, soluzione efficace ed economica, che ha avuto il significativo pregio della realizzazione di un supporto informativo progettato e realizzato in base alle esigenze dell'ente.

I rapporti con il cittadino sono stati favoriti anche attraverso la realizzazione negli ultimi anni del “Progetto Accoglienza”, basato sulla creazione presso le strutture ospedaliere di uffici di front-office in grado di fornire informazioni, rilasciare referti e cartelle cliniche, coadiuvare nell'espletamento di pratiche e, in genere, fornire ai cittadini un fattivo supporto per agevolare l'accesso ai servizi erogati.

Attualmente sono pienamente operativi i servizi accoglienza presso gli ospedali di Lavagna, Rapallo e Sestri Levante.

E5. Ascolto degli stakeholder

Vengono individuati come stakeholder, al fine di un loro coinvolgimento per la verifica dell'efficacia delle attività proposte nel presente programma, i cittadini anche in forma associata, le associazioni sindacali e/o di categoria, i mass media, gli ordini professionali e le imprese anche in forma associata.

Le esigenze di trasparenza rilevate dagli stakeholder saranno di volta in volta segnalate al Responsabile P.T.C. da parte degli uffici che raccolgono i feedback emersi dal confronto con gli stessi. Il responsabile della trasparenza a sua volta segnala tali esigenze all'organo di vertice politico amministrativo al fine di tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per la trasparenza nonché di quelle per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

Eventuali altri stakeholder rispetto a quelli di cui al punto 7.1, verranno individuati di volta in volta in relazione a specifiche esigenze nel corso del triennio di validità del presente Programma.

Per favorire il coinvolgimento dei portatori di interessi vengono implementati i canali di ascolto già presenti e s'individuano nuove forme partecipative e strumenti di coinvolgimento:

- a) ascolto diretto oppure on-line tramite gli uffici di sportello (URP, Accoglienza);
- b) canali dedicati all'interno del sito istituzionale (mail dedicata);
- c) organizzazione di giornate dedicate alla trasparenza.

E6. Semplificazione del linguaggio.

Per rendersi comprensibili occorre anche semplificare il linguaggio degli atti amministrativi, rimodulandolo nell'ottica della trasparenza e della piena fruizione del contenuto dei documenti, evitando, per quanto possibile, espressioni burocratiche e termini tecnici.

A tale principio si ispira la comunicazione istituzionale dell'Azienda.

Inoltre, in coerenza con le prescrizioni normative, sono stati implementati i processi di semplificazione e dematerializzazione avviati negli anni scorsi all'interno dei processi di lavoro dell'ente (applicativi gestionali della contabilità, del protocollo, per la produzione degli atti amministrativi, per la cartella informatizzata, per l'estensione dell'uso della firma digitale e la produzione e conservazione della documentazione digitale).

E7. Posta elettronica/Pec

Sul sito web aziendale, in home page, è riportato l'indirizzo PEC istituzionale pubblico dell'ente, corrispondente all'Ufficio Protocollo Generale.

Sono altresì riportati gli indirizzi PEC di alcune Strutture aziendali che, per esigenze normative e/o per rendere facilitato il percorso di contatto con i fruitori esterni, sono state dotate di mail personalizzate.

Sono state diffuse all'interno dell'azienda successive circolari relative all'incremento dell'utilizzo della posta elettronica – certificata e non – sia nei rapporti interni che nei rapporti con gli stakeholders esterni, ove possibile anche con l'utenza, il tutto finalizzato al progressivo abbandono dei supporti cartacei.

In quest'ottica è stata rivista gran parte della modulistica prevedendo l'inserimento da parte dei richiedenti, dell'indirizzo di posta elettronica accanto alle richieste di riferimenti tradizionali (indirizzo, telefono, ecc.).

La corrispondenza tra gli uffici deve avvenire esclusivamente, ove possibile, mediante posta elettronica; la corrispondenza tra l'A.S.L. e il cittadino/utente deve avvenire ove possibile mediante p.e.c., ovvero con misure alternative al formato cartaceo, previo accordo con l'interessato.

L'A.S.L. 4 rende noti, tramite il proprio sito web istituzionale, gli indirizzi di posta elettronica dei dirigenti di Struttura, di ciascun titolare di posizione organizzativa, oltreché dei dipendenti responsabili di procedimento.

Agli indirizzi sopra citati il cittadino può rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.

E8. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza, sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempimenti di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati.
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Ente gli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'Organismo provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.AC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Aziendale.

Il RPCT sistematicamente monitora l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, richiedendo ai Referenti interessati l'eventuale aggiornamento dei dati pubblicati. Di tale monitoraggio redige relazione annuale di alla Direzione strategica.

E9. PagoPA

L'art. 5 del CAD di cui al D.Lgs. 82/2005 dispone che le pubbliche amministrazioni con sede nel territorio italiano consentano l'effettuazione dei pagamenti ad esse spettanti, a qualsiasi titolo dovuti, con l'uso di modalità informatiche.

In ottemperanza del combinato disposto dell'art. 2, comma 2, del CAD e dell'art. 15, comma 5bis, del D.L. 179/2012, Asl 4 ha aderito alla piattaforma PagoPA, con l'obiettivo di una maggiore efficienza e semplificazione nella gestione dei pagamenti dei servizi pubblici, sia per i cittadini sia per l'amministrazione, favorendo una costante diminuzione dell'uso del contante.

Asl 4 aderisce alla piattaforma pagoPA dal 18.03.2021

F. CONTROLLI E RESPONSABILITA'

Strumenti di verifica e controllo

Compete al Nucleo di Valutazione aziendale il monitoraggio dell'attuazione del presente Programma e, più in particolare, la verifica dell'assolvimento da parte dell'ASL 4 Chiavarese degli adempimenti legislativamente imposti in materia di trasparenza ed integrità.

Il Nucleo di Valutazione riferisce annualmente alla Direzione Generale i risultati delle attività espletate sul processo di realizzazione del Piano e sulle misure adottate.

La Direzione Aziendale tiene conto dei risultati delle suddette verifiche al fine dell'aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza, nonché per l'elaborazione dei contenuti del Piano triennale per la trasparenza e lotta alla corruzione.

Al Nucleo di Valutazione competono altresì le certificazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, delegate dalla normativa e debitamente esposte sul sito web aziendale.

Il responsabile della Trasparenza e Integrità cura, con periodicità quadrimestrale l'attuazione del Programma, con rilevazione degli scostamenti e relative motivazioni e segnalando eventuali inadempimenti.

Rimangono naturalmente ferme le competenze dei singoli dirigenti relative all'adempimento dei singoli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative di settore vigenti.

I contenuti sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni del D.Lgs. 33/2013.

Sul sito web dell'amministrazione, nella sezione denominata "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", sarà pubblicato il presente programma.

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della Prevenzione può, in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati settori di attività.

Inoltre, può richiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile della Prevenzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare – anche solo potenzialmente – corruzione e illegalità.

Le responsabilità

Le prescrizioni tutte del presente piano sono immediatamente obbligatorie e vincolanti fin dal momento della sua approvazione e pubblicazione sul sito web aziendale.

a. La responsabilità del responsabile della prevenzione

L. 190/2012 art. 1, comma 8: responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e mancata adozione di misure per la selezione e la formazione dei dipendenti.

L. 190/2012 art. 1, comma 12: responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il responsabile della prevenzione non possa dimostrare le seguenti circostanze:

a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5,

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

L. 190/2012 art. 1, comma 14: responsabilità dirigenziale per ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano e per omesso controllo.

D.Lgs. 33/2013 art. 46: responsabilità dirigenziale per inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa e per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Trasparenza (P.T.T.)

La responsabilità del responsabile della prevenzione è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia dipeso da causa a lui non imputabile.

b. La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste per legge e quelle trasfuse nel presente P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti.

L. 190/2012 art. 1, comma 14: la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

c. La responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte

L.190/2012 art. 1, comma 33: la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal piano aziendale:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

* * * *

ATTIVITA' PROGRAMMATE 2023

1. CONFLITTO DI INTERESSI IN SANITÀ E RICERCA - approfondimenti in ordine a: <ul style="list-style-type: none">• sperimentazioni cliniche
2. COLLEGAMENTI TRA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E CICLO DELLA PERFORMANCE
3. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER GLI RPCT E PER IL PERSONALE DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SSR: <ul style="list-style-type: none">• Prosecuzione erogazione corso su 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

<ul style="list-style-type: none"> 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
4. PANTOUFLAGE
5. Applicazione PNA 2022 – 2024 in materia di contratti e appalti <ul style="list-style-type: none"> integrazione patti di integrità integrazione Codice di comportamento conflitto di interessi nelle gare
6. AGGIORNAMENTO MODULISTICA
7. 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
8. PREDISPOSIZIONE ATTIVITÀ' PROPEDEUTICHE PER L'ACCREDITAMENTO E LA CERTIFICAZIONE ISO 37001 (le misure e controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione)
9. AGGIORNAMENTO MAPPATURA DEI PROCESSI

CRONOPROGRAMMA

Tempistica	Attività	Soggetto competente
Entro il 15 gennaio	Relazione annuale	RPCT
Indicazioni ANAC	Attestazione OIV obblighi di pubblicazione D.Lgs. 33/2013	OIV
Primo trimestre di ogni anno	Avvio contatti con le Strutture per la mappatura dei processi e definizione di misure mitiganti	RPCT Direttori/Referenti
Entro il 15 ottobre di ogni anno	Aggiornamento mappatura dei processi	Strutture aree a rischio
Entro il 31 ottobre di ogni anno	Adempimenti relativi all'allegato B – Misure generali obbligatorie	Strutture interessate
Entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno	Presentazione al RPCT di una relazione di monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 30 giugno ed il 30 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT dei questionari di autovalutazione per il monitoraggio dell'applicazione delle misure generali e specifiche (I° livello)	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 30 novembre di ogni anno	Trasmissione report contenente i seguenti dati: 1. numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; 2. numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni.	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
Indicazioni ANAC	Pubblicazione sul sito web Aziendale di una relazione recante i risultati dell'attività annuale	RPCT
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Svolgimento programmi di formazione	RPCT Settore Formazione e Aggiornamento
Entro il 30 novembre di ogni anno	Individuazione dei dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione a cadenza almeno annuale per le aree a maggior rischio	Referenti

DISPOSIZIONI FINALI

La presente Sezione PCT non è un documento statico ma sarà soggetta a revisioni e aggiornamenti che terranno conto dei seguenti fattori:

- a) modifiche normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;

- b) emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- c) nuovi indirizzi o direttive fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C;
- d) nuove direttive in materia di gestione dei rischi individuate dall'ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione.

P21 - PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA - ALLEGATO A mappatura processi

				SCHEMA EVENTI RISC
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)
Accettazione Donazioni	Proposta da parte del donante	S.C. Affari Generali	Un soggetto elargisce una donazione in cambio di favori personali o tornaconto commerciale (Mancato rispetto finalità della donazione)	
	Accettazione beni	S.C. Affari Generali e S.C. Bilancio, SSD ICT, S.C. Provveditorato, S.C. Tecnico		Formalizzazione acquisizione senza preventiva verifica sulla necessità del bene e/o inserimento dello stesso nel programma di investimento. Mancata verifica utilizzo materiale di consumo in via esclusiva
	Accettazione somme danaro	S.C. Affari Generali e S.C. Bilancio e altre Strutture deputate ad elaborare un programma di utilizzo delle somme		Imputazione distorta rispetto alla volontà del donante Imputazione su conto diverso da quello dedicato (Covid)
	Fornitura di beni	S.C. Affari Generali		mancata formalizzazione delle donazioni a causa dell'emergenza Covid (soprattutto di beni)
	Publicazione in Internet/ Intranet della documentazione necessaria a presentare la domanda	S.C. Affari Generali		Aggiornamento sito

Allegato 9 "B"

RISCHI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)		TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI/DESCRIZIONE	MISURE ESISTENTI	MISURE PROPOSTE
		Rispetto Regolamento aziendale	
Struttura di destinazione Provveditorato, Ingegneria Clinica		Rispetto Regolamento aziendale, procedure assegnazione e inventario, rendicontazione e pubblicazione	Regolamento/procedura Pubblicazione di rendiconto periodicamente aggiornato sul sito Internet
S.C. Bilancio		programma di utilizzo delle somme, c/c dedicato, rendicontazione e pubblicazione	Regolamento/procedura Pubblicazione di rendiconto periodicamente aggiornato sul sito Internet
S.C. Affari Generali	mancanza di controlli (a seguito dell'emergenza)	1) rendicontazione separata, 2) C/C dedicato; 3) pubblicazione report trasmessi ad Alisa su amministrazione Trasparente anche secondo la Del. N. 312/2020 di Anac	Misure di pubblicazione
S.C. Affari Generali			

Mappatura ATTIVITA' FASI-AZIONI		SCENARI EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO															
DIPARTIMENTO	SUBUNITA'	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore (ovvero responsabile/completatore della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO(CORRE)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI/CONDIZIONI INIBITORI ALLA ORGANIZZAZIONE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PRE' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INTERVENIRE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL BREVE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA							
										* valore di classe tabella allegata					Ris per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	ESide Responsabile	Indicatori			
Rapporti e relazioni, dalla base e dalle attività correnti	S.C. Affari generali e legali	Affidamento incarichi legali esterni/consulenti	1	Predisposizione/approvazione elenco avvocati per l'affidamento di incarichi di rappresentanza in giudizio	Settore Gestione del personale, S. Risorse Umane, S. Programmazione e gestione base e servizi																	
			2	Verifica dei requisiti per l'affidamento e scelta del legale	Settore Gestione del personale	Dissegni nella valutazione e controllo dei requisiti, scarsa di discriminabilità nella scelta	Settore Gestione del personale	Mancata e superficiale verifica dei requisiti dei legali/consulenti, mancanza rete alcuni professionisti	BASSO													
			3	Formalizzazione dell'incarico con delibera e sottoscrizione del disciplinare di incarico professionale	Settore Gestione del personale, Segreteria Affari Generali e Legali, Direzione Generale, Direzione S.C. Affari Generali	Affidamento dell'incarico in situazione di conflitto di interesse e incompatibilità ricorrendo al contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo superiore ai 6 mesi							Verifica dei requisiti per l'affidamento degli incarichi e delle dei professionisti		Rotazione dei professionisti, possibilità autorotazione sottoscritta dal legale (assenza possibilità di rinnovo e incompatibilità, pubblicazione del bando, approvazione del Consiglio di Amministrazione, Direzione Generale, monitoraggio periodico e acquisizione del CIC	Misure già presente Bando per scelta per aggiornamento contratto del Fondo per Servizi						
			4	Publicatione sul sito portale della documentazione sottostante incarico alla mancanza del conflitto di interesse, di incompatibilità con altri incarichi, della pubblicazione di incarichi di lavoro a tempo determinato di incarichi sottoscritti al contratto a tempo determinato S.C. Affari Generali e Legali	Settore Gestione del personale, Segreteria Affari Generali e Legali, Direzione Generale, Direzione S.C. Affari Generali e Legali	Omissione della pubblicazione di documentazione che attesti situazione di incompatibilità e conflitto di interesse	Segreteria Affari Generali e Direzione Gestione del personale	BASSO														
			5	Liquidazione degli onorari al legale per attività prestata	Settore Gestione del personale, Bilancio, Segreteria Affari Generali e Legali	Liquidazione di compensi più alti rispetto alla tabella degli onorari sottoscritta dai legali al momento dell'incarico	Settore Gestione del personale e Bilancio	Mancato controllo delle tabelle degli onorari	BASSO													

PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)		
					MODALITA' / COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI
PAGAMENTI	1	Emissione del mandato di pagamento	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un creditore	Non emissione del mandato di pagamento di documento autorizzato al fine di sfavorire il creditore. Emissione di un mandato di pagamento di documento non autorizzato per sfavorire il creditore.	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno
	2	Inoltro del mandato di pagamento all'istituto cassiere			Possibilità di incidere sui tempi di evasione del pagamento così da favorire/sfavorire un fornitore.		
FATTURAZIONE PASSIVA	1	Importazione del documento da archivio temporaneo e attribuzione centro di costo per la liquidazione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un creditore	Mancata importazione del documento da archivio temporaneo o mancata registrazione del documento cartaceo	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno
	2	Registrazione documento cartaceo e attribuzione centro di costo per liquidazione			Errata assegnazione del centro di costo e di conseguenza allungamento dei tempi di liquidazione		
INCASSI	1	Emissione dello reverse d'incasso e inoltro della reverse d'incasso all'istituto cassiere	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Non si rilevano comportamenti a rischio corruzione		S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno
	2	Verifica e quadratura incassi con le prestazioni erogate		Favorire un debitore	Possibilità di favorire un soggetto terzo non richiedendo il pagamento per la prestazione		nessuno
FATTURAZIONE ATTIVA	1	Verifica e quadratura documenti emessi con richieste di emissione fattura attiva	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire un debitore	Possibilità di favorire un debitore non emettendo fattura	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno
AUTORIZZAZIONI DI SPESA		Assegnazione dell'importo annuale sulle autorizzazioni di spesa coerenti con le voci presenti nel bilancio di previsione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un dirigente intestatario di autorizzazione di spesa	Possibilità di favorire un dirigente intestatario di autorizzazione di spesa incrementando o decrementando l'assegnazione annuale a discapito di altro dirigente, pur nel rispetto complessivo del bilancio di previsione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno

STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
BASSO	1, 2	nessuno	- Automazione delle procedure di acquisizione degli elenchi di liquidazione e controllo periodico dei documenti autorizzati. - Automazione blocco creazione mandato in assenza di elenco di liquidazione digitalmente firmato e quindi autorizzato. - Modulo informatizzato richiesta di pagamento - Inoltro digitale all'istituto di credito cassiere dei mandati di pagamento. - Competenze diffuse tra più operatori - Pubblicazione rendicontazione a soggetti terzi (file annuale elenco pagamenti, file dettaglio elenco liquidazioni)	nessuno					
BASSO	1, 2	nessuno	- Controllo periodico allineamento SDI/DIGIDOC/AREAS - Controllo dei tempi di liquidazione dal momento della registrazione del documento in contabilità - Controllo periodico dello scaduto - Competenze diffuse tra più operatori - Pubblicazione periodica indicatore tempestività dei pagamenti (ITP) - ITP inserito tra gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale e alla struttura - Monitoraggio da parte del MEF attraverso la Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)	nessuno					
BASSO	2	nessuno	Quadratura degli incassi in tesoreria confrontata con gli incassi risultanti dal gestionale aziendale	Implementazione software integrativo per riconciliazione incassi gestiti tramite PagoPa	Implementazione software	Riconciliazione puntuale incassi realizzati con PagoPa con prestazioni rilevate dal sistema interno	Non dipendenti dalla struttura, richiesto intervento in house provider regionale per servizi software (tempo di realizzazione presunto entro il 2022)	S.C. Bilancio	Software operativo
BASSO	1	nessuno	Quadratura delle fatture attive emesse con richieste di emissione Modulo informatizzato gestione richieste emissione fatture attive	nessuno					
BASSO	1	nessuno	Confronto con le strutture fabbisogno / disponibilità e monitoraggio periodico	nessuno					

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO												
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile / competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
Dip.to Giuridico delle Risorse e Attività Tecniche	Centro Direzionale di Controllo	Predisposizione e discussione budget annuale		Redazione linee guida budget e invio a direttori di dipartimento / di struttura previa illustrazione in Collegio di Direzione	Alisa, Regione Liguria, Direzione Strategica, S.C. Centro di Controllo Direzionale	Formulazione obiettivi facilmente raggiungibili al fine di favorire una struttura particolare		Interno + Dip. Tecnico amministrativo + Direzione Strategica		MOLTO BASSO	1.Redazione schede di Budget e relativi indicatori 2.Discussione budget	1.Eccessiva discrezionalità, monopolio competenze, assenza standard di riferimento 2.Eccessiva discrezionalità, assenza di criteri	1.Collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale per redazione schede budget. 2. Invio preventivo delle bozze delle Schede di Budget ai Responsabili di Struttura / Dipartimento. 3. Sottoscrizione della scheda budget da parte del responsabile di struttura / Dipartimento a seguito della discussione in presenza del Comitato Budget.	1. Scelta di indicatori che si rifanno a standard nazionali / interregionali (MES , PNE). 2. Formazione del personale della dirigenza e del comparto sul tema "Indicatori come strumenti di verifica delle attività sanitarie e non".	Strutturazione del corso di formazione..	1. Proposte di nuovi indicatori da parte delle strutture più coerenti con le linee guida regionali e nazionali. 2. Minore discrezionalità nella valutazione dei risultati.	1 anno	Centro Direzionale di Controllo in sinergia con la Qualità Accreditazione e Risk Management.	N° di partecipanti al corso. N° di feedback ricevuti. N° di ticket aperti al Centro Direzionale di Controllo per richiesta di dati che esulano dal controllo degli indicatori stabiliti / contrattati.		
				Richiesta ai direttori di dipartimento / di struttura di proposta obiettivi	S.C. Centro di Controllo Direzionale		Interno	MOLTO BASSO	Ricerca e aggiornamento del set di indicatori sulla base degli aggiornamenti più recenti del MES / PNE.												
				Formulazione e redazione schede di budget e relativi indicatori	S.C. Centro di Controllo Direzionale		Interno + Dip. Tecnico amministrativo + Direzione Strategica + Professione Sanitarie + SC Qualità e Accr. + DMPO	Eccessiva discrezionalità, monopolio competenze, no standard di riferimento	BASSO	Ricerca di nuove fonti accreditate per gli indicatori.											
				Discussione budget	collegiale (Comitato Budget - Direzione Strategica + Centro Direzionale di Controllo, Professioni Sanitarie e DMPO)		Comitato Budget (a composizione variabile a seconda della tipologia di Dipartimento trattato)	Eccessiva discrezionalità, no criteri	BASSO	Possibile formazione.											
				Eventuale modifica delle schede a seguito di discussione	Comitato Budget - Direzione Strategica + Centro Direzionale di Controllo, Professioni Sanitarie e DMPO		Comitato Budget		MEDIO	Analisi feedback.											
				Sottoscrizione delle schede budget	tutte le Strutture		Comitato Budget		MOLTO BASSO												
				Redazione del Piano Attuativo Aziendale e sua pubblicazione su sito aziendale	S.C. Centro di Controllo Direzionale		interno		MOLTO BASSO												
		Monitoraggio e valutazione risultati budget				Verifica periodica risultati attesi	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Elaborazione di dati non veritieri		Interno		MOLTO BASSO	1.Revisione del budget in corso d'anno 2.Valutazione dei risultati e assegnazione del punteggio	Monopolio competenze, eccessiva discrezionalità non oggettiva valutazione dei risultati.	1. Reportistica strutturata e basata sui dati del DWH aziendale che viene aggiornata e programmata per l'invio in automatico verso tutte le strutture interessate. 2. Relativamente alla fase 2: Valutazione dei risultati e assegnazione del punteggio anche attraverso le regole di valutazione precedentemente individuate (vedi Piano Attuativo Aziendale). Tale controllo viene certificato dall'O.I.V. attraverso la valutazione finale dei risultati di budget.	1. Scelta di indicatori che si rifanno a standard nazionali / interregionali (MES , PNE). 2. Formazione del personale della dirigenza e del comparto sul tema "Indicatori come strumenti di verifica delle attività sanitarie e non".	Strutturazione del corso di formazione.	1. Proposte di nuovi indicatori da parte delle strutture più coerenti con le linee guida regionali e nazionali. 2. Minore discrezionalità nella valutazione dei risultati.	1 anno	Centro Direzionale di Controllo in sinergia con la Qualità Accreditazione o e Risk Management.	N° di partecipanti al corso. N° di feedback ricevuti. N° di ticket aperti al Centro Direzionale di Controllo per richiesta di dati che esulano dal controllo degli indicatori stabiliti / contrattati.
						Invio report con indicatori alle strutture			Interno	MOLTO BASSO	Ricerca e aggiornamento del set di indicatori sulla base degli aggiornamenti più recenti del MES / PNE.										
						Acquisizione materiale per verifica raggiungimento obiettivi			Interno	BASSO	Ricerca di nuove fonti accreditate per gli indicatori.										
						Revisione del budget in corso d'anno			Interno + Alta Direzione + DMPO + Professioni Sanitarie	Monopolio competenze, eccessiva discrezionalità no indicatori oggettivi	MEDIO	Possibile formazione.									
						Raccolta dei dati e parziale assegnazione del punteggio			interno	Monopolio competenze, eccessiva discrezionalità non oggettiva valutazione dei risultati.	MEDIO	Analisi feedback.									
						Valutazione dei risultati e completamento dell'attribuzione del punteggio da parte dell'OIV			OIV	esterno	MOLTO BASSO										

CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO

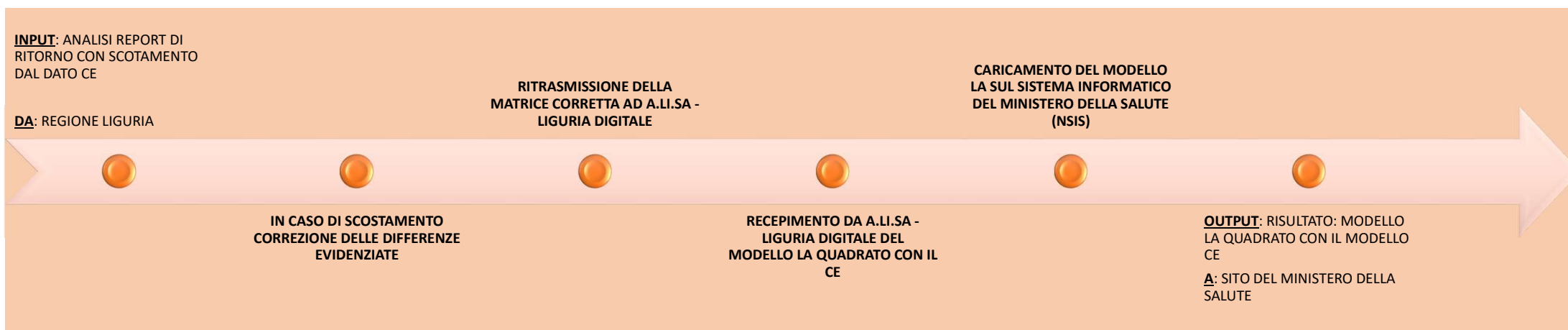
1. VALUTAZIONE ESITI INVENTARI DI REPARTO



RISCHIO DEL PROCESSO: **NON CORRETTA ELABORAZIONE DEGLI INDICATORI RELATIVI ALLA GESTIONE DELLE SCORTE.**

INDICATORE DEL PROCESSO: **INVIO DEI RISULTATI DEI SINGOLI INVENTARI ENTRO UN GIORNO LAVORATIVO DALL'ULTIMA VERIFICA EFFETTUATA DAI COORDINATORI.**

PIANO DI CONTENIMENTO: **RIDURRE AL MASSIMO LE IMPUTAZIONI MANUALI DEI VALORI DI INVENTARIO ANCHE ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE OLIAMMWEB.
ELABORARE PROCEDURE DI CONTROLLO CHE EVIDENZINO SCOSTAMENTI / ANOMALIE.
ACQUISIZIONE DI UNA NUOVA RISORSA UMANA.**



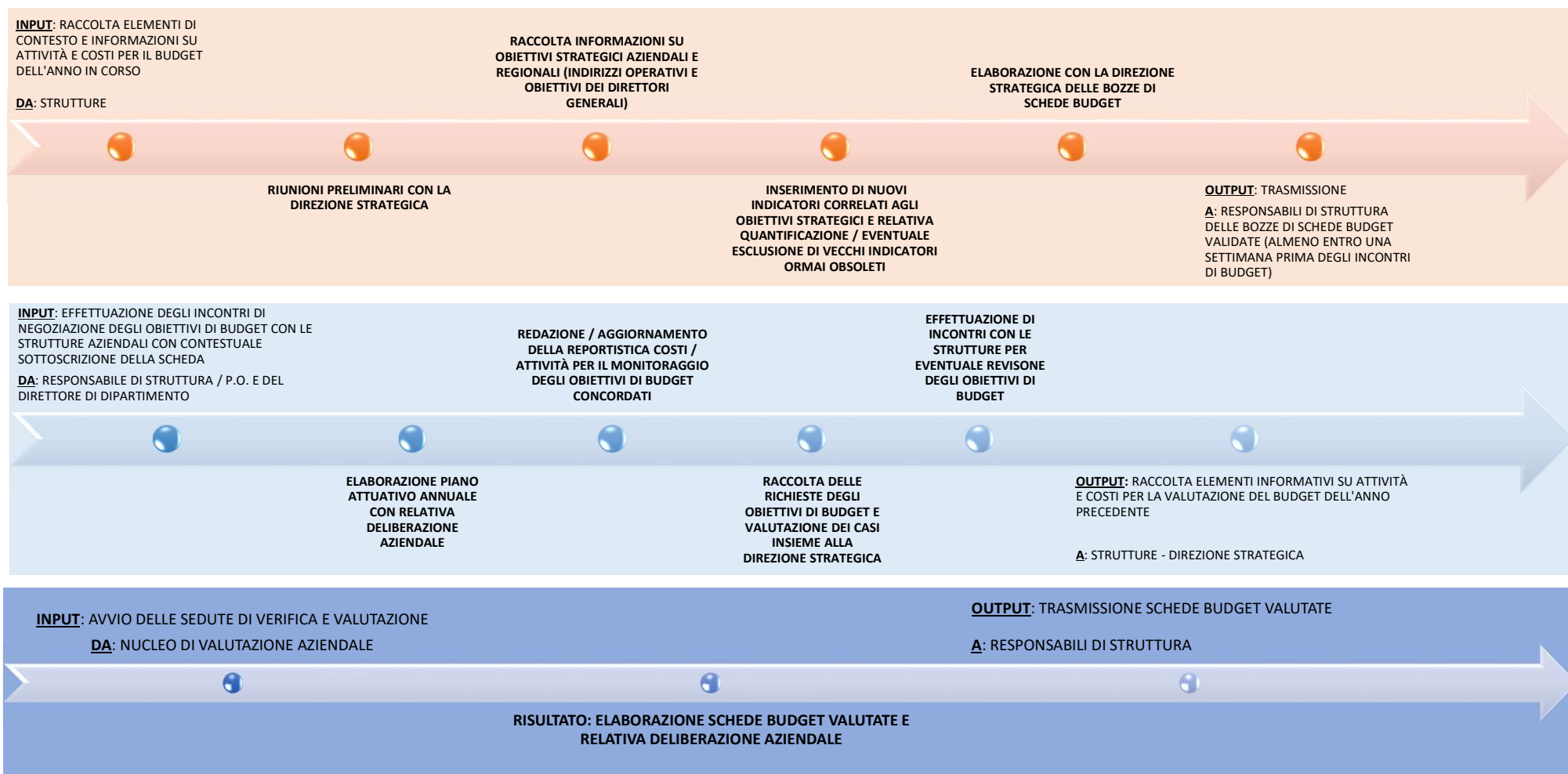
RISCHIO DEL PROCESSO: ERRORI NELLA IMPUTAZIONE DEI COSTI E SQUADRATURA CON IL MODELLO CE.

INDICATORE DEL PROCESSO: RISPETTO DELLA DATA DI SCADENZA DEFINITA DAL MINISTERO DELLA SALUTE PER IL CARICAMENTO DEL MOD. LA RISPETTO DELLA DATA DI SCADENZA STABILITA DA REGIONE LIGURIA - % DI SCOSTAMENTO DEL DATO (RANGE: 0,5% - 1%)
RISPETTO DELLA DATA DI SCADENZA DEFINITA DAL MINISTERO DELLA SALUTE PER IL CARICAMENTO DEL MODELLO LA

PIANO DI CONTENIMENTO: RIDURRE AL MASSIMO LE IMPUTAZIONI MANUALI DEI COSTI SULLE MATRICI BL E BP.
ELABORARE PROCEDURE DI CONTROLLO CHE EVIDENZINO SCOSTAMENTI / ANOMALIE.
ACQUISIZIONE DI UNA NUOVA RISORSA UMANA.

CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO

3. GESTIONE E COORDINAMENTO NEGOZIAZIONE DI BUDGET



RISCHIO DEL PROCESSO:

SFORAMENTO DEI TEMPI MASSIMI NELL'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI E NELLA VERIFICA FINALE.

