

# PIAO 2023-2025

## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

Anno di riferimento 2023

Direzione Strategica ASL 2

---

ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



Certificato n°IT319166

## Sommario

PREMESSA.....	5
Legenda .....	8
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	9
1.1. MISSIONE, VISIONE STRATEGICA E CODICE ETICO .....	10
1.1.2. La Missione Aziendale .....	10
1.1.3 Visione Strategica Aziendale .....	13
Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	15
2.1 VALORE PUBBLICO .....	15
2.1.2. Obiettivi E Indicatori Di Valore Pubblico .....	22
2.1.3 Accessibilità Fisica.....	25
2.1.4 Accessibilità Digitale .....	27
2.1.5 Semplificazione E Digitalizzazione .....	29
2.2. PERFORMANCE.....	31
2.2.1. Area Prevenzione.....	35
2.2.2. Area Ospedaliera .....	36
2.2.2.1. Obiettivi Di Programmazione In Ambito Ospedaliero .....	37
2.2.2.2. Gestione Del Sovraffollamento In Pronto Soccorso .....	38
2.2.3 AREA TERRITORIALE/DISTRETTUALE .....	39
2.2.3.1. La Riorganizzazione Della Rete Territoriale .....	40
2.2.3.2. Distretto.....	41
2.2.3.3. Realizzazione Dell'integrazione Sociosanitaria.....	42
2.2.3.4. Reparto Di Riabilitazione Extraospedaliera Residenziale (RER) .....	43
2.2.4 Area Tecnica Amministrativa.....	44
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA ( AI SENSI DELLA LEGGE N. 190/2012 E DEL DECRETO LEGISLATIVO N.33/2013).....	47
2.3.1 Premesse, processo di adozione, situazione generale .....	47
2.3.2 La normativa di riferimento.....	49
2.3.3 La strategia di prevenzione e obiettivi .....	52
2.3.4 Definizione di corruzione.....	53
2.3.5 I soggetti interni che contribuiscono alla prevenzione della corruzione.....	54
2.3.5.1 Il Direttore Generale .....	55
2.3.5.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione .....	55
2.3.5.3 Il Responsabile della Trasparenza.....	58
2.3.5.4 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione.....	59

2.3.5.5	I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza .....	61
2.3.5.6	Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante .....	61
2.3.5.7	Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio .....	62
2.3.5.8	Il Responsabile SC CCD per la Sottosezione 2.2 Performance del PIAO .....	62
2.3.5.9	Il Nucleo di Valutazione Aziendale (in funzione di OIV) .....	62
2.3.5.10	L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) .....	63
2.3.5.11	Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO) .....	63
2.3.5.12	Il Responsabile gestione delle liste di attesa .....	63
2.3.5.13	I Componenti del Servizio ispettivo aziendale .....	64
2.3.5.14	I dipendenti dell'Azienda .....	64
2.3.5.15	I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda .....	64
2.3.6	Gli strumenti di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti nella Strategia di prevenzione	65
2.3.7	L'analisi del contesto .....	65
2.3.7.1	L'analisi del contesto esterno .....	66
2.3.7.2	L'analisi del contesto interno .....	75
2.3.8	Le misure di prevenzione obbligatorie .....	85
2.3.8.1	La trasparenza .....	85
2.3.8.2	La tracciabilità dei procedimenti .....	88
2.3.8.3	I Codici di comportamento .....	89
2.3.8.4	La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione .....	90
2.3.8.5	L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse .....	92
2.3.8.6	Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali .....	93
2.3.8.7	L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario .....	94
2.3.8.8	L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) .....	94
2.3.8.9	La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione .....	96
2.3.8.10	La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower) .....	98
2.3.8.11	La formazione .....	101
2.3.8.12	I patti di integrità negli affidamenti .....	102
2.3.8.13	Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti .....	103
2.3.8.14	Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione .....	104
2.3.9	Il processo di gestione del rischio .....	105
2.3.9.1	La "mappatura" dei processi .....	106