INDICATORE DEL PROCESSO:

90% DELLE BOZZE DI SCHEDE BUDGET TRASMESSE 1 SETTIMANA PRIMA DELL'INCONTRO - 100% SCHEDE VALUTATE E DELIBERATE ENTRO IL 30 GIUGNO DELL'ANNO SUCCESSIVO.

PIANO DI CONTENIMENTO:

**ANTICIPARE PER QUANTO POSSIBILE GLI INCONTRI CON LA DIREZIONE STRATEGICA PER LA PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET (POSSIBILMENTE ENTRO IL 31/12 DELL'ANNO PRECEDENTE).
OCORRE TENERE PRESENTE CHE ENTRO LA SUDETTA DATA MASSIMA L'AZIENDA NON HA ANCORA A DISPOSIZIONE GLI OBIETTIVI ASSEGNATI DA REGIONE LIGURIA PER L'ANNO SUCCESSIVO.
SNELLIMENTO DELLE SCHEDE BUDGET E DEI RELATIVI INCONTRI DI NEGOZIAZIONE.
ACQUISIZIONE DI UNA NUOVA RISORSA UMANA.**

PROCESSO	FASI/AZIONI	Struttura responsabile/ competente della implementaz.	EVENTO (rischio)
DISTRETTO Verifica possesso requisiti previsti dalla normartiva vigente (L.R. n. 24/96) per traporti sanitari utenti non deambulanti effettuati dalle Pubbliche Assistenze	UTENTE: l'utente o il familiare si reca presso l'Ufficio Medico Funzionario Distrettuale con impegnativa redatta dal medico del SSN per richiedere autorizzazione al trasporto sanitario paziente non deambulante assoluto indicando le ragioni cliniche	Medico Funzionario Distrettuale	Ottenerne benefici personali orientando l'utente nella scelta della Pubblica Assistenza e/o nel rilascio delle autorizzazione all'utente che lo richiede
	MEDICO FUNZIONARIO: il Medico Funzionario verifica i requisiti clinici e normativi (circolari regionali) a seguito dei quali rilascia idonea autorizzazione al trasporto sulla stessa impegnativa del medico richiedente	Medico Funzionario Distrettuale	
	PUBBLICHE ASSISTENZE: le PP.AA. Ricevono dall'utente l'impegnativa debitamente autorizzata e procede al traposto sanitario,		
	Le Pubbliche assistenze successivamente inviano fattura di rimborso al servizio di competenza ASL		

Allegato 7 "B"

MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI		VARIAZIONE ALLA PROCEDURA A SEGUITO EMERGENZA COVID (disposizione Regione Liguria del maggio 2020)
	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	
<p>Edico</p> <p>1) Il Medico [redacted] ca la PPAA dove rivolgersi per richiedere il trasporto sanitario</p> <p>2) Il Medico funzionario effettua una valutazione inappropriata dei requisiti richiesti al rilascio della autorizzazione al trasporto</p>	Ufficio Medico funzionario	eccessiva discrezionalità e mancanza rotazione del personale per carenza organico	<p>1) l'Utente si reca direttamente alla PP.AA. di propria scelta con l'impegnativa redatta dal medico del SSN.</p> <p>2) Non viene svolta la fase autorizzativa da parte del medico Funzionario del Distretto.</p> <p>3) La PP.AA. Invierà l'impegnativa del medico SSN con dichiarazione di trasporto effettuato al Dipartimento Cure Primarie per il relativo rimborso</p>
non di competenza	Dipartimento Cure Primarie	non di competenza	non di competenza
Dipartimento Cure Primarie			

PROCESSO	FASI/AZIONI	Struttura responsabile/ competente della implementazione	EVENTO (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI	
					PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI
<p>In Rosso le fasi Covid 19</p> <p>Incasso e gestione del denaro derivante dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli Utenti afferenti agli sportelli CUP ,relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, D.M. 22/7/1996, D.P.C.M. 29/11/2001.</p> <p>L'emergenza Covid 19 ha portato inevitabilmente a chiusure e/o variazioni sull'attività di sportello front Office nei DSS. Nello specifico del procedimento in essere, dal 24/7/2020 l'Azienda ha riaperto progressivamente gli sportelli CUP mentre prima è stata data priorità alle altre modalità di pagamento (vedi Fasi Azioni)</p>	<p>1a) UTENTE: si reca allo sportello CUP per effettuare il pagamento ticket. <i>(fase sospesa e progressivamente riattivata a partire dal 24/7/2020, con accessi contingentati e adozione delle misure antiCovid in vigore)</i></p>	Operatori CUP Distrettuali	Mancato introito economico aziendale, a beneficio dell'Operatore o di Terzi.	L'Operatore appone sulla richiesta una falsa esenzione dal ticket. N.B. tale evenienza è ormai rara a seguito avvento dematerializzata	Sportello CUP	Monopolio di competenze con mancata rotazione del Personale. Mancanza di controlli. Inadeguata diffusione della cultura della legalità e scarsa diffusione del Codice di Comportamento Aziendale.
	<p>1b)Al fine di arginare l'epidemia, è stata data priorità ad altre modalità di pagamento , esclusive nella fase di lockdown:Totem Multifunzione Punto Facile ASL3,Uffici Postali, Agenzie Bancarie Carige, Portale Regionale ticketWeb, Farmacie Territoriali aderenti al progetto CUP. Tali modalità di pagamento, riducono teoricamente il rischio di manomissione del processo.</p>	Soggetti esterni				
	<p>2) OPERATORE : ritira il denaro consegnato dall'Utente.</p>	Operatori CUP Distrettuali		L'Operatore intasca in parte o in tutto la quota ticket , indicandola sul registro come ammanco	Sportello CUP	Monopolio di competenze con mancata rotazione del Personale. Mancanza di controlli. Inadeguata diffusione della cultura della legalità e scarsa diffusione del Codice di Comportamento Aziendale. Inadeguatezza sistema informatico
	<p>3) OPERATORE : a fine servizio CUP, provvede alla chiusura dell'incasso giornaliero ed alla registrazione informatica.</p>	Operatori CUP Distrettuali		Indicazione storni inesistenti o quantaltro utile alla manomissione dei dati.	Back office	Monopolio di competenze con mancata rotazione del Personale. Mancanza di controlli. Inadeguata diffusione della cultura della legalità e scarsa diffusione del Codice di Comportamento Aziendale. Inadeguatezza sistema informatico
	<p>4) OPERATORE : consegna incasso alla Ditta incaricata per il deposito in Banca.</p>	Operatori CUP Distrettuali	Falsificazione contenuto busta	Back office	Monopolio di competenze con mancata rotazione del Personale. Mancanza di controlli. Inadeguata diffusione della cultura della legalità e scarsa diffusione del Codice di Comportamento Aziendale.	

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO																	
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI- CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA												
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori								
Cure Primarie/Attività distrettuali	Distretti 14/15/16	LISTE D'ATTESA (Gestione Priorità)	1	Ricezione mail con file allegato per priorità inevasa	Distretto	Indisponibilità della prestazione nei termini indicati dal codice priorità	Cancellazione mail	ufficio	condizioni individuali	BASSO	1 e 2	Interesse personale, favorire un utente a scapito di altri	EMAIL NON PERSONALE MA GESTITA DALL'INTERO SERVIZIO	Applicazione informatica a livello Regionale													
			2	Predisposizione excell cronologico	Distretto		mancato errato inserimento	ufficio	condizioni individuali	BASSO																	
			3	Trasmissione Richiesta Reparti	Distretto			ufficio																			
			Cure Primarie/Attività distrettuali	Distretti 14/15/16	ANAGRAFE SANITARIA (Scelta/ Revoca MMG-PLS)			L'utente di persona o tramite mail provvede alla scelta/ revoca del medico	Distretto	Manipolazione della scelta o revoca di MMG/PLS rispetto a quanto richiesto inizialmente dallo stesso.					Richiedere all'utente di inserire un medico diverso rispetto a quello scelto inizialmente	ufficio anagrafe sanitaria	condizioni individuali	MEDIO		Interesse personale, favorire un medico a scapito di altri	EMAIL NON PERSONALE MA GESTITA DALL'INTERO SERVIZIO / UTENTE FIRMA RICEVUTA CON MEDICO INSERITO	Applicazione informatica a livello Regionale con identificazione ID dell'operatore. Spid per autenticazione su FSE					
								L'operatore inserisce richiesta all'interno di Anagrafe Web in base alle disponibilità	Distretto						Inserimento di medico diverso	ufficio anagrafe sanitaria	condizioni individuali	MEDIO									
	Rilascio del libretto sanitario all'utente	Distretto					ufficio anagrafe sanitaria																				
Cure Primarie/Attività distrettuali	Distretti 14/15/16	Autorizzazione trasporti ordinari		L'utente presenta richiesta del proprio MMG agli uffici predisposti	Distretto	Autorizzazione / non autorizzazione di trasporti a favore/ sfavore di utente/medico specifico		Sportello integrato	condizioni individuali	BASSO		Interesse personale	EMAIL NON PERSONALE MA DEL SERVIZIO/PERCORSO FRAMMENTATO - IN CAPO A PIU' FIGURE	Inserimento richieste su Portale del dipendente / verifica della pratica attraverso diversi passaggi / non solo un medico autorizza i trasporti.													
				L'operatore controlla se l'utente è residente in nostra ASL e il tipo di richiesta.	Distretto		L'operatore dichiara che l'utente è un avente diritto pur non essendo nostro residente (dichiara il falso)	Sportello integrato	condizioni individuali	BASSO																	
				Il medico di distretto valutato lo stato dell'utente autorizza il trasporto	Distretto		Il medico autorizza trasporto per utente non avente diritto	Ufficio medico dei servizi/ Ufficio dirigente medico	condizioni individuali	BASSO																	
				L'operatore allo sportello inserisce la pratica sul portale del dipende.	Distretto			Sportello integrato	condizioni individuali																		

Mappatura ATTIVITA' / FASI/AZIONI		SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO													
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile / competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTE: CONDIZIONI INDIVIDUALI ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	VERIFICA CORRISPONDENZA PAGAMENTI	1	PRENOTAZIONI	call center LP/Medici intramoeniis/operatori strutture private non com_te	INSERIMENTO DATI ERRATI	ANNULLAMENTO PRENOTAZIONE CON VISITA EROGATA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE	DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE STRUTTURE PRIVATE ED ERRORI DI INSERIMENTO DATI	MEDIA	PRENOTAZIONE	ERRORI INSERIMENTO DATI DA PARTE DEGLI ESECUTORI CONVIVITI NELLE PRENOTAZIONI	TRACCIABILITA' INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPH AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA					
			2	PAGAMENTO VISITA	SPORTELLO ALPH/TOTEM/PAGOPA/POS	MODALITA' PAGAMENTI ERRATI	ANNULLARE PAGAMENTO E NON REINSERIRE SU SISTEMA OASIS LA PRESTAZIONE CORRETTA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE/DOMICILIARI	DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE STRUTTURE PRIVATE ED ERRORI INFORMATICI	MEDIA	ANNULLAMENTO PAGAMENTO	SCARSITA' DI CONTROLLI SPETTIVI AZIENDALI PRESSO LE STRUTTURE PRIVATE	TRACCIABILITA' INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPH AMBULATORIALE DIAGNOSTICO	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO					
			3	ESECUZIONE VISITA	dirigenti medici intramoeniis	PRESTAZIONE PRENOTATA DA CALL CENTER E MODIFICATA DAL PROFESSIONISTA PERCHE' NON RITENUTA CONGRUENTE CON I MOTIVI DI SALUTE DEL	MODIFICA PRESTAZIONE SANITARIA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE	DISCREZIONALITA' DEL DIRIGENTE MEDICO INTRAMOENISTA	MEDIA	ERRATA PRENOTAZIONE	DISCREZIONALITA' PROFESSIONISTA	TRACCIABILITA' INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPH AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA					
			4	REGISTRAZIONE RICEVUTA	dirigenti medici intramoeniis/operatori strutture private non accreditate	MANCATA REGISTRAZIONE DA PARTE DEL PROFESSIONISTA DELL'EROGAZIONE PRESTAZIONE	ANNULLAMENTO RICEVUTA MOTIVATA DA MANCATO ACCESSO DELL'UTENTE	DIRIGENTI MEDICI INTRAMOENISTI AUTORIZZATI IN AMBITO AZIENDALE	MANCATO ACCESSO DELL'UTENTE	MEDIA	MANCATO PAGAMENTO	DISCREZIONALITA' PROFESSIONISTA	TRACCIABILITA' INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPH AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA					
		GESTIONE INTROITI E PROVENTI		GESTIONE INTROITI DI COMPETENZA SC BILANCIO E PROVENTI DI COMPETENZA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE, la SC DIT mensilmente effettua la chiusura mensile della LP e l'ufficio Libera Professione collabora per															

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
Controllo contabile su tutte le ricette presentate nelle Farmacie convenzionate con ASL 4	Farmacie consegnano le ricette con distinta contabile alla S.C. Assistenza farmaceutica territoriale. A decorrere da aprile 2020, a seguito dell'emergenza COVID 19, le farmacia consegnano anche i fogli di registro dove vengono applicati i fustelli dei prescritti con ricetta dematerializzata	S.C. Farmaceutica Territoriale		Nessun rischio. Nel caso la farmacia non consegna la distinta, non verrà pagata. Nel caso dei fogli registro potrebbero esservi fustelli non correlati ad alcuna prescrizione.	esterno	Fattore esterno individuale del farmacista erogante titolare/direttore della farmacia convenzionata	la ditta del Data Entry elabora le ricette virtuali corrispondenti ai fustelli dei fogli Registro.	misura informatica esterna	Attuazione da Maggio 2020	Vista emergenza COVID si è proceduto con accordi formali	Tabulati esplicativi	Dott.ssa Simona Peri
	La ditta di Data entry annulla i fustelli nei locali della S.C. Farmaceutica Territoriale , scansiona tutte le ricette, elabora tabulati con i dati contabili, desunti dalle ricette, che stampano e trasmettono alla S.C. Scrivente	Ditta di data entry		Accrediti/ad debiti scorretti alle Farmacie convenzionate con ASL4	Lettura, effettuata non nella sede della S.C Farmaceutica territoriale ma nei locali della Ditta , non corretta dei fustelli ed elaborazione dei tabulati contabili non corretti	esterno	Comportamento orientato	effettuazione di un corretto e attento controllo contabile da parte degli amministrativi della S.C.	utilizzo del portale SOGEI e altre banche dati a disposizione	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Tabulati esplicativi
	Sceita da parte del Direttore del servizio di personale Amministrativo per lo svolgimento del controllo contabile	S.C. Farmaceutica Territoriale		Mancata valutazione di assenza di conflitto di interesse da parte del direttore della S.C. Scrivente nella scelta del personale e mancata rotazione del personale amministrativo addetto al processo in oggetto	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
Controllo contabile su tutte le ricette presentate nelle Farmacie convenzionate con ASL 4	Valutazione dei tabulati contabili forniti dalla Società di Data Entry per singola farmacia	S.C. Farmaceutica Territoriale		Mancata segnalazione al Direttore del servizio di inadempimenti da parte della ditta di Data entry: tardiva consegna dei tabulati contabili, mancata evidenziazione di errori contabili a favore di alcune farmacie	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri
	Individuazione addebiti/accrediti	S.C. Farmaceutica Territoriale		Errata valutazione dei tabulati contabili da parte del personale amministrativo della S.C. Scrivente	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Controlli periodici del direttore SC	Dott.ssa Simona Peri
	Invio alle singole farmacie delle valutazioni contabili	S.C. Farmaceutica Territoriale		Effettuazione dei soli accrediti alle farmacie convenzionate omettendo gli addebiti	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	controllo del direttore della S.C. Scrivente sul numero di accrediti soprattutto e addebiti alle singole farmacie	Tabulato excel riepilogativo mensile di accredito/ addebito	in via di attuazione	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri
Ispezione alle farmacie	Scelta della farmacia da ispezionare (partendo da quelle che da più tempo non sono state sottoposte a controlli)	S.C. Farmaceutica Territoriale		Il Direttore individua alcune Farmacie a scapito di altre o senza seguire un ordine cronologico	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Rispetto della tempistica biennale di ispezione come da art.127/ TULS	Tabulato excel con cronologia ispezioni per singola farmacia	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica delle date delle ispezioni dal tabulato excel condiviso	Farmacisti presenti nella Delibera
	Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL3	S.C. Farmaceutica Territoriale		Il Direttore sceglie sempre lo stesso farmacista tra quelli individuati in Delibera ASL3, dove già si è esclusa la presenza di conflitto di interesse anche potenziale con le farmacie convenzionate.	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Farmacista designato dall'Ordine dei farmacisti e di un Collaboratore identificato dall'Amministrazione Aziendale per ogni distretto della ASL	S.C. Farmaceutica Territoriale	Elusione nei controlli nei confronti di una Farmacia	il Farmacista scelto dal Direttore coordina l'ispezione scegliendo sempre il medesimo Farmacista individuato dall'Ordine dei farmacisti di Genova ed analogamente il collaboratore amministrativo. Quest'ultimo viene scelto dal Distretto di appartenenza della farmacia che verrà ispezionata.	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Farmacista individuato dall'Ordine non appartenente allo stesso Distretto della farmacia da ispezionare.	verifica del Distretto di appartenenza della farmacia da ispezionare.	Attuazione da Gennaio 2019	da Gennaio 2019	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
Ispezione alle farmacie	Svolgimento dell'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale		La commissione nello svolgimento dell'ispezione ha un atteggiamento estremamente conciliante nei riguardi della Farmacia ispezionata.	esterno	Mancata trasparenza /Eccessiva discrezionalità/Scarsa parametrizzazione	Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
	Esito dell'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale		La commissione non procede nell'applicare sanzioni amministrative a seguito di eventuali illeciti riscontrati.	esterno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	rotazione dei componenti della commissione di vigilanza presenti in Delibera	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ASL,del farmacista dell'Ordine e del collaboratore amministrativo.	in fase di attuazione la registrazione del nominativo del Farmacista dell'ordine che compone la Commissione	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
	Individuazione da parte del Direttore del servizio di un Farmacista che valuti le schede Medico prodotte dalla ditta esterna per i MMG/PLS.	S.C. Farmaceutica Territoriale		Il Direttore individua un soggetto senza valutare eventuali conflitti di interesse ed omette la rotazione del personale Farmacista addetto a tale compito	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	rotazione del personale farmacista	verifica assenza conflitto di interesse	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Apposizione delle firme per la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	Dott.ssa Simona Peri

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996).	Il Farmacista individuato provvede all'analisi dei tabulati prodotti dalla Ditta che effettua il Data entry	S.C. Farmaceutica Territoriale	Controllo prescrizioni MMG (medici di medicina generale) e PLS (pediatri di libera scelta) e specialisti ospedalieri e ambulatoriali.	Mancata segnalazione di errori sui tabulati dei singoli Medici da parte della ditta che effettua il Data Entry	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	effettuazione di un corretto e attento controllo tecnico da parte dei farmacisti della S.C.	utilizzo programma informatico con possibilità' di esaminare tutte le prescrizioni.	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei dati di prescrizione su programma informatico AQPF	Dott.ssa Simona Peri
	Scelta dei Medici da controllare	S.C. Farmaceutica Territoriale		Il Farmacista omette di controllare un medico a seguito di conflitto di interesse	interno	Mancata trasparenza /Eccessiva discrezionalità	rotazione del personale farmacista	verifica assenza conflitto di interesse	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Apposizione delle firme per la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	Dott.ssa Simona Peri
Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996).	Svolgimento dell'analisi delle prescrizioni	S.C. Farmaceutica Territoriale		Controllo superficiale e poco puntuale delle prescrizioni	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Scarsa parametrizzazione	il Direttore valuta il know-how del farmacista esaminatore	Il direttore valuta la qualità' della segnalazione del farmacista controllante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Valutazione a campione delle relazione da parte del direttore SC	Dott.ssa Simona Peri
	Convocazione del Medico con il Direttore del distretto di appartenenza del prescrittore	S.C. Farmaceutica Territoriale		Convocazione orientata alla superficialità e alla massima tolleranza	esterno	Monopolio competenze/ Eccessiva discrezionalità	il farmacista pretende maggior correttezza nella valutazione dei dati presentati.	tabulati delle prescrizioni puntuali e incontestabili	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica comportamento prescrittivo del medico sui tabulati nel periodo successivo alla convocazione	Dott.ssa Simona Peri
	Redazione verbale della convocazione	S.C. Farmaceutica Territoriale		Compilazione orientata del verbale alla massima tolleranza	esterno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	rotazione del personale farmacista	verifica assenza conflitto di interesse	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Mancata apposizione della firma sul verbale	Dott.ssa Simona Peri

PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
				MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali)	Scelta del deposito da ispezionare	S.C. Farmaceutica Territoriale	Ispezione nei locali del Grossista insieme ad un Medico della S.C. Igiene e sanità pubblica della ASL 4	Mancata individuazione di criteri definiti nella scelta del deposito da ispezionare	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Criterio temporale in base all'ultima vigilanza	File excel riassuntivo.	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica delle date delle ispezioni dal tabulato excel condiviso	Farmacisti presenti nella Delibera
	Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera aziendale	S.C. Farmaceutica Territoriale		Il Direttore sceglie sempre lo stesso farmacista tra quelli individuati in Delibera ASL3, dove già si è esclusa la presenza di conflitto di interesse anche potenziale con il grossista	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali)	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento del Servizio Igiene	S.C. Farmaceutica Territoriale/ S.C. Igiene	Ispezione nei locali del Grossista insieme ad un Medico della S.C. Igiene e sanità pubblica della ASL 4	Scelta orientata per l'ispettore dell'Igiene	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Interpellare direttamente il direttore della S.C. Igiene Pubblica	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del Medico Igienista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi del Farmacista e dell'ispettore SC Igiene e sanità pubblica tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
	Svolgimento dell'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale		La commissione nello svolgimento dell'ispezione ha un atteggiamento estremamente conciliante nei riguardi del grossista ispezionato	esterno	Mancata trasparenza /Eccessiva discrezionalità/Scarsa parametrizzazione	Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORAMINTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
	Esito dell'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale		La commissione non procede nell'applicare sanzioni amministrative a seguito di eventuali illeciti riscontrati.	esterno		Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	rotazione dei componenti della Commissione ispettiva	Farmacisti presenti nella Delibera
Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali)	Vaglio da parte del Direttore del servizio per l'assegnazione della pratica ad un Farmacista individuato da apposita Delibera aziendale	S.C. Farmaceutica Territoriale	Ispezione nei locali della Parafarmacia	Il Direttore sceglie sempre lo stesso farmacista ed amministrativo tra quelli individuati in Delibera ASL3, dove già si è esclusa la presenza di conflitto di interesse anche potenziale con la Parafarmacia.	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	Rotazione del personale farmacista individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista ispezionante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti e del collaboratore amministrativo della Commissione tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Assistente Amministrativo individuato da apposita delibera	S.C. Farmaceutica Territoriale		Scelta orientata nei riguardi dell'Amministrativo da individuare	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Rotazione del personale amministrativo individuato da Delibera ASL	Registrazione su programma informatico dedicato del nome dell'amministrativo con funzioni di segretario	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica del nominativo del collaboratore amministrativo della Commissione tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera
	Svolgimento dell'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale		La commissione nello svolgimento dell'ispezione ha un atteggiamento estremamente conciliante nei riguardi della Parafarmacia ispezionata.	interno	Mancata trasparenza /Eccessiva discrezionalità/Scarsa parametrizzazione	rotazione del personale della Commissione	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista e dell'amministrativo	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti e del collaboratore amministrativo della Commissione tramite Farmat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESP.le
Vigilanza sui grossisti (depositi di medicinali)	Esito	S.C. Farmaceutica Territoriale	Ispezione nei locali della Parafarmacia	La commissione non procede nell'applicare sanzioni amministrative a seguito di eventuali illeciti riscontrati.	interno	Mancata trasparenza	rotazione del personale della Commissione	Registrazione su programma informatico dedicato del nome del farmacista e dell'amministrativo	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti e del collaboratore amministrativo della Commissione tramite Farnat-Web	Farmacisti presenti nella Delibera

ANALISI DEL LIVELLO DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

PROCESSO	PROBABILITA'										IMPATTO					LIVELLO DEL RISCHIO
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Giudizio probabilità	I1	I2	I3	I4	Giudizio Impatto	
PROCESSO 1(Pianificazione vigilanza)	MEDIO	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO
PROCESSO 2 (Attività di vigilanza e sanzioni)	MEDIO	MEDIO	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO
PROCESSO 3 (Notifiche art 6 Reg CE 852/04 e certificazioni)	MEDIO	MEDIO	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO
PROCESSO 4 (Concessioni e pareri acqua potabile)	MEDIO	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO
PROCESSO 5 (Certificazioni export)	MEDIO	MEDIO	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO

1mo CRITERIO "MODA": VALORE PIU' FREQUENTE

PROCESSO	PROBABILITA'										IMPATTO					LIVELLO DEL RISCHIO
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Giudizio probabilità	I1	I2	I3	I4	Giudizio Impatto	
PROCESSO 1	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	
PROCESSO 2	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	ALTO		ALTO						
PROCESSO 3																

2ndo CRITERIO "PRUDENZIALE": IN CASO STESSA FREQUENZA SI SCEGLIE IL VALORE PIU' ALTO (INVECE DI SCEGLIERE IL VALORE DI MEZZO)

PROCESSO	PROBABILITA'									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Giudizio probabilità
PROCESSO 1	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	ALTO
PROCESSO 2										
PROCESSO 3										

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO																			
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA													
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori									
prevenzione	struttura complessa igiene alimenti e nutrizione	pianificazione attivita' di vigilanza	1	All'inizio dell'anno su indicazione del PRISA e in base all'analisi del rischio vengono pianificate le attività di vigilanza che comprendono la verifica presso gli operatori del settore alimentare del rispetto della normativa cogente nell'ambito della sicurezza alimentare	direttore SC Ian	Non individuazione nella pianificazione di aziende da sottoporre a controllo	Non individuazione delle aziende conosciute e/o con cui si hanno legami	Controllo Ufficiale aziende da sottoporre al Controllo Ufficiale	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione	MEDIO	Pianificazione	Scarsa Trasparenza Esercizio prolungato ed esclusivo da parte di pochi	Comunicazione conflitto d'interessi; Indicazione Regionali e del PDI con indicate le tempistiche per i controlli presso le aziende; Audit Regionali vs ACT	Individuazione di altri responsabili nella pianificazione in modo che l'esercizio sia condiviso da più persone	individuazione di altri responsabili	costituzione di pool di persone responsabili del progetto di pianificazione	3 anni	Direzione SC	Aumento dei dirigenti e individuazione del Coordinatore									
			2	suddivisione dei compiti ai tecnici della prevenzione per realizzazione interventi pianificati	coordinatore SC IAN																							

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO																			
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA													
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori									
prevenzione	struttura complessa igiene alimenti e nutrizione	attività di vigilanza e sanzioni	1	L'attività svolta da personale della SC durante il Controllo ufficiale presso gli OSA, propedeutica alla verifica del rispetto dei requisiti normativi e cogenti prevista norme Nazionali o Comunitarie	Tecnico della Prevenzione / Dirigenti SC	Non individuazione durante le verifiche presso aziende da sottoporre a controllo di non conformità e/o sanzioni	Non individuazione presso le aziende conosciute e/o con cui si hanno legami delle non conformità	Controllo Ufficiale aziende sottoposte al Controllo	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili del Controllo	MEDIO	fase di controllo presso gli OSA	Scarsa Trasparenza Esercizio prolungato ed esclusivo da parte di pochi ; Rotazione personale	Comunicazione conflitto d'interessi; Indicazione Regionali e del PDI con indicate le tempistiche per i controlli presso le aziende; Audit Regionali vs ACT; Supervisione da parte dei Dirigenti al personale della Struttura	Implementazione della supervisione; sia quella in tempo reale che quella a posteriori con controlli degli atti da parte dei responsabili	individuazione di altri responsabili	costituzione di pool di persone responsabili del progetto di pianificazione	3 anni	Direzione SC - SC Gestione risorse Umane	Aumento dei dirigenti e individuazione del Coordinatore									
			2	Applicazione di quanto indicato dall'art. 138 del Reg UE 2017/625 quali prescrizioni, diffide o sanzioni	Tecnico della Prevenzione /Dirigenti SC		omessa comunicazione delle prescrizioni per successivi atti alla direzione della SC	Controllo Ufficiale aziende sottoposte al Controllo	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili del controllo - Inadeguatezza da parte del personale o assenza di competenza del personale addetto ai processi -	MEDIO					Implementazione degli atti di supervisione	incremento delle verifiche sugli atti redatti dagli ispettori	3 anni	Direzione SC	incremento della percentuale degli atti di supervisione									
							omessa comunicazione dell'applicazione di sanzioni amministrative	Controllo Ufficiale aziende sottoposte al Controllo	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione - Inadeguatezza da parte del personale o assenza di competenza del personale addetto ai processi - eccessiva regolamentazione , complessità e chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO					Formazione del personale	efficacia del CU	1 anno	Direzione SC	realizzazione corsi di formazione									

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA								
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori				
prevenzione	struttura complessa igiene alimenti e nutrizione	NOTIFICHE AI SENSI ART. 6 REG CE 852	1	L'attività è svolta da personale della SC che verifica al momento del ricevimento della pratica da parte dei SUAP Comunali la rispondenza documentale e accerta con l'istruttoria tecnico- amministrativa la rispondenza ai requisiti per la parte di competenza della SC	Tecnico della Prevenzione / Dirigenti SC		Non individuazione delle non conformità nella documentazione	Documentazione presentata per Notifica ai fini dell'art. 6 del Reg CE 852/04	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione; Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO					individuazione di altri responsabili	costituzione di pool di persone responsabili del progetto diverifica	3 anni	Direzione SC - SC	Aumento del personale preposto al controllo della documentazione				
			2												Formazione del personale	efficacia del CU	1 anno	Direzione SC	realizzazione corsi di fromazione				
								Omessa individuazione attraverso l'analisi documentale dei requisiti previsti					durante esame della documentazione	Scarsa Trasparenza Esercizio prolungato ed esclusivo da parte di pochi	Comunicazione conflitto d'interessi; Indicazione Regionali e Nazionale e Comunitarie sui requisiti specifici ; Audit Regionali vs ACT; Supervisione da parte dei Dirigenti al personale della Struttura	Rotazione del personale							

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA									
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori					
prevenzione	struttura complessa igiene alimenti e nutrizione	NOTIFICHE AI SENSI ART. 6 REG CE 852	1	L'attività è svolta da personale della SC che verifica al momento del ricevimento della pratica da parte dei soggetti richiedenti la rispondenza documentale e accerta con l'istruttoria tecnico-amministrativa la rispondenza ai requisiti per la parte di competenza della SC	Tecnico della Prevenzione / Dirigenti SC		Non individuazione delle non conformità nella documentazione	Documentazione presentata per rinnovo o rilascio di nuova concessione	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione; Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO					individuazione di altri responsabili	costituzione di pool di persone responsabili del progetto concessorio	3 anni	Direzione SC - SC	Aumento del personale preposto al controllo del processo sia nella fase documentale che di verifica					
			2	Sopralluogo e campionamento	Tecnico della Prevenzione / Dirigenti SC		Omessa individuazione attraverso l'analisi documentale dei requisiti previsti Non segnalazione della mancanza dei requisiti chimico - fisici dell'acqua campionata ; Non applicazione della normativa vigente	rapporti di prova ed errato campionamento	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione; Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO		durante esame della documentazione ; Durante la fase di validazione dei risultati preventivi per parametri chimico - fisici; durante sopralluogo al punto di prelievo e all'area circostante	Scarsa Trasparenza Esercizio prolungato ed esclusivo da parte di pochi ; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	Comunicazione conflitto d'interessi; Indicazione Regionali e Nazionali e Comunitarie sui requisiti specifici ;	Rotazione del personale	Formazione del personale	efficacia del CU	1 anno	Direzione SC	realizzazione corsi di formazione				