2.3.9.2	Analisi del contesto.....	106
2.3.9.3	La valutazione del rischio.....	106
2.3.9.4	Il trattamento del rischio.....	108
2.3.10	Monitoraggio attuazione delle misure di prevenzione.....	108
2.3.11	Cronoprogramma.....	110
2.3.12	Disposizioni finali.....	110
Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....		111
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....		111
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....		112
3.2.1.	Gli obiettivi del lavoro agile.....	118
3.2.2.	Correlazione del P.O.L.A. con il P.I.AO.....	118
3.2.3.	Riferimenti normativi.....	119
3.2.4.	Normativa emergenziale.....	120
3.2.5.	Normativa post –emergenziale.....	122
3.2.6.	Attività che possono essere svolte in modalità agile (c.d. “smartabili”).....	124
3.2.7.	DISCIPLINA PER IL LAVORO AGILE NELL’A.S.L. 2 AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE.....	125
3.2.8.	Art. 1 – Definizioni.....	125
3.2.9.	Art. 2 – Diritti e doveri del lavoratore e della lavoratrice.....	127
3.2.10.	Art. 3 – Destinatari e ambito soggettivo.....	127
3.2.11.	Art. 4 – Modalità di accesso al lavoro agile - Ambito oggettivo Priorità.....	128
3.2.12.	Art. 5 – Accordo individuale.....	132
3.2.13.	Art. 6 – Trattamento economico del personale.....	135
3.2.14.	Art. 7 – Luoghi di lavoro.....	135
3.2.15.	Art. 8 – Orario di lavoro e disconnessione.....	137
3.2.16.	Art. 9 – Dotazione tecnologica.....	138
3.2.16.1	Disposizioni speciali.....	139
3.2.16.2	Ulteriori disposizioni in caso di utilizzo di dotazioni personali.....	140
3.2.17.	Art. 10 – Potere direttivo, di controllo e disciplinare.....	140
3.2.18.	Art. 11 – Riservatezza.....	141
3.2.19.	Art. 12 – Sicurezza sul lavoro.....	142
3.2.20.	Art. 13 – Norme finali e di rinvio.....	143
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....		144
3.3.1	Inquadramento normativo.....	144
3.3.2	Consistenza e costi del personale al 31/12/2022.....	149
3.3.3	Procedure selettive anno 2023.....	152

3.3.4 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2023 (allegato n. 1) .....	157
3.3.5 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2024-2025 (allegato n. 1).....	159
3.3.6 Riclassificazione del personale .....	159
3.3.7 Progetti di attività aggiuntiva .....	159
3.3.8 Specialistica ambulatoriale.....	160
3.3.9 Fondi contrattuali .....	160
4. MONITORAGGIO.....	162
4.1 IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI (PNE).....	164
5.ALLEGATI.....	165
5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3 .....	165
5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.2 .....	165
5.3 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.3. ....	165

## PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), è stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

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

Ha valenza triennale ed è chiamato a definire più profili: obiettivi della performance; gestione del capitale umano; sviluppo organizzativo; obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne; trasparenza ed anti-corrruzione; pianificazione delle attività; individuazione delle procedure da semplificare; accesso fisico e digitale; parità di genere.

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

In particolare, si richiamano i seguenti provvedimenti:

- Intesa (con raccomandazioni) sancita in sede di Conferenza Unificata del 3/12/2021 su bozza del DM (schema tipo);
- D. L. 30 dicembre 2021, n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" convertito con modificazioni dalla L. 25 febbraio 2022, n. 15 (Mille proroghe) - Art. 1, c. 12, lett. a);
- Intesa (con raccomandazioni) ) sancita in sede di Conferenza Unificata del 9/02/22 sulla bozza DPR (abrogazioni);
- Parere del Consiglio di Stato n. 506 del 2 marzo 2022 sullo Schema di decreto del Presidente della Repubblica concernente regolamento recante individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione n. 369;

- Parere delle Commissioni Camera e Senato del 6/4/2022 che ha ritenuto che le amministrazioni tenute all'adozione del Piano integrato di organizzazione e di attività (PIAO) possano prorogare al 30 giugno la pianificazione con riferimento all'anno in corso relativamente a rilevanti ambiti di attività della PA;
- Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)", nel quale all'art. 7 è previsto che l'adozione, in sede di prima applicazione del PIAO, indicata all'art 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 nella data del 30 aprile 2022, sia prorogata alla data del 30 giugno 2022;
- Parere del Consiglio di Stato n. 902 del 26 maggio 2022 sullo Schema di decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione di cui all'art. 6 , comma 6, del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n.113;
- D.P.R. approvato in data 26 maggio 2022 dal Consiglio dei Ministri recante l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in attuazione del citato D.L. n. 80/2021.