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO															
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA									
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori					
prevenzione	struttura complessa igiene alimenti e nutrizione	certificazioni export	1	L'attività è svolta da personale della SC che verifica al momento del ricevimento della pratica da parte dei soggetti richiedenti la rispondenza documentale	amministrativi /dirigenti sanitari della SC		Non individuazione delle non conformità nella documentazione	Documentazione presentata richiesta certificazione export	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione; Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO					individuazione di altri responsabili	costituzione di pool di persone responsabili del progetto concessorio	3 anni	Direzione SC - SC	Aumento del personale preposto al controllo del processo sia nella fase documentale che di verifica					
			2	Sopralluogo e accerta attraverso la verifica sul campo della rispondenza a quanto dichiarato	Tecnico della Prevenzione / Dirigenti SC		Non individuazione delle difformità tra documentazione e quanto accertato in fase di sopralluogo	fase di verifica presso il richiedente per accertare la congruenza tra quanto indicato nella richiesta e quanto disponibile per la spedizione	Mancata comunicazione di eventuali conflitti di interesse da parte dei responsabili della pianificazione; Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	MEDIO					durante esame della documentazione ; Durante la fase di sopralluogo presso il richiedente per accertare conformità della spedizione a quanto indicato nella richiesta di certificato	Formazione del personale	efficacia del CU	1 anno	Direzione SC	realizzazione corsi di formazione				
																Rotazione del personale								

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI		SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)								TRATTAMENTO DEL RISCHIO												
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA							
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori			
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Programmazione	1	PNI PRISA PNR AMR UVAC Direttive aziendali Ad Hoc	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento dell'anagrafe degli operatori, mancato aggiornamento del database delle attività)	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole	BASSO	Stesura dei piani di lavoro	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazioni preventive di assenza di conflitto di interesse -Redazione dettagliata e congiunta di programmazione dell'attività e procedure operative	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio								
			2	Analisi e valutazione dei dati disponibili per la stesura dei piani di lavoro																		
			3	Predisposizione Piano Dipartimentale Integrato																		
		Attività di Controllo Ufficiale (Ispezioni / Campionamento/Audit) su Operatori del Settore Alimentare che trattano alimenti di origine animale	1	Assegnazione pratica	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse; mancata rotazione del personale.	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche	Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.	MEDIO	Sopralluogo -Accesso in azienda-Ispezione-Verifica	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento - Programmazione dettagliata dei Controlli Ufficiali- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse - Procedure operative- Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Rotazione triennale degli incarichi- Supervisione documentale e sul campo	Premesso che le misure esistenti indicate al punto precedente sono in grado di ridurre significativamente il rischio si ritiene opportuno revisionare la Procedura di Gestione delle non conformità rilevate durante il Controllo Ufficiale presso gli OSA (Rev 1 del 19/10/2021) dettagliando meglio la casistica.	Costituzione Gruppo di lavoro con personale Medico Veterinario e Tecnici della Prevenzione Analisi del contesto	Implementazione del livello di trasparenza; maggiore uniformità dell'esito del C.U. e conseguente minor grado di discrezionalità nella gestione dei provvedimenti conseguenti al C. U.	30.06.2022	Direttore Struttura Complessa	Emissione della Procedura di Gestione delle non conformità rilevate durante il Controllo Ufficiale presso gli OSA (Rev 2)		
			2	Esecuzione controllo e relazione di controllo ufficiale																	Predisposizione bozza dei documenti	Approvazione della Procedura Diffusione documento Pubblicazione su cartella condivisa del Portale del Dipendente
			3	Provvedimenti conseguenti Art. 138 e 139 Reg. (UE) 2017/625																		
		Attività sanitaria / tecnica (rilascio di Riconoscimenti CE, Pareri igienico sanitari, Certificazioni per l'export, Rateizzazioni, Proroghe, Esposti, Dissequestri)	1	Nicevimento richiesta da parte dell' OSA, Cittadini, Istituzioni.	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Protocollo in tempi non congrui	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole	Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche	MEDIO	Sopralluogo -Accesso in azienda-Ispezione-Verifica- Predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse -Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Supervisione documentale e sul campo- Registro Monitoraggio tempi procedurali con verifica dei tempi di chiusura del singolo processo	Premesso che le misure esistenti indicate al punto precedente sono in grado di ridurre significativamente il rischio si ritiene opportuno una revisione della sezione dedicata alla S. C.I.A.O.A. del sito internet della ASL4 fornendo maggiori informazioni e dettagli ai cittadini.	Costituzione Gruppo di lavoro - Predisposizione bozza dei documenti- Pubblicazione sul sito	Implementazione del livello di trasparenza; Maggiore uniformità e conseguente minor grado di discrezionalità nella gestione dei conseguenti atti.	30.09.2022	Direttore Struttura Complessa	Aggiornamento del sito internet- sezione dedicata Numero di eventi avversi e/o segnalazioni relativi al settore considerato.		
			2	Assegnazione pratica																	Verifica errone o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive/discrezionali;	Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.
			3	Sopralluogo per erogare attività specialistica in area veterinaria e Relazione di Controllo Ufficiale																		
			4	Predisposizione Atti- Pareri igienico sanitari - Certificazioni																		

Nome: Mauro		Cognome: FERRARI BRAVO		Ufficio: SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA																					
Mappatura ATTIVITA'/AZIONI						SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO													
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	N. Processo	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecuzione fase (Stipulata - suggerito responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE): la fase del processo è tracciata all'interno di un'area di competenza di un'area amministrativa?	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON CORTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA									
																Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1	Consigli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni Autorizzazioni e Pareri: attività produttive Basiliche, uffici, emisioni scatole idrici esterie, accostatori, tubatori, canceri autovar. alberghiere piscine finanziarie aule scolastiche Presidi sanitari, medicamentari, sociali trasporti emergenza urgenza Igiene edilizia	1,1	Arrivo ISTANZA. Via PEC trasmessa dal personale del protocollo generale ovvero il personale di segreteria della SC ISP verifica la priorità della posta in arrivo e protocolla in entrata	Segreteria amministrativa	Distorso assegnazione pratiche	S.C. affari generali e legali - settore Protocollo	assenza di criteri preordinati carenza personale																
				1,2	Valutazione e assegnazione ISTANZA e richieste Eventuali pagamenti	Resp.Procedimento	Registrazione su OASIS pratiche assegnate	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	Procedura informatica tecnica non adeguata																
				1,3	Assegnazione Sopraluogo al capotecnico/responsabile del procedimento assegna la pratica ai TDP	Coord TDP	Procedimento contratto in OASIS. Rimarcabilità. Nella fase pratica senza monitoraggio dei tempi procedurali. Rischio di concedere o negare autorizzazioni con inadempienze del responsabile, rilevando un rischio particolare	capotecnico/responsabile del procedimento assegna la pratica idoneo agli stessi soggetti	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	escessive discrezionalità, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di trasparenza, mancanza rotazione															
				1,4	Esecuzione sopraluogo da parte del TDP	TDP	Rischio di eccessiva discrezionalità o errore per mancanza di confronto sopraluogo effettuato da un unico operatore	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	carenza di personale/ mancata rotazione/ monopolio competenza																
				1,5	Completazione Verbale Sopraluogo	TDP	Rischio alterazione del verbale per favorire o meno la concessione di una autorizzazione	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	mancanza di trasparenza, mancanza di controlli ex post																
				1,6	Redazione PARERE	Responsabile Procedimento	Il Responsabile di Procedimento non tiene alert su sfaramento tempi procedurali	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	Procedura informatica tecnica non adeguata per rilevare sfaramento tempi																
				1,7	Invio parere via PEC	Segreteria amministrativa			SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI																
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	2	Consigli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni Vigilanza: Presidi sanitari, medicamentari, sociali finanziari trasporti emergenza urgenza piscine parrocchiali, cimiteri e tassarati	2,1	Stesura Piano di vigilanza	Resp. Procedimento	assegnazione priorità	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	carenza criteri pre_ordinati carenza personale																
				2,2	assegnazione Piano Vigilanza	Coordinatore TDP/Responsabile del procedimento	Il capotecnico assegna la pratica ai TDP	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	mancanza trasparenza mancanza procedura tecnica informatica																
				2,3	Esecuzione sopraluogo e stesura verbale	TDP	Prolungamento tempi. Suggestività verso alcuni piano di vigilanza	SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI	sopraluogo effettuato da un unico operatore/ mancanza di rotazione sul personale																
				2,4	Redazione PARERE	Resp. Procedimento		SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI																	
				2,5	Invio Parere via PEC	segreteria amministrativa			SC Igene e sanità Pubblica Corso Dante 163 - CHIAVARI																
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	3	Consigli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni Segnalazioni telefoniche, Esposti ambientali legittimo antitumor suolo abitativo Trasporti Emergenza Urgenza	3,1	Arno DIVERSIFICATO SEGNALAZIONE/ESPOSTO (telefono, e_mail, note scritte)	tutti gli operatori	ufficializzazione segnalazioni telefoniche	S.C. affari generali e legali - settore Protocollo	assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale																
				3,2	Valutazione e assegnazione ESPOSTO	Resp.Procedimento	protocollozione su OASIS delle segnalazioni	SC Igene e sanità Pubblica	assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale																
				3,3	Assegnazione Sopraluogo assegnazione verifica segnalazione	Coord TDP/Responsabile del Procedimento	difficoltà nella verifica del monitoraggio dei tempi procedurali	SC Igene e sanità Pubblica	mancanza di trasparenza;																
				3,4	Esecuzione sopraluogo e stesura verbale verifiche segnalazione e azioni conseguenti	TDP	Il TDP effettua il sopraluogo	SC Igene e sanità Pubblica	mancanza di controlli ex post a causa mancanza procedura tecnica informatica																
				3,5	Redazione PARERE risposta segnalazione	Resp.Procedimento	mancata verifica del rispetto dei tempi procedurali	SC Igene e sanità Pubblica	mancanza di trasparenza, mancanza di controlli																
				3,6	Invio Parere via PEC	Segreteria amministrativa			SC Igene e sanità Pubblica																
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	4	Emergenza COVID 19 e nosotiche malattie infettive Indagini Epidemiologiche precostituiti temporali scuole IIS Ingressi da Estero Invio del Prefettura DL 44/2021: assolvimento obblighi vaccinali personale sanitario e/o di interesse sanitario Grecia Pass	4,1	Arno DIVERSIFICATO SEGNALAZIONE (telefono, e_mail, note scritte ecc)	tutti gli operatori	mancata identificazione univoca del segnalante mancata registrazione segnalazioni telefoniche	S.C. affari generali e legali - settore Protocollo	assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale																
				4,2	Valutazione e assegnazione segnalazione telefonica	operatori formati	registrazione su piattaforma regionale POLISS dei casi positivi e contatti stretti	SC Igene e sanità Pubblica	assenza gestionale informatico segnalazioni carenza personale																
				4,3	Verifica segnalazione e azioni conseguenti	operatori formati	Pericolo telefonico/ cartaceo o mail. Ristrutturabilità segnalazione difficoltosa	SC Igene e sanità Pubblica	mancanza di omogeneità dovuta all'elevato turn over di personale a contratto																
				4,4	prestazione temporale/demofant/contatti/trasg/ prenotazione tempore su POLISS su OASIS	operatori formati	registrazione su piattaforma regionale POLISS dei casi positivi e contatti stretti/trasg/ prenotazione tempore su POLISS su OASIS	SC Igene e sanità Pubblica	mancanza di omogeneità dovuta all'elevato turn over di personale a contratto																
				4,5	Invio quarantene/isolamenti via PEC	Segreteria amministrativa			SC Igene e sanità Pubblica																
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	5	Incarichi e Nomine Partecipazione a commissioni Tavoli di lavoro con i Comuni - Regione - Comune - Prefettura	5,1	Arrivo convocazione Via mail al Dirigente Medico o TDP	Dirigente - TDP	Il Dirigente riceve personalmente l'invito al tavolo di riferimento	SC Igene e Sanità Pubblica/Regione /Prefettura /Comune/Università	mancanza di trasparenza monopolio																
				5,2	invio verbale al dirigente o TDP	Dirigente - TDP	Il Dirigente riceve personalmente la relazione o fa la relazione	SC Igene e Sanità Pubblica/Regione /Prefettura /Comune/Università	mancanza di trasparenza monopolio																

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO																									
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA																				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori																
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	SSD MEDICINA LEGALE	ATTIVITA' DI CERTIFICAZIONE	1	GESTIONE AMM PRATICA	AREA CERTIFICAZIONI E NECROSCOPIA - AREA SETTORE INVALIDI CIVILI - AREA COMMISSIONE PATENTI	RICHIESTA	TELEFONATA	LOCALI STRUTTURA	INSODDISFAZIONE - GESTIONE DEL PROCESSO DA PARTE DI UN SINGOLO INDIVIDUO - ATTEGGIAMENTO ASSISTENZIALE - RICHIESTE ESTERNE	ALTO	GESTIONE AMM. PRATICA - VISITA MEDICA E DEFINIZIONE PRATICA	INSODDISFAZIONE SIA ECONOMICA CHE PROFESSIONALE- RAPPORTI AMICALI E PARENTALI ASSECONDARE RICHIESTE ESTERNE AIUTO NEI CONFRONTI DI PERSONE SOCIALMENTE SVANTAGGIATE -	DICHIARAZIONE PREVENTIVA ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI/GESTIONE EVENTUALI SITUAZIONI DI C.I. - CONDIVISIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' DI GRUPPO - CONOSCENZA DI TUTTE LE FASI DEL PROCESSO DA PARTE DEGLI OPERATORI COINVOLTI	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI INDICATE SONO GIA' IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, SI POTREBBE PREVEDERE DI ESEGUIRE LA VISITA DOMICILIARE CON ALMENO DUE OPERATORI	CONDIVISIONE NEL GRUPPO DI LAVORO DELLA DIVERSA MODALITA' DI VISITA	IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	FINE ANNO 2022 (FINE PANDEMIA)	SSD MEDICINA LEGALE	NUMERO EVENTI AVVERSI E/O SEGNALAZIONI																
			2	VISITA	VALUTAZIONE NON CONSONA		LOCALI STRUTTURA																												
			3	ACC. SPECIALISTICO	CERTIFICATO COMPIACENTE		AMBULATORIO SPECIALISTICO																												
			4	DEFINIZIONE	GIUDIZIO NON CONSONO		LOCALI STRUTTURA																												

SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)								
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE SPECIFICHE
Attivazione smart working	Aggiornamento costante sulla normativa di riferimento	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane	Calo della produttività					
	Predisposizione/Aggiornamento del Regolamento/POLA e modello domanda/accordo	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Mappatura attività eseguibili in smart working	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane, sulla base di quanto indicato dai singoli Dipartimenti						
	Formalizzazione Regolamento/POLA con provvedimento	D.G.						
	Pubblicazione in Intranet della documentazione necessaria a presentare la domanda	Ufficio Comunicazione						
	Invio domanda da parte del dipendente al proprio responsabile	Personale richiedente lo smart working						
Attivazione smart working	Autorizzazione della domanda da parte del responsabile nel rispetto della normativa e delle misure di sicurezza	Responsabile di struttura	Calo della produttività	Autorizzare personale non adeguato	Struttura di afferenza del personale richiedente	Monopolio di competenze e assenza di meccanismi di controllo ex post	Basso	Utilizzo dei criteri indicati dal POLA
	Invio dell'autorizzazione alla competente S.C. Gestione e sviluppo risorse umane e alla S.C. S.I.A.	Responsabile di struttura						
	Ricezione e registrazione domande autorizzate pervenute	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Eventuale interfacciamento con personale per eventuali necessità informatiche	S.C. S.I.A.						
	Eventuale interfacciamento con personale per aspetti procedurali	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Invio ad INAIL aggiornamento costante dei nominativi del personale in smart working	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Configurazione dell'autorizzazione s.w. sul portale del dipendente	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Monitoraggio attività eseguita in smart working	Responsabile di struttura						
	Report risultati quantitativi e qualitativi dell'attività condotta in smart working, confrontata con la stessa attività se svolta in presenza	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane sulla base delle informazioni ricevute dai vari Dipartimenti						
	Formalizzazione degli accordi tra il Dirigente di Struttura ed il dipendente	Responsabile di struttura	Diparità di trattamento nella fruizione dello sw	Eccessiva discrezionalità del dirigente concedente	Struttura di afferenza del personale richiedente	Monopolio di potere, mancanza di trasparenza	Basso	Utilizzo dei criteri indicati dal POLA ed osservanza dell'art. 3 del D.M. 19/10/2020

STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	INDICATORI	FASE ESEGUITA?	
						SI'	NO
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento incarichi di collaborazione (CO.CO.CO, CO.LI.PRO, collaboratori con partita IVA) a seguito della normativa Covid (percorso nazionale)	1)	Comunicazione ufficiale della Direzione Strategica (DS/DSA/DA a seconda della tipologia di personale) all'indirizzo della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane con cui si manifesta l'esigenza di personale individuando il fabbisogno e il tipo di contratto (CO.LI.PRO o CO.CO.CO)	Direzione Strategica	Nota protocollata o mail della Direzione	SI'	NO
		2a)	Contattare Alisa per verificare se tra i bandi già aperti (senza scadenza e per soli titoli) siano presenti profili richiesti (o previsti dai "piani di potenziamento")	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Comunicazione della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ad Alisa	SI'	NO
		2b)	In caso non siano presenti bandi già attivi predisposizione di bando ad hoc	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Delibera di approvazione bando	SI'	NO
		2b)_I	<u>Contenuto del bando</u> : Individuazione dei documenti da presentare	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	bando	SI'	NO
		2b)_II	<u>Contenuto del bando</u> : indicazioni sulle modalità di valutazione (idoneità all'incarico)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	bando	SI'	NO
		3)	Individuazione della Commissione composta da 3 componenti più 1 segretario	Direzione Strategica	Nota o atto dirigenziale con cui viene individuata la Commissione	SI'	NO
		4)	Verifica assenza di conflitti ex art. 35 bis D.Lgs. N. 165/2001	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	modulo incompatibilità firmato dai componenti della Commissione	SI'	NO
		5)	Verifica conflitto di interesse tra i Componenti della Commissione e i candidati	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	modulo n. 17 ex art. 35 c. 3 firmato dai componenti della Commissione	SI'	NO
		6)	Individuazione dei criteri di valutazione dei Curriculum o di altra documentazione richiesta	Commissione	Nota/comunicazione/verbale preliminare della Commissione precedente alla valutazione dei candidati	SI'	NO
		7)	Predisposizione del verbale con l'elenco degli idonei	Commissione	Verbale della Commissione	SI'	NO
8)	Verifica dichiarazioni indicate sul CV	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane o Commissione	Atti attestanti la verifica di quanto dichiarato	SI'	NO		
9)	Delibera di conferimento incarico	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Delibera con cui viene adottato l'elenco di idonei	SI'	NO		
10)	Stipula del contratto con individuazione del periodo di collaborazione, di eventuali proroghe e del luogo di lavoro in cui il collaboratore sarà collocato	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Presenza del contratto	SI'	NO		

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI		SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
DI PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	1) RILASCIO DI PARERI/AUTORIZZAZIONI /CERTIFICAZIONI (DEROGHE - RESTITUIBILITA' - STRUTTURE SANITARIE - PIANI DI LAVORO - SITI ESTRATTIVI)	1	RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA RICHIESTA DI PARERE/AUTORIZZAZIONE/CERTIFICAZIONE - PROTOCOLLAZIONE E INSERIMENTO FILE SU DATA BASE DI STRUTTURA	Segreteria S.C. P.S.A.L.		DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	MODALITA' DI RICEZIONE DI ISTANZE E DOCUMENTAZIONE				regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali, PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali/di Struttura		
			2	VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE AL PERSONALE ADDETTO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		PRENDERE IN CARICO SOLO ALCUNE RICHIESTE	UFFICI S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DI UN PROCESSO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO					CODICE DI COMPORTAMENTO Procedure Aziendali e norme specifiche di riferimento. La valutazione è condotta sulla base di criteri e vincoli individuati dalla norma di sicurezza sul lavoro	Misure di disciplina del conflitto di interessi, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche. Almeno una rotazione nell'anno del Territorio per l'assegnazione delle pratiche	
			3	ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE, EVENTUALI RICHIESTE DI CHIARIMENTI/INTEGRAZIONI, SOPRALLUOGO. CAMPIONAMENTI, CONCLUSIONI TECNICHE	PERSONALE ASSEGNATARIO DELLA PRATICA		VALUTAZIONE DIFFORME SU SOLLECITAZIONE ESTERNA	UFFICI S.C. P.S.A.L.	CARENZA DEL PERSONALE, INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO						CODICE DI COMPORTAMENTO Procedure Aziendali e norme specifiche di riferimento. La valutazione è condotta sulla base di criteri e vincoli individuati dalla norma di sicurezza sul lavoro	Misure di disciplina del conflitto di interessi, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche. Almeno una rotazione nell'anno del Territorio per l'assegnazione delle pratiche
			4	RICHIESTA E VERIFICA PAGAMENTI DI DIRITTI SANITARI	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.		OMMISSIONE DELL'INVIO E/O DELLA VERIFICA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				BASSO	2 - 3 - 4 - 5		Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURA DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Assenza di conflitto d'interesse, Rotazione del personale, Supervisione
			5	PARERE/AUTORIZZAZIONE/CERTIFICAZIONE	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		DISCORDANZA CON LE DETERMINAZIONI ESPRESSE DAL PERSONALE ASSEGNATARIO DELLA PRATICA	UFFICI S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DI UN PROCESSO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO							Misure di disciplina del conflitto di interessi, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Assenza di conflitto d'interessi
			6	PROTOCOLLAZIONE E INVIO VIA PEC	SEGRETERIA		OMMISSIONE DELLA PROTOCOLLAZIONE E INVIO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO							Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Assenza di conflitto d'interesse, Rotazione del personale, Supervisione
DI PREVENZIONE	2) VIGILANZA, ISPEZIONI E SANZIONI		1	RICEZIONE DELLE SEGNALAZIONI DA: A.G. - 112 - PRIVATI CITTADINI	SEGRETERIA		DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	MODALITA' DI RICEZIONE DI ISTANZE E DOCUMENTAZIONE				CODICE DI COMPORTAMENTO Linee guida e Procedura Regionali sulla Vigilanza	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Rispetto dei criteri previsti da Procedura Regionale e da Procedure Organizzative interne		
			2	PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA'	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E COORDINATORI		METTERE OD OMETTERE IN PROGRAMMAZIONE REALTA' LAVORATIVE	S.C. P.S.A.L.	OMESSA TRASPARENZA NELLE PROCEDURE					CODICE DI COMPORTAMENTO PIANI NAZIONALI DI PREVENZIONE - P.M.P. - FLUSSI INFORMATIVI - LINEE GUIDA REGIONALI	Misure di regolamentazione, Procedure di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica di attuazione delle procedure	
			3	CONTROLLI, ISPEZIONI E PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI	COORDINATORI E T.D.P.	PRESTAZIONI DIFFORMI OD OMESSE		OMMISSIONE DEL CONTROLLO O ECCESSIVO RIGORE CON ESITI SANZIONATORI DIFORMI	S.C. P.S.A.L.	CONFLITTO D'INTERESSE - MANCANZA DI TRASPARENZA - ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO		BASSO	02/03/2004		Misure di disciplina del conflitto d'interessi, Comprensione di due Operatori, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Formazione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche, Almeno una rotazione all'anno delle coppie di Operatori T.D.P. e una rotazione del Territorio di competenza delle Coppie di Operatori T.D.P.	
			4	SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE	SEGRETERIA		IRREGOLARE REGISTRAZIONE DEI PAGAMENTI E DELLE CONSEGUENTI COMUNICAZIONI	S.C. P.S.A.L.	CONFLITTO D'INTERESSE - MANCANZA DI TRASPARENZA - ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO						CODICE DI COMPORTAMENTO D.LGS.81/2008 E D.LGS. 758/94	Misure di disciplina del conflitto d'interessi, Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Rispetto dei criteri previsti da Procedura Regionale e da Procedure Organizzative interne

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO																											
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA																					
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori																	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	3) INDAGINI DI POLIZIA GIUDIZIARIA: INFORTUNI - MALATTIE PROFESSIONALI	1	RICEZIONE DELLE SEGNALAZIONI/REFERTI DA: A.G. - 112 INAIL - ESERCENTI PROFESSIONE SANITARIA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	VALUTAZIONE A FAVORE/SFAVORE DELL'INDAGATO E/O DELL'INDIVIDUO CHE HA SUBITO IL DANNO	DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO	BASSO	FASI 2, 3, 4		CODICE DI COMPORTAMENTO PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali/di Struttura																	
					OPERATORI U.P.G. REPERIBILI		MANCATA TEMPESTIVITA' DI INTERVENTO	SUL TERRITORIO																												
			2	VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI AVVIARE INDAGINE			SOTTOSTIMA O SOVRASTIMA DELLA NECESSITA' DI AVVIARE LE INDAGINI	UFFICI S.C. P.S.A.L.	CONFLITTO D'INTERESSE-MANCANZA DI TRASPARENZA-ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO														PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi, Almeno una rotazione all'anno delle coppie di Operatori T.D.P. e una rotazione del Territorio di competenza delle Coppie di Operatori									
			3	INDAGINE	OPERATORI U.P.G. - MEDICO - DIRIGENTE NON MEDICO E DIRETTORE S.C.		OMISSIONE DEL CONTROLLO O ECCESSIVO RIGORE CON DIFFORME RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITA' E BENEFICI	UFFICI S.C. P.S.A.L. E TERRITORIO																												
			4	CONCLUSIONE INDAGINE			OMISSIONE DELLA TRASMISSIONE DEL RAPPORTO ALLA MAGISTRATURA O INADEGUATO RIGORE CON DIFFORME RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITA' E BENEFICI INAPPROPRIATA ARCHIVIAZIONE	UFFICI S.C. P.S.A.L.																												
		5	REGISTRAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI ATTI TRAMITE PORTALE NOTIZIE DI REATO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	OMISSIONE DELLA TRASMISSIONE DEL RAPPORTO ALLA MAGISTRATURA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO							CODICE DI COMPORTAMENTO PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali/di Struttura																
		4) RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE ART. 41 COMMA 9 D.LGS.81/2008	1	RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ISTANZA DI RICORSO - PROTOCOLLAZIONE E INSERIMENTO FILE SU DATA BASE DI STRUTTURA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	GIUDIZIO A FAVORE/SFAVORE DEL RICORRENTE	INADEGUATI CONTROLLI E VERIFICHE - VALUTAZIONI DIFFORMI	CONFLITTO D'INTERESSE-MANCANZA DI TRASPARENZA-ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	BASSO	FASI 3, 4, 5		D.LGS. 81/2008 - C.P.P. - PROCEDURA AZIENDALE	Assenza di conflitto d'interesse, Compresenza di due Operatori, Supervisione, Formazione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi																
			2	VALUTAZIONE DELLA CORRETTA PROCEDURA NELLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA - ASSEGNAZIONE	MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.																UFFICI S.C. P.S.A.L.															
			3	VERIFICA COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE RICEVUTA/RICHIESTA INTEGRAZIONI - CONVOCAZIONE	MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.																UFFICI S.C. P.S.A.L.															
			4	RICHIESTA DI ULTERIORI ACCERTAMENTI SANITARI - SOPRALLUOGO IN AZIENDA	MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L. - OPERATORE U.P.G.																UFFICI S.C. P.S.A.L. E TERRITORIO															
5	ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'		MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.	UFFICI S.C. P.S.A.L.																																
6	INVIO GIUDIZIO		SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	OMISSIONE DELLA PROTOCOLLAZIONE E INVIO																ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO							Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali/di Struttura			

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI							SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	N_Processo	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAM. CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZ. FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
															Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Resp.le	Indicatori		
DIPARTIMENTO GIURIDICO, DELLE RISORSE E DELLE ATTIVITA' TECNICHE	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi			1	Predisposizione richiesta di approvvigionamento (analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio)	Struttura richiedente		Individuazione caratteristiche	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
					Predisposizione della richiesta di approvvigionamento										1) Evitare accentramenti di funzioni tramite condivisione dei processi; 2) Previsione di un sistema di monitoraggio e controllo interno alla Struttura. Misure ritenute per ora adeguate						
					Acquisizione del Codice Identificativo di gara (Smart C.I.G.) sul portale ANAC																
DIPARTIMENTO GIURIDICO, DELLE RISORSE E DELLE ATTIVITA' TECNICHE	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi		Affidamenti ex art. 7.1 del regolamento aziendale per gli affidamenti sotto soglia (Importi < € 5.000,00 IVA esclusa)	2	Richiesta preventivi (anche un solo preventivo)	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi	Favorire un determinato operatore economico	Mancata rotazione degli inviti	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli	Richiesta di preventivi agli operatori economici	Accentramento di funzioni ad un unico operatore della Stazione Appaltante									
					In caso venga richiesto il preventivo ad un unico fornitore: autorizzazione del Direttore della Struttura deputata all'acquisizione e motivata a seguito dell'emergenza Covid										1) Evitare accentramenti di funzioni tramite condivisione dei processi; 2) Previsione di un sistema di monitoraggio e controllo interno alla Struttura. Misure ritenute per ora adeguate						
				3	Analisi preventivi pervenuti (o analisi del preventivo richiesto)	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi		Divulgazione contenuto offerte	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
				4	Emissione ed invio ordinativo di fornitura	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi		Invio ordine senza tutti i suoi elementi costitutivi	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI			SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/compente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
Giuridico delle Risorse ed Attività Tecniche	Progr. E Gest. Beni e Servizi	Approvvigionamenti								* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
			1	Analisi fabbisogni e programmazione	Provveditorato	errata definizione dei fabbisogni	definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o dalle caratteristiche del prodotto fornito dall'imprenditore uscente	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Definizione delle modalità di affidamento	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)	Presenza di strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi	Controllo	1	Corretta programmazione	Inizio 2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
			2	Definizione della modalità di affidamento	Provveditorato	inadempimenti	Determina a contrarre incompleta/assenza di determina a contrarre	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Mancanza di trasparenza	Piano Aziendale di prevenzione alla corruzione	Trasparenza che rendano piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	1	Completezza documentazione	2022	PROVVEDITORATO	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
		Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti				Artificioso frazionamento dell'acquisto finalizzato ad eludere le regole della procedura	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Misure di semplificazione .Presenza di personale addetto ai processi molto competente e costantemente aggiornato . Formazione costante	2	Assenza di artificiosi frazionamenti	2022	PROVVEDITORATO	numero di partecipanti ad un determinato corso su un numero di soggetti interessati risultante su verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso) . Presenza o meno di di documentazioni o disposizioni che sistematizzano e semplificano i processi		
						Affidamenti diretti per estrema urgenza in mancanza dei presupposti	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità	2	Corrette procedure di affidamento	2022	PROVVEDITORATO	numero di incontri o comunicazioni effettuate		
						Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore ; proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati ab origine dalla documentazione di gara	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità	2	Assenza proroghe immotivate	2022	PROVVEDITORATO	numero di incontri o comunicazioni effettuate		
			3	Affidamento del servizio/ della fornitura	Provveditorato	Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti	Mancato ricorso alle indagini di mercato prima di procedere all'affidamento	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità e alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Corrette procedure di affidamento	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
		Ingiustificato mancato ricorso al mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni e/o adesione a convenzioni di					area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità alta competenza e formazione personale addetto ai processi	3	Corrette procedure di affidamento	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti		
		Affidamenti diretti impropri per asserita esclusività					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità alta competenza e formazione personale addetto ai processi	3	Corrette procedure di affidamento	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti		
		Mancata comunicazione di conflitti di interesse					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	disciplina conflitto di interessi	3	Assenza conflitti di interesse	2022	PROVVEDITORATO	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse tipiche dell'attività svolta	
		Assenza dei controlli sui requisiti di carattere generale e speciale (ex artt. 80 e 83)					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti	
		Limitazione della concorrenza mediante richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione non giustificati					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti	
		Valutazione errata della congruità dell'offerta					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti	
		Valutazione dell'offerta sulla base di criteri impropri					area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2022	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti	
			4	Esecuzione del contratto	Economato	Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti	Mancate verifiche in fase di esecuzione (mancato rispetto dei termini contrattuali e mancato rispetto degli "Service level	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Effettuazione di verifiche in fase di esecuzione delle forniture/servizi	Controllo	4	Attuazione di verifiche in fase di esecuzioni di servizi e forniture	2022	ECONOMATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
Giuridico delle Risorse ed Attività Tecniche	Progr. E Gest. Beni e Servizi	Gestione Servizi Autisti			Economato					* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
			1	Trasporti e ritiro referti	Autisti	non raggiungimento dell'output	errata configurazione di quanto richiesto	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Trasporto	Disposizioni poco chiare	Analisi della richiesta operata di concerto con il referente tecnico del servizio autisti al fine di permettere un'esatta individuazione	Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	1	Corretto svolgimento del servizio	2022	ECONOMATO	Tempestività dell'esecuzione
						non raggiungimento dell'output	Mancato ricevimento della richiesta del servizio ed evasione della stessa	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Trasporto	Disguidi nella comunicazione	Doppia verifica su segreteria telefonica	Controllo	1	Corretto svolgimento del servizio	2022	ECONOMATO	Tempestività dell'esecuzione
				Portinerie e Centralino	Economato	non raggiungimento dell'output	Errate informazioni all'utenza	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Front Office	mancanza adeguata formazione in merito	implementazione della formazione	Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	2	Corretto svolgimento del servizio	2022	ECONOMATO	Customer Satisfaction
						non raggiungimento dell'output	Mancata gestione procedure allarmi /varie	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Tecnica e procedurale	mancanza adeguata formazione in merito	implementazione della formazione	Controllo	2	Applicazione delle corrette procedure	2022	ECONOMATO	Customer Satisfaction
						non raggiungimento dell'output	mancata presa in carico od errata esposizione/interpretazione della richiesta del reparto	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	gestione richieste e ordini	mancata trasparenza	Analisi della richiesta operata di concerto con l'ufficio Economato tramite help desk al fine di permettere	Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	2	Tempestività nelle consegne	2022	ECONOMATO	Tempestività

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI					SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
PREVENZIONE	SCSANTITA' ANIMALE (AREA A) - IGIENE ALLEVAMENTI PRODUZIONE ZOOTECNICHE (AREA C)	AST	1	CERTIFICAZIONI	AREA A-C	RICHIESTA	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/IMPRESA	CONFLITTO INTERESSI	MEDIO	SOPRALLUOGO - ACCESSO AZIENDA - ISPEZIONE - VERIFICA	PARENTELA - RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	DICHIARAZIONE PREVENTIVA ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI/GESTIONE EVENTUALI SITUAZIONI DI C.I. - REDAZIONE DETTAGLIATA E CONGIUNTA DI PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' E PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA - ROTAZIONE INCARICHI - SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	2) ENTRO 1° SEMESTRE 2022	Direzione SC	1) NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PREDISPOSIZIONE E PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA
			2	REGISTRAZIONE	AREA C														
			3	RICONOSCIMENTI															
			4	AUTORIZZAZIONI															
			5	CERTIFICAZIONI RICH. UTENTE															
		6	QUALIFICA SANITARIA	AREA A	ATT. IST.														
		CU	1	CU PRISA	AREA A-C	ATT. IST.	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/IMPRESA	CONFLITTO INTERESSI	MEDIO	SOPRALLUOGO - ACCESSO AZIENDA - ISPEZIONE - VERIFICA	PARENTELA - RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	REDAZIONE DETTAGLIATA E CONGIUNTA DI PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' E PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA - ROTAZIONE INCARICHI - SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013; 3) INTEGRAZIONE DELLA PROCEDURA GESTIONE NC RILEVATE AL CONTROLLO UFFICIALE, CON MAGGIORI DETTAGLI ED ESEMPLIFICAZIONI	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA; 3) MAGGIOR UNIFORMITA' E CONSEGUENTE MINOR GRADO DI DISCREZIONALITA' NELLA GESTIONE DEI PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI AL CU	2) ENTRO 1° SEMESTRE 2022	Direzione SC	1) NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA; 3) INTEGRAZIONE PROCEDURA "GESTIONE NC RILEVATE AL CU" NEI TEMPI PREVISTI
			2	CU EXTRA PIANO	AREA C														
			3	ESPOSTI	AREA A-C			TERRITORIO											
		CMP	1	PROFILASSI STATO	AREA A	ATT. IST.	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/IMPRESA/ TERRITORIO	CONFLITTO INTERESSI	MEDIO	ACCESSO AZIENDA - ESECUZIONE CAMPIONAMENTI	PARENTELA - RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	REDAZIONE DI DETTAGLIATE PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA - ROTAZIONE INCARICHI - SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013;	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	2) ENTRO 1° SEMESTRE 2022	Direzione SC	1) NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PREDISPOSIZIONE E PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA
			2	PRELIEVI RICHIESTA UTENTE	AREA A-C														
			3	PNA	AREA C														
			4	PNR															
			5	LATTE															
			6	AA EXTRAPIANO															
7	ANIMALI AFFEZIONE		AREA A																
PS	1	RAPPORTI CON UTENZA E ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	AREA A-C	ATT. IST./ RICHIESTA	REGALIE/ VANTAGGIO ECONOMICO	TERRITORIO	CONFLITTO INTERESSI	BASSO	CONTRATTO	PARENTELA - RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	GRUPPO DI LAVORO - ATTIVITA' CONGIUNTA CON UFFICIO FORMAZIONE E UFFICIO STAMPA	(PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO) SELEZIONE DOCENTI ESTERNI TRAMITE MANIFESTAZIONE INTERESSE	COINVOLGIMENTO, AL BISOGNO, DI ESPERTI DEL SETTORE	MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%	ATTIVITA' DA SVOLGERSI IN FASE DI PROGRAMMAZIONE E EVENTO	Direzione SC	NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO EVENTI FORMATIVI		
	2	FORMAZIONE																	
	3	DIVULGAZIONE																	

AST	ATTIVITA' SANITARIE TECNICHE
CU	CONTROLLI UFFICIALI
CMP	CAMPIONAMENTI
PS	PROMOZIONE SALUTE

ALTO	ROSSO
MEDIO	ARANCIO
BASSO	VERDE

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura – soggetto responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE): la fase del processo è interno all'ufficio? Se è all'esterno è di competenza di un'altra amministrazione?	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	
Affidamento di appalto di servizi di ingegneria di importo inferiore a 75.000,00 euro (soglia di affidamento diretto in base al D.L.Semplificazioni n.76/2020 conv. in L.120/2020)	Studio prefattibilità e di fattibilità	Progettisti interni all'ufficio	Rischio di individuare sempre gli stessi professionisti senza garantire sufficiente concorrenzialità		interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali	carezza di personale, monopolio di competenze	
	Calcolo su piattaforma online sulla base del DM giugno 2016 che individua una tabella dei parametri per determinare l'importo del costi della progettazione definitiva, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori ecc...)	Responsabile unico di procedimento, Dirigente S.C.competente			Importo inferiore per porre in essere atti separati ciascuno rientrante nei limiti di importo previsti per l'affidamento diretto, senza motivazione	interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali	mancanza di controlli
	Individuazione elenco progettisti da invitare a presentare offerta	RUP	Rischio di individuare sempre gli stessi professionisti senza garantire sufficiente concorrenzialità		interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali	eccessiva discrezionalità	
	Verifica requisiti (casellario, requisiti speciali ecc..)	RUP		mancanza di controlli sui requisiti generali ex art 80 Codice Contratti e sui requisiti speciali richiesti ex art. 83 del Codice dei Contratt	interna all'Ufficio; esterna per competenza ANAC (banca dati AVCPASS) e per competenza Prefettura nelle verifiche antimafia (white list/B.D.N.A banca dati nazionale unica antimafia)	mancanza di controlli	
	RUP fa relazione e propone affidamento diretto sulla base della miglior offerta pervenuta	Responsabile unico di procedimento					
	Determina di affidamento e stipula contratto	Direttore S.C. Competente			mancata o inadeguata definizione degli elementi essenziali del contratto nell'atto a contrarre	Direttore SC Competente	monopolio di competenze

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile					
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis, della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione e comunque non oltre i termini previsti dalle norme	Monitoraggio annuale - RPCT					
	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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	Monitoraggio annuale - RPCT					
			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)	RPCT/Strutture competenti per materia	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale - RPCT					
			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)	Direzione Strategica	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 20 giorni dall'adozione	Monitoraggio semestrale - RPCT					
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, 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. Gestione Risorse Umane RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C. Gestione Risorse Umane					
			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	Strutture competenti per materia	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti per materia					
	Burocrazia zero	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	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	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								
	Organi di indirizzo politico - organizzativo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Organi di indirizzo politico - organizzativo (da pubblicare in tabelle)	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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni da provvedimento di nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT
									Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane, Dott.ssa Geronima Caffarena
Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica									Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT tramite SC Gestione Risorse Umane	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Annuale, entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale - RPCT/S.C. Gestione Risorse Umane	
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici									Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT tramite Settore Economato	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Annuale, entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale RPCT/ Dott. Maurizio Greco	
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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale - RPCT	
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti									Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale - RPCT	
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).	OBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//								

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
Organizzazione		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	OBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	
		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 applicabile	non applicabile			
		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	OBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	RPCT tramite SC Gest. Risorse Umane	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale - RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	RPCT tramite Settore Economato	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale - RPCT	
		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	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale -S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena	
		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	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena	
		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	OBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//
		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 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	non applicabile	non applicabile		
		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).	OBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi		Monitoraggio semestrale - RPCT
	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 applicabile	non applicabile				

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
	regionali/provinciali		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non applicabile	non applicabile			
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla modifica organizzativa	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento semestrale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
		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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
	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)	Strutture interessate	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Strutture interessate	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	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)	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
				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)	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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)	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
		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)	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
		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)	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT, S.C Affari Generali e Legali	
				Per ciascun titolare di incarico:						
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - RPCT		
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT		
		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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale, Dott.ssa Geronima Caffarena		
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Settore Economato	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco		
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale - RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, 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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale - RPCT		

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	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	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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).	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	
		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	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	
		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	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT	
		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)	diretti nteressati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena/RPCT	
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena/RPCT	
					Per ciascun titolare di incarico:					
			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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
			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)	diretti interessati	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
			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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
			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)	diretti interessati	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, 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)	diretti interessati	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
		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	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, direttori	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).	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//	

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	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	In seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	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	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//
		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	OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	//	//
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena/ RPCT
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane, Dott.ssa Geronima Caffarena/RPCT
		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)	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena/RPCT
	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	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Dott.ssa Geronima Caffarena	
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - RPCT
		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	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio semestrale - RPCT
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	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - S.C. Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Geronima Caffarena	
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).	diretti interessati	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Strutture interessate			

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
	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 nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	Personale non a tempo indeterminato	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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 predispongono, 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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'acquisizione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Bandi di concorso		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 nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	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	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Entro l'anno relativo al periodo di riferimento	Monitoraggio annuale - Ing. Alessia Brioschi
	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)	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Adozione entro il 31 gennaio o entro 30 giorni dalla adozione del Bilancio di Previsione di ogni anno all'interno del PIAO.	Monitoraggio annuale - Ing. Alessia Brioschi

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
Performance	Relazione sulla Performance	n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Pubblicazione entro il 30 giugno di ogni anno e comunque entro 20 giorni dall'approvazione	Monitoraggio annuale - Ing. Alessia Brioschi	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Entro 30 giorni dall'erogazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
	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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
				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)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena	
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	SC Gestione Risorse Umane: d.ssa Geronima Caffarena	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena		
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.lg.s 97/2016						
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio annuale - RPCT	
				Per ciascuno degli enti:						
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la vigilanza sugli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	Nessun Ente pubblico vigilato			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				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)					
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
	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)								
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)								
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)								
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)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione			

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
		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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
		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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
				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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione
	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati		Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	Nessun Ente di diritto privato controllato	
			Per ciascuno degli enti:						
			1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
			3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
			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)				
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)						
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)						
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)						

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
	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)	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	SSD Comunicazione e Informazione: Dott.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dirigenti degli Uffici che esercitano la Vigilanza degli enti e/o società ai sensi dei vigenti regolamenti di organizzazione	
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:					
			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. d), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. e), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. f), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. g), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. h), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. i), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			Art. 35, c. 1, lett. j), 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
			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, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti
	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, nonchè 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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti			
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Per i procedimenti ad istanza di parte:	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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti		
	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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti		
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n.	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Semestrale	Strutture competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Semestrale	Monitoraggio semestrale - RPCT		
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 competenti	SSD Comunicazione e Informazione: d.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale - Strutture competenti		

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Provvedimenti	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)	Collegamento ad Albo Pretorio			
	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)				
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. 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	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, 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	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		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	(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)	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)/smartCIG, 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)	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	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 Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi	

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<p>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</p> <p>Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4)</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9)</p> <p>Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC)</p> <p>Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</p> <p>Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3)</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4)</p> <p>Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1)</p> <p>Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153)</p> <p>Bando per il concorso di idee (art. 156)</p> <p>SETTORI SPECIALI</p> <p>Bandi e avvisi (art. 127, c. 1)</p> <p>Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3)</p> <p>Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1)</p> <p>Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1)</p> <p>Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1)</p> <p>Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)</p> <p>SPONSORIZZAZIONI</p> <p>Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)</p>	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale -S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi: Dott. Maurizio Greco; S.C. Gestione Tecnica: Ing. Francesco Goretti; S.C. Sistema Informativo: Ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: Ing. Vincenzo Lizzio

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Bandi di gara e contratti	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori, 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 D.Lgs. n. 50/2016 - per ciascuna procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<p>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</p> <p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2</p> <p>Publicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</p> <p>Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p>SETTORI SPECIALI</p> <p>Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p>	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		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. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	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)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	SC Programmazione e Gestione Beni e Servizi: dr. Maurizio Greco; SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti; SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi; SSD Ingegneria Clinica: ing. Vincenzo Lizzio	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott. Maurizio Greco, Ing. Francesco Goretti, Ing. Vincenzo Lizzio, Ing. Cristina Ulivi
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri 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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (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)	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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 27, c. 1, lett. d), 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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr. Ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Bilanci	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
		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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
		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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
Beni immobili e gestione patrimonio	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)	SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti	SC Gestione Tecnica: ing. Francesco Goretti	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Francesco Goretti
	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)	SC Affari Generali e Legali: dr.ssa Geronima Caffarena	SC Affari Generali e Legali: dr.ssa Geronima Caffarena	Aggiornamento annuale	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Geronima Caffarena
Controlli e rilievi sull'amministrazione	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.A.C.	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Pubblicazione entro il 31 maggio di ogni anno. Salvo diversa indicazione A.N.A.C	Monitoraggio annuale -Ing. Alessia Brioschi
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Pubblicazione entro il 30 giugno di ogni anno	Monitoraggio annuale -Ing. Alessia Brioschi
				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	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Pubblicazione entro il 30 aprile di ogni anno	Monitoraggio annuale -Ing. Alessia Brioschi
				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)	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Entro 30 giorni dalla verbalizzazione	Monitoraggio annuale -Ing. Alessia Brioschi
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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)	RPCT/SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	RPCT/SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dalla verifica	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero - RPCT
Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti		Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT/SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	RPCT/SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Entro 15 giorni dalla verifica	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero - RPCT	
	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)	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Pubblicazione annuale	Aggiornamenti periodici effettuati tempestivamente su richiesta delle Strutture - resp. Dott.ssa Michela Ferlenghi
	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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dal rilievo	Monitoraggio semestrale - RPCT
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla pubblicazione	Monitoraggio semestrale - RPCT

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile	
Servizi erogati		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla notifica	Monitoraggio semestrale - RPCT	
	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)	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	SC Centro Direzionale di Controllo: ing. Alessia Brioschi	Entro 30 giorni dalla scadenza della presentazione del modello ministeriale LA sul sito NSIS	Monitoraggio semestrale - Ing. Alessia Brioschi	
	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)	Aggiornamento automatico a cura della Regione Liguria	Aggiornamento automatico a cura della Regione Liguria			
	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	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dott.ssa Michela Ferlenghi	
Pagamenti dell'Amministrazione	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero	
	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero	
	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)	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
	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)	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	SC Bilancio e Contabilità: dr. Nicola Corte	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Dott.ssa Francesca Dondero
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative 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)	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Francesco Goretti	
	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)	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Francesco Goretti	
	Tempi, costi e indicatori	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)	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Francesco Goretti	