L'art. 1, del citato D.P.R. "Individuazione di adempimenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" dispone per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO la soppressione dei seguenti adempimenti assorbiti nel PIAO:

- Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del);
  - Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del d.lgs. 165/2001);
  - Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del d.lgs. 150/2009);
  - Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della l. 190/2012);
  - Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
  - Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del d.lgs. 198/2006);
  - Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della l. 244/2007).
- D.P.R. approvato in data 24 giugno 2022, n.81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) in cui sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.
  - Il D.M. 30 giugno 2022, n.132 (GU Serie Generale n.209 del 07/09/2022) Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, il quale ha definito il

contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Al momento della stesura del presente documento, rispetto a quanto previsto dall'articolo 6 del D.L. n.80/2021, non è stato ancora approvato un Piano tipo, da adottarsi con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

La Regione Liguria, recepite le linee guida (Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche) prosegue e rafforza il proseguimento degli indirizzi destinati alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del PIAO:

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

Rispetto alla prima stesura del PIAO 2022-2024, anno di riferimento 2022, L'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure ha ritenuto di non duplicare i contenuti dei piani già approvati, ma di riportare nel seguente documento, i contenuti core e programmatici degli stessi.

Il suddetto PIAO 2023-2025, anno di riferimento 2023, è redatto secondo le linee guida derivate dal DM 30 giugno 2022, n.132.

## Legenda

<b>ANAC</b>	Autorità nazionale anticorruzione
<b>A.Li.Sa.</b>	Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria
<b>ASL</b>	Azienda sociosanitaria ligure
<b>AVCP</b>	Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture
<b>CCD</b>	Centro Controllo Direzionale
<b>CIVIT</b>	Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche
<b>COT</b>	Centrali Operative Territoriali
<b>D.G.R.</b>	Deliberazione della Giunta regionale della Liguria
<b>D.L.</b>	Decreto legge
<b>D.Lgs.</b>	Decreto legislativo
<b>DM</b>	Decreto ministeriale
<b>D.P.C.M.</b>	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
<b>D.P.R.</b>	Decreto del Presidente della Repubblica
<b>ECM</b>	Educazione continua in medicina
<b>FAD</b>	Formazione a distanza
<b>FOIA</b>	Freedom of information act (vedi punto 2.3.8.1)
<b>FSC</b>	Fondo per lo Sviluppo e la Coesione
<b>L.</b>	Legge
<b>NdV</b>	Nucleo di Valutazione
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione
<b>PA</b>	Pubblica amministrazione
<b>PIAO</b>	Piano integrato di attività e organizzazione
<b>PNA</b>	Piano nazionale anticorruzione
<b>PNLGA</b>	Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa
<b>PRGLA</b>	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
<b>PNRR</b>	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ( <i>Next Generation EU</i> )
<b>PSSR</b>	Piano Socio Sanitario Regionale
<b>PTPCT</b>	PIAO Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza
<b>RPCT</b>	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
<b>RPD/DPO</b>	Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer
<b>SC/SSD/SS</b>	Struttura Complessa / Struttura Semplice Dipartimentale/ Struttura Semplice
<b>Smartworking</b>	Lavoro agile (definizione a pag. 33)
<b>s.m.i.</b>	Successive modificazioni ed integrazioni
<b>S.S.N.</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>S.S.R.</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>Stakeholder</b>	Soggetti portatori di interesse della comunità di riferimento dell'Amministrazione
<b>TAR</b>	Tribunale Amministrativo Regionale
<b>UPD</b>	Ufficio Procedimenti Disciplinari
<b>Whistleblower</b>	Il dipendente pubblico <sup>1</sup> (compresi i lavoratori ed i collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi che operano in favore dell'amministrazione pubblica) che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a
<i>ossia</i>	

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

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

Il logo dell'Azienda ex D.G.R. 256 del 31 marzo 2017 è costituito da un rettangolo suddiviso in tre sezioni in campo bianco: due nella parte superiore ed una in quella inferiore. Nella sezione in alto a sinistra è riportato il logo della Regione Liguria; nella sezione in alto a destra, è riportata con colore azzurro la scritta ASL e con colore verde il numero 2; nella sezione inferiore compare la scritta blu “Sistema Sanitario Regione Liguria”.

Nessun altro Logo di settore aziendale può essere inserito nella documentazione ufficiale dell'Azienda, fatta salva la possibilità di inserire logo di altri Istituti Economici, sia pubblici che privati, purché connesse a progetti specifici che coinvolgono l'Azienda e previa autorizzazione del Direttore Generale.



Il sito web ufficiale dell'Azienda è [www.ASL2.liguria.it](http://www.ASL2.liguria.it)

Ulteriori aspetti circa le modalità di utilizzazione del logo e la concessione dei patrocini sono rimandati ad apposito regolamento interno:

- Regolamento concessione patrocinio ed utilizzo logo.

**Tabella 1:** Scheda Anagrafica

Denominazione	ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure
Sede	Piazza Pertini, 10 - 17100 Savona
Codice Fiscale / P. IVA	01062990096
Forma giuridica	Azienda pubblica di carattere sanitario e sociosanitario
Organi di vertice:	Dott. Marco Damonte Prioli
Direttore Generale	Dott.ssa Maria Beatrice Boccia
Direttore Amministrativo	Dott. Luca Garra
Direttore Sanitario	Dott.ssa Monica Cirone
Direttore Sociosanitario	
Dipartimenti	7 Dipartimenti Sanitari 1 Dipartimento Cure primarie 1 Dipartimento Prevenzione 1 Dipartimento Salute mentale e dipendenze 1 Dipartimento Tecnico-Sanitario 1 Dipartimento Tecnico-Amministrativo 4 Dipartimenti Interaziendali
Sito web	<a href="http://www.asl2.liguria.it">www.asl2.liguria.it</a>
PEC	<a href="mailto:protocollo@pec.asl2.liguria.it">protocollo@pec.asl2.liguria.it</a>
URP	<a href="mailto:urp@asl2.liguria.it">urp@asl2.liguria.it</a>

## 1.1. MISSIONE, VISIONE STRATEGICA E CODICE ETICO

### 1.1.2. La Missione Aziendale

L'Azienda ASL 2 è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza. L'Azienda ASL 2 assicura l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale e socio-

sanitario più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono in quanto portatrici di bisogni di salute, espressi in forma individuale o collettiva, in fase acuta e/o di patologie inguaribili.

La risposta alla domanda socio-sanitaria della popolazione assistita è realizzata tramite la promozione della salute ed interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale consolidando l'integrazione socio-sanitaria fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✚ agli indirizzi per lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale di cui alla lett. g) comma 2, art. 2 LR 17/2016 e s.m.i.;
- ✚ ai modelli di presa in carico della persona e in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di cui alla lett. h comma 2 della LR 17/2016 e s.m.i.;
- ✚ alle politiche delineate da A.Li.Sa di cui ai nn 1, 2, 3 e 4 della lett. d) dell'articolo 3 LR 17/2016 e s.m.i.

La missione aziendale, perseguita a norma dell'art. 32 L.R. 41/06 e s.m.i. è fondata sulla promozione della tutela degli assistiti;

- globalità dell'intervento socio-sanitario e clinico-assistenziale;
- integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali;

- equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario; riconoscimento dei diritti dei pazienti e dei loro familiari entro cui definire i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i correlati livelli organizzativi.

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

### 1.1.3 Visione Strategica Aziendale

L'Azienda ASL 2 è struttura di riferimento della sanità, secondo le aree di intervento specifiche, a livello locale-regionale e nazionale-internazionale. Il posizionamento dell'Azienda deriva dall'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che operano in Azienda, dalla capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con gli specifici settori di intervento e dall'implementazione di soluzioni gestionali che favoriscono il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte.

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

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

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

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

Lo sviluppo delle competenze e delle capacità professionali atte ad assicurare all'Azienda, nel lungo periodo, posizioni di rilievo nei settori che ne caratterizzano il ruolo di struttura di riferimento è fortemente condizionato dalla possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle esperienze scientifiche migliori e più avanzate.

Con questi obiettivi un ruolo importante, all'interno dell'Azienda, è attribuito alla ricerca indirizzata sia alla pratica clinica che all'ambito gestionale in cui

- l'equilibrio e l'integrazione delle diverse componenti professionali, sono finalizzate alla realizzazione di una azienda di insegnamento volto a garantire, prioritariamente, la qualità dell'assistenza.
- la didattica e la formazione, compresa quella rivolta al volontariato sociale, sono

considerati una risorsa preziosa perché e in quanto condivisi con l'intera Azienda e necessari ad accrescere il know how professionale.

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

## Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

La *mission* istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico. Un'Azienda genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale.

Secondo lo studioso Moore, il valore pubblico è una “strategia sostanzialmente valida: produce qualcosa che vale per rappresentati e beneficiari legittimata e sostenibile politicamente: in grado di attrarre continuamente autorità e denaro dall'ambiente istituzionale di autorizzazione sostenibile dal punto di vista operativo e amministrativo con le risorse disponibili” (Fig. 1)



### Fig. 1

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle proprie *performances*, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni:

- ✚ produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholders (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari);
- ✚ intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali);
- ✚ essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

In tempi di costante contrazione di risorse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, *stakeholders* in generale). Le esperienze degli ultimi anni danno evidenza al fatto che per generare Valore Pubblico serva un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui porre una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse (Fig. 2).

## La Creazione di Valore

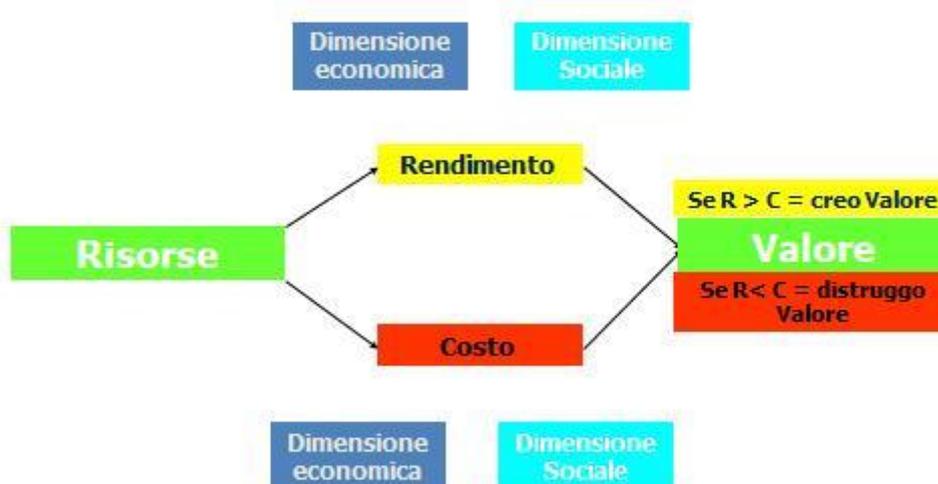


Fig. 2

Il presente P.I.A.O. è strettamente connesso anche al disegno organizzativo delineato dall'Atto Aziendale dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo da perseguire.

Attraverso i propri strumenti programmatori, l'Azienda intende:

- ✚ confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
- ✚ implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione;
- ✚ favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- ✚ valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- ✚ garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l'efficacia dei risultati e l'efficienza nell'impiego delle risorse.

Il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture dell'Azienda assicura che le azioni previste nel P.I.A.O. abbiano tutte come obiettivo il mantenimento dei servizi resi finora agli utenti

finali e il miglioramento degli stessi, grazie anche agli stakeholders, creando un forte collegamento tra la performance e la creazione di valore pubblico.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo veramente orientato, nella sostanza, al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzie della erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) Nazionali e Regionali (Fig. 3).



**Fig.3**

Si può affermare che esista una sorta di triangolazione che costituisce la base del valore pubblico, il cui presupposto si fonda sul fatto che un Ente Pubblico crea Valore Pubblico quando ottiene, in modo efficiente ed efficace, un insieme di risultati che siano allineati alle aspettative prioritarie dei cittadini. Se la Mission è allineata con le aspettative dei cittadini, il raggiungimento della Mission crea Valore Sociale. (Fig. 4).

## Il Triangolo del Valore Pubblico



Fig. 4

L'esigenza sottesa alla creazione del Valore sta nel fatto che, sotto le spinte del cambiamento, il Settore Pubblico deve costantemente rivedere la propria sostenibilità, a prescindere dagli orientamenti politici prevalenti. In conseguenza deve dimostrare di saper sempre competere con altre Organizzazioni Pubbliche o Private. Da tutto ciò consegue che:

- ✚ esiste una crescente necessità, anche per i Leader pubblici (Politici ed Operativi) di porsi l'obiettivo di creare Valore;
- ✚ come per i Leader privati, anche quelli pubblici devono agire nella ricerca di ogni opportunità che consenta di usare bene le poche risorse disponibili, al fine di creare Valore per i cittadini, i clienti e la comunità;

La Gestione Strategica delle AA PP, comporta:

- ✚ La definizione del Valore pubblico-sociale obiettivo (Vision – Mission – Obiettivi concreti);
- ✚ La mobilitazione della legittimità e del supporto per quel Valore;
- ✚ La capacità di formulare una Strategia idonea e di sintetizzarla in un Piano;
- ✚ La capacità di una realizzazione operativa efficiente ed efficace della Strategia scelta;
- ✚ Un idoneo sistema di misura dei risultati (Performance Measurement);

In sintesi, una possibile definizione di Valore Pubblico è: un quadro di riferimento che ci aiuta a collegare quello che riteniamo essere importante nel pubblico e che richiede delle risorse, con i

modi migliori di capire quello che il “pubblico” (cittadini, finanziatori, gruppi d’interesse etc.) valuta positivamente e come ci colleghiamo con loro (Fig. 5).



Fig. 5

In questo quadro molto articolato e, talora, anche frastagliato, le componenti fondamentali del Valore Pubblico vengono individuate dall’A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure, anche nei seguenti *items*:

- ✚ quantità e qualità dei servizi resi;
- ✚ *customer service*;
- ✚ informazioni;
- ✚ libertà di scelta;
- ✚ facilità d’uso e di accesso;
- ✚ risultati concreti ottenuti;
- ✚ fiducia generata.

(Fig. 6).



**Fig. 6**

Tra gli obiettivi del P.I.A.O. trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità sia fisica che digitale dell'Azienda e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure.

La digitalizzazione, difatti, offre soluzioni inimmaginabili con un impatto immediato sulla vita delle persone.

L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che sia l'innovazione tecnologica, sia quella digitale, possono giocare nel rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Non da ultimo, si pensi all'impatto che la digitalizzazione ha avuto sulle prestazioni lavorative, permettendo di superare il concetto di sede fisica di lavoro con innumerevoli vantaggi sia per il lavoratore stesso sia per l'Azienda traducendosi in benefici per l'utente finale.

## 2.1.2. Obiettivi E Indicatori Di Valore Pubblico

Il punto di partenza della pianificazione strategica dell' ASL2 Azienda Socio Sanitaria Ligure, sono gli obiettivi di indirizzo definiti dal Piano Sanitario Regionale e dagli indirizzi strategici regionali declinati annualmente quali obiettivi assegnati all'ASL2. La Direzione strategica, in coerenza con tale contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali. Le strategie si palesano in piani ed obiettivi operativi sia, attraverso il processo di budget, sia un sistema di monitoraggio di indicatori, come di seguito si riporta.

**Tabella 2:** Indicatori Valore Pubblico

<b>Ambito</b>	<b>Indicatori comportamentali</b>	<b>Indicatori di performance</b>
<b>VALORE DELLE PERFORMANCE INDIVIDUALI</b>	Conosce le modalità operative della sua struttura, comprende e utilizza le procedure e i sistemi aziendali, utilizza la struttura organizzativa in modo indiretto, attraverso i responsabili, per risolvere problemi inerenti all'attività professionale, ha una conoscenza approfondita delle strutture organizzative di riferimento.	Conoscenza e divulgazione di metodi di lavoro innovativi (si suggerisce scala Likert da 1 a 5 punti)
	Identifica e definisce le funzioni e i ruoli chiave delle strutture, conosce le principali iniziative, la cultura e le procedure dell'organizzazione, conosce la mission, la strategia e gli altri processi specifici della struttura, usa la struttura organizzativa per risolvere problemi professionali non complessi, percepisce l'impatto di eventi e azioni nell'ambito della sua struttura.	Capacità di identificare ruoli, responsabilità e processi della Struttura (si suggerisce scala Likert da 1 a 5 punti)
	Ha una profonda conoscenza dei sistemi, degli eventi, della cultura di tutta la struttura, conosce la mission e le strategie della struttura: anticipa l'impatto delle azioni sulle altre strutture, usa la struttura organizzativa per risolvere problemi complessi.	Capacità di utilizzare un approccio basato sul rischio (si suggerisce scala Likert da 1 a 5 punti)

	Consapevolezza dei sistemi, situazioni, procedure e cultura all'interno della propria organizzazione	Capacità di adottare e aderire alle procedure aziendali e di struttura (si suggerisce scala Likert da 1 a 5 punti)
	Individuare, analizzare e risolvere problemi di complessità diversa, interpretando gli elementi disponibili e ricercando collegamenti, chiavi di lettura e informazioni	Capacità di problem solving (si suggerisce scala Likert da 1 a 5 punti)
	Analizza i problemi complessi, ne identifica gli elementi critici e i modelli di interpretazione, individua i trend o le questioni riflesse da dati numerici o economici, rileva relazioni critiche fra fenomeni distinti.	
	Individuazione dei problemi, valutazione de problemi, risoluzione dei problemi, capacità previsionali.	
<b>VALORE AZIENDALE O DELLE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE</b>	<p>Rispetto degli standard di servizio che caratterizzano la struttura operativa, in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rispetto tempi di erogazione dei servizi, tempi di attesa e durata dei servizi;</li> <li>- Accessibilità fisica e ai servizi;</li> <li>- Comunicazione e trasparenza, in termini di orientamento del cittadino paziente, collegamenti con strutture esterne, chiarezza sui tempi;</li> <li>- Accessibilità, tempi: tempi di attesa per una radiografia, tempi di attesa per un intervento chirurgico programmato</li> <li>- Accessibilità fisica: Ore di apertura di uno sportello informativo</li> <li>- Numero di pazienti diabetici assistiti da case manager</li> <li>- Numero di eventi informativi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa per una radiografia</li> <li>- Tempi di attesa per un intervento chirurgico in elezione</li> <li>- Ore di apertura di uno sportello informativo</li> <li>- N.ro di pazienti con DRG...</li> <li>- Numero di interventi effettuati a seguito di pre-ricovero</li> <li>- Numero di prestazioni ambulatoriali</li> <li>- Numero di prime visite (per le maggiori</li> </ul>

	<p>organizzati sul territorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volume di prestazioni erogate (DRG, prestazioni ambulatoriali, ecc..)</li> <li>- Turn over posti letto</li> <li>- Numero di cartelle sottoposto ad audit clinico</li> </ul> <p>Sicurezza del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizzazione dei rischi di salute per il paziente in sede di erogazione dei servizi assistenziali: numero di casi di malpractice, tasso di infezioni ospedaliere.</li> </ul> <p>Soddisfazione del Cliente (Qualità percepita):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Livello di qualità percepito dal paziente cittadino (Customer Satisfaction)</li> </ul> <p>Ricavi/costi/efficienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguenze economiche associate alla gestione delle attività sanitarie: costo dei farmaci oncologici, costo delle prestazioni di radiologia per ricovero.</li> </ul>	<p>specialità)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abilitazione al pagamento del ticket online</li> <li>- Numero di eventi informativi organizzati sul territorio</li> <li>- Numero di casi di malpractice</li> <li>- Tasso di infezioni ospedaliere</li> <li>- Indice di soddisfazione del cliente esterno /cittadino</li> <li>- Costo dei farmaci oncologici</li> <li>- Numero di casi chirurgici rispetto al totale (per esempio chirurgia generale)</li> <li>- Tasso di utilizzo nuova tecnologia</li> <li>- Numero di cartelle sottoposte a controllo qualità</li> </ul>
<p><b>VALORE ISTITUZIONALE DELLE PERFORMANCE ISTITUZIONALI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rispetto dei vincoli nella gestione dei processi assistenziali e amministrativi previsti in Azienda;</li> <li>- Adozione degli strumenti tecnici e organizzativi volti al miglioramento continuo dell'assistenza</li> <li>- Trasparenza dei risultati raggiunti</li> <li>- Informazione adeguata attraverso i canali ufficiali aziendali al cittadino</li> </ul>	<p>Utilizzo della modulistica aziendale</p> <p>Formalizzazione dei PDTA in coerenza con le indicazioni A.Li.Sa</p> <p>Numero di valutazioni di clinical audit</p> <p>Numero di riunioni con il coinvolgimento delle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento degli stakeholder e della popolazione nelle attività di promozione e prevenzione alla salute</li> <li>- Capacità di gestire interazioni tra sistemi datawarehouse aziendali e regionali</li> <li>- Accessibilità ai servizi erogati da parte dei cittadini/pazienti</li> </ul>	Associazioni di volontariato (Comitato misto Consuntivo)
--	--	--

### 2.1.3 Accessibilità Fisica

L'accessibilità e la politica sulle barriere architettoniche, nella legislazione italiana corrente, sono regolate da diverse norme:

- la **legge finanziaria 41/1986**, in base alla quale viene imposto l'abbattimento delle barriere architettoniche agli enti locali e territoriali;
- la **legge 104/1992**, che introduce tutele per il cittadino disabile in materia di barriere architettoniche sotto diversi punti di vista (sanità, scuola, lavoro ecc.) e sancisce l'assoluto diritto, da parte dei disabili, di godere agevolmente dei medesimi spazi di cui godono tutti i cittadini;
- il **D.P.R. 503/1996**, sull'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici;
- il **D. M. 114/2008**, relativa invece ai luoghi storici o di interesse culturale.

Soprattutto, però, è opportuno fare riferimento alla **legge 13/1989**, che ha disciplinato nel dettaglio l'accessibilità degli ambienti e soprattutto dei luoghi pubblici, garantendo tra le altre cose anche dei contributi ai cittadini per l'abbattimento delle barriere architettoniche edifici privati.

Il decreto attuativo della medesima legge, il **D. M. 236/89**, ha introdotto ulteriori distinzioni e precisazioni tecniche sul tema. In particolare, nel decreto 236/89 vengono individuati tre criteri di qualità degli spazi, relativamente al problema delle barriere architettoniche:

- l'**accessibilità**, ovvero la possibilità che le persone con invalidità motoria o sensoriale possano entrare con facilità nell'edificio e muoversi con sicurezza nei suoi locali;
- la **visitabilità**, intesa come opportunità per i disabili di accedere ad almeno un servizio igienico apposito e agli "spazi di relazione", cioè tutti i luoghi interni di soggiorno, lavoro, servizio e incontro;

- **L'adattabilità**, che implica una relativa facilità di modifica nel tempo degli spazi costruiti, al fine di renderli progressivamente sempre più accessibili e fruibili anche per i disabili.

Il medesimo decreto, nel suo aspetto strettamente pratico, definisce anche tutti i **parametri che gli edifici privati devono rispettare** al fine di garantire i succitati livelli qualitativi, assicurando dunque l'assenza di barriere architettoniche interne ed esterne.

In base alla legge, dunque, **ogni immobile** (pubblico o privato, lavorativo o residenziale) deve presentare tutte le attrezzature, gli ausili e gli strumenti necessari a **rimuovere ogni barriera architettonica**, come ascensori, montascale e così via.

Che si tratti di edifici pubblici