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	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)	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	S.C. Gestione Tecnica - ing. Francesco Goretti	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Francesco Goretti
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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 applicabile			
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del 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)				
Informazioni ambientali		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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	Relazioni sull'attuazione della legislazione		5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
	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)	Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Francesco Orlandini	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Tempestivo	Dipartimento di Prevenzione	
Interventi straordinari e di emergenza		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - RPCT/Strutture interessate
		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)				
		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)				
		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione e comunque entro i termini previsti dalle norme	Monitoraggio annuale - RPCT
		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale - RPCT

ALLEGATO 21 SUBALLEGATO B - 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 Trasmissione dei dati	Responsabile pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio-Tempistiche individuazione del soggetto responsabile
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 10 giorni dall'approvazione	Entro 30 giorni dall'approvazione
		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)	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro il 15 dicembre di ogni anno o altra data stabilita da ANAC	Entro il 15 dicembre - RPCT
		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - RPCT
		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo/ 30 giugno - RPCT
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché 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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale - RPCT
		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, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni dall'accertamento	Monitoraggio semestrale - RPCT
		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	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Pubblicazione semestrale	Monitoraggio semestrale - RPCT
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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 (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi	SC Sistema Informativo: ing. Cristina Ulivi	Tempestivo	Monitoraggio semestrale - Ing. Cristina Ulivi
		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				
		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)				
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	RPCT	SSD Comunicazione e Informazione: dr.ssa Michela Ferlenghi	Entro 30 giorni	Monitoraggio semestrale - RPCT/Strutture competenti

ALLEGATO 21 SUB-ALLEGATO C - MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE

TITOLO	RISCHI	MISURA DI PREVENZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2022	TARGET 2023
SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI DEL PIAO (art. 1, c. 5 e 8, Legge 190/2012)	Non conoscenza e applicazione dei contenuti	Elaborazione e presentazione alla Direzione aziendale della proposta della "Sezione Rischi Corruptivi e Trasparenza" del PIAO e suoi aggiornamenti e/o adeguamenti.	31 dicembre di ogni anno	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile Trasparenza	Elaborazione e presentazione della proposta di PTPC e dei suoi aggiornamenti e/o adeguamenti entro il termine (SI/NO)	si	si
		Messa in consultazione della bozza della Sezione agli stakeholder	15 dicembre di ogni anno	RPCT	Pubblicazione su home page del sito aziendale (SI/NO)	si	si
		Adozione e pubblicazione della "Sezione Rischi Corruptivi e Trasparenza" nell'ambito del PIAO	31 gennaio di ogni anno	Direzione Generale - RPCT	Attuazione degli adempimenti entro il termine (SI/NO)	si	si
		Divulgazione della Sezione a tutte le SS.CC. Aziendali unitamente al PIAO	28 febbraio di ogni anno	Direzione Generale - Direttore f.f. S.C. CCD	Attuazione degli adempimenti entro il termine (SI/NO)	si	si
		Recepimento delle azioni di gestione e mitigazione del rischio corruzione previste nella Sezione Rischi Corruptivi nell'ambito del sistema di gestione della performance organizzativa e individuale.	entro il termine previsto per l'assegnazione degli obiettivi	Direzione Generale Direttore S.C. CCD	Presenza degli obiettivi nel PP (SI/NO)	si	si
		Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta.	15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC	RPCT	Predisposizione della relazione annuale entro il termine (SI/NO)	si	si
		Verifica e aggiornamento del catalogo dei processi e del registro dei rischi e della valutazione della rischiosità dei processi e delle misure di prevenzione.	15 novembre di ogni anno	Direttori/Responsabili di tutte le strutture aziendali ad alto rischio	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
TRASPARENZA D.Lgs. 33/2013 e s.mi. Legge 190/2012 Capo V della Legge 241/1992	Inadempimento previsioni normative su prevenzione della corruzione	Pubblicazione sul sito istituzionale dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione.	I tempi di attuazione sono definiti nella Sezione Rischi Corruptivi del PIAO	Direttori e Responsabili delle strutture titolari dei dati oggetto dell'obbligo di pubblicazione come individuati nel PTPCT	verifica periodica da parte del RPCT	100%	100%
		Alimentazione registro degli accessi	semestrale (30/06 e 31/12 di ogni anno)	RPCT	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
MISURE DI PROMOZIONE DELL'ETICA E DI	Non adeguata conoscenza del codice di comportamento aziendale e degli obblighi	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi alle previsioni del Codice di comportamento mediante inserimento della condizione dell'osservanza per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo e per i titolari di organo.	decorrenza immediata per i nuovi conferimenti	Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane e delle altre S.C. che conferiscono gli incarichi	Presenza della clausola negli atti di conferimento (SI/NO)	si	si
		Adeguamento atti di gara, contratti e convenzioni con strutture private alle previsioni del Codice di comportamento, mediante inserimento della condizione dell'osservanza per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici di servizi e degli enti convenzionati.	decorrenza immediata per i nuovi affidamenti e rapporti convenzionali	Direttori di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali	Presenza della clausola negli atti di gara, contratti e convenzioni con strutture private (SI/NO)	si	si
		Adozione iniziative per informare i dipendenti sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento.	in occasione di modifiche/aggiornamenti del Codice	RPCT e Direttori di S.C.	Adozione di iniziative in caso di modifiche/aggiornamenti del Codice (SI/NO)	si	si

TITOLO	RISCHI	MISURA DI PREVENZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2022	TARGET 2023
DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO	previsti	Comunicazione al RPC delle violazioni alle norme del Codice di comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva.	tempestiva	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari - UPD Tutti i Responsabili di struttura	% di violazioni e illeciti comunicati tempestivamente al RPC sul totale delle violazioni e illeciti contestati ai dipendenti	100%	100%
		Trasmissione report contenente i seguenti dati: 1. numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; 2. numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni.	30 novembre di ogni anno	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari	n. report trasmessi	100%	100%
	Non adeguata applicazione del codice di comportamento	Relazione annuale sul monitoraggio sull'applicazione del codice di comportamento	31 gennaio di ogni anno	RPCT in collaborazione con UPD	Relazione a Direzione strategica	100%	100%
ROTAZIONE DEL PERSONALE	Reiterazione dei comportamenti corruttivi	Comunicazione al RPC dei provvedimenti di assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva o eventi sintomatici di una significativa criticità (rotazione straordinaria).	tempestiva	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Provvedimenti comunicati tempestivamente/prov vedimenti adottati	100%	100%
		Trasmissione al RPCT della relazione annuale in merito ai provvedimenti di rotazione straordinaria adottati nel periodo di riferimento.	31 ottobre di ogni anno	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Direttori strutture coinvolte	Attuazione dell'adempimento entro il termine (SI/NO)	sì	sì
OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE	Svolgimento attività in situazioni di conflitto di interesse con attività istituzionale	Dichiarazioni degli interessati e utilizzo delle modulistica specifica	tempestiva	Tutti i Direttori di struttura	Numero di dichiarazioni di astensione trasmesse tempestivamente ai Responsabili delle strutture interessate	100%	100%
VERIFICA INCONFERIBILITA' INCARICHI DIRIGENZIALI	Attribuzione degli incarichi in situazioni di inconferibilità	Dichiarazione assenza cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013.al momento del conferimento degli incarichi di direzione strategica e dirigenza PTA mediante l'utilizzo della specifica modulistica. Verifiche S.C. Gestione Risorse Umane /RPCT ai sensi delle linee guida regionali	Entro 20 giorni dal provvedimento di nomina e prima del conferimento dell'incarico	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane - RPCT	Numero di dichiarazioni e di dirigenti sottoposti a verifica	100%	100%

TITOLO	RISCHI	MISURA DI PREVENZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2022	TARGET 2023
VERIFICA INCOMPATIBILITA' SVOLGIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI	Svolgimento attività in situazioni di incompatibilità	Dichiarazione assenza cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 al momento del conferimento degli incarichi di direzione strategica e dirigenza PTA mediante l'utilizzo della specifica modulistica	Annuale	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane - RPCT	Numero di dichiarazioni e di dirigenti sottoposti a verifica	100%	100%
INCOMPATIBILITA' CONSEGUENTE A CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (art. 35 bis D.Lgs. 165/2001)	Svolgimento dell'attività in situazione di inconferibilità	Verifica della sussistenza di precedenti penali delle commissioni per l'affidamento di appalti o di commissioni di concorso e all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti dell'area direttiva agli uffici che svolgono l'attività previste dall'art. 35 bis, del d. lgs. 165/2001.	decorrenza immediata	Direttori S.C. competenti all'affidamento di incarichi	Presenza della documentazione comprovante l'avvenuta verifica (SI/NO)	sì	sì
	Svolgimento dell'attività in situazioni di inconferibilità	Trasmissione al RPCT di una relazione annuale riportante il numero di autocertificazioni acquisite e controllate ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 e i provvedimenti adottati nei casi di riscontrata sussistenza della condizione ostativa o di accertamento della non veridicità dell'autocertificazione.	31 ottobre di ogni anno	Direttori S.C. competenti all'affidamento di incarichi	Attuazione dell'adempimento entro il termine (SI/NO)	sì	sì
INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (art. 5, comma 6, D.L. 95/2012 come novellato dall'art. 6 del D.L. 90/2014)	Svolgimento attività in situazioni di conflitto di interesse con attività istituzionale	Verifica e attestazione nei provvedimenti di affidamento dell'incarico dell'insussistenza della condizione ostativa di cui all'art. 5, c. 6, D.L. 95/2012 (incarichi a soggetti in quiescenza).	tempestiva per i nuovi conferimenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Presenza dell'attestazione nei provvedimenti di affidamento degli incarichi (SI/NO)	sì	sì
		Inserimento negli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, di espressa motivazione circa le ragioni di convenienza e la rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, dell'indicazione del termine annuale, non prorogabile né rinnovabile, della loro durata e della limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.	tempestiva per i nuovi conferimenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Presenza della motivazione negli atti/provvedimenti di conferimento degli incarichi (SI/NO)	sì	sì
ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO (art. 53 c. 16 ter, D. Lgs. 165/2001)	Svolgimento attività in situazioni di conflitto di interesse con attività istituzionale	Inserimento nei contratti di assunzione del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. 165/2001 (clausola di pantouflage) di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto con il Policlinico nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	decorrenza immediata per i nuovi contratti di assunzione e di rinnovo degli incarichi	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane RPCT	Presenza della clausola nei contratti di assunzione relativi alle qualifiche e ai profili interessati (SI/NO)	sì	sì
		Inserimento nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti di Asl 4 che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti del partecipante/offerte/contrante, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.	decorrenza immediata per le nuove procedure di affidamento	Direttori di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali	Presenza della clausola nei bandi e negli atti di gara (SI/NO)	sì	sì

TITOLO	RISCHI	MISURA DI PREVENZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2022	TARGET 2023
INCOMPATIBILITA' CONSEQUENTE A CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (art. 35 bis D.Lgs. 165/2001)	Svolgimento attività in situazioni di inconferibilità	Verifica della sussistenza di precedenti penali, all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di appalti o di commissioni di concorso e all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti dell'area direttiva agli uffici che svolgono l'attività previste dall'art. 35 bis, del d. lgs. 165/2001.	decorrenza immediata	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Presenza della documentazione comprovante l'avvenuta verifica (SI/NO)	si	si
				Direttore S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi	Presenza della documentazione comprovante l'avvenuta verifica (SI/NO)	si	si
				Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Presenza della documentazione comprovante l'avvenuta verifica (SI/NO)	si	si
GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE IN AREA SANITARIA	1. Elusione regole sulla concorrenza 2. Favorire imprese particolari	1) Sponsorizzazioni comprese quelle in ambito formativo (ricognizione contratti in essere nelle rispettive Aziende - ipotesi regolamento condiviso). 2) Rapporti con gli informatori scientifici (ipotesi regolamento per l'accesso) 3) Partecipazione a convegni retribuiti nell'ambito delle comunicazioni sullo svolgimento di attività extra – istituzionali (aggiornamento regolamento attività extraistituzionali)	31/12/2022	S.C. Gestione Risorse Umane Direzione Professioni Sanitarie Settore Aggiornamento e Formazione	1) Regolamenti adottati 2) Utilizzo modulistica specifica	si	1) Adozione regolamento 2) Utilizzo modulistica specifica
TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA ILLECITI (art. 54 bis D.Lgs. 165/2001)	Mancata conoscenza di comportamenti corruttivi	Garanzia della riservatezza dei dati identificativi del segnalante mediante procedura che assicuri l'anonimato	già in essere dal 2019	S.C. Sistema Informativo	Adeguate applicativo informatico e pieno utilizzo sia da parte del RPCT sia da parte degli utenti	si	si
		Comunicazione ai dipendenti tramite circolare o altra informativa circa le modalità da seguire per effettuare le segnalazioni specificando bene le tutele predisposte a garanzia dei segnalanti in modo da incentivare le segnalazioni	Effettuata nel 2019	RCPT	Diffusione comunicazione / pubblicazione su intranet / internet Amministrazione Trasparente	si	si
		Elaborazione linee guida per la gestione delle segnalazioni	31/12/2021	RPCT - DIREZIONE GENERALE	Approvazione procedura per la gestione delle segnalazioni su piattaforma già esistente	si Procedura AZ/PR/RPCT/02 rev 0	si
		Segnalazione al RPC di azioni discriminatorie nei confronti del whistleblower	tempestiva	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane - RPCT	% segnalazioni tempestive	100%	100%
FORMAZIONE DEL PERSONALE (Legge 190/2012, art. 1, c. 5, lett. b), 8, 10, lett. c), 11; art. 7-bis D.Lgs. 165/2001; DPR 62/2013)	Non adeguata conoscenza dei rischi di corruzione e della relativa normativa	1. Formazione di tutti i dipendenti in materia di gestione del rischio e misure di prevenzione della corruzione 2. Effettuazione corsi anche FAD sui rischi corruttivi e sulle misure di prevenzione 3. Verifica dell'effettiva partecipazione ai corsi e Report periodici contenenti numero soggetti formati su totale dipendenti	31/12/2020	RPCT - SSD FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	Attuazione degli adempimenti (SI/NO)	si 1. Prosecuzione obbligatorietà per i nuovi assunti Corso FAD Legge 190 2. Erogazione Corso FAD Valutazione del rischio	1. Prosecuzione obbligatorietà per i nuovi assunti Corso FAD Legge 190 2. Prosecuzione erogazione Corso FAD Valutazione del rischio 3. Corso su antiriciclaggio 4. Corso su inconferibilità/incompatibilità/conflitto di interessi
TEMPI PROCEDIMENTALI		Trasmissione al RPCT della relazione periodica riportante gli esiti del monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali.	semestrale (30/06 e 31/12 di ogni anno)	Direttori strutture aziendali che gestiscono procedimenti amministrativi	Attuazione dell'adempimento entro il termine (SI/NO)	si	si
		Individuazione dei criteri di rotazione nella nomina del RUP	entro 2023	RPCT - Direttori strutture aziendali che gestiscono gare	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	no	si

TITOLO	RISCHI	MISURA DI PREVENZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2022	TARGET 2023
CONFLITTO DI INTERESSI NELLE PROCEDURE DI GARA (PNA 2022 - 2024)	Sussistenza di interessi personali o trasversali	Individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi	per ogni procedura	Direttori strutture aziendali che gestiscono gare	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	no	si
		Integrazione dell'attuale procedura sui patti di integrità per adeguarla alle disposizioni del PNA 2022 - 2024	entro 2023	RPCT - Direttori strutture aziendali che gestiscono gare	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
		Attestazione da parte del RUP all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi	per ogni procedura	RUP	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	no	si
		Revisione modulistica per attestazione insussistenza situazioni di conflitto di interesse nella materia specifica	entro 2023	RPCT	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
PROROGHE CONTRATTUALI	Collusione con le ditte affidatarie di forniture o servizi	Evidenza nei bandi/avvisi e nei contratti della facoltà di proroga	decorrenza immediata	Direttori strutture aziendali che gestiscono gare	Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
		Evidenza della verifica del fabbisogno almeno 6 mesi prima della scadenza del contratto	secondo scadenza		Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si
		Adozione di formale provvedimento di proroga con evidenza delle motivazioni	decorrenza immediata		Attuazione dell'adempimento (SI/NO)	si	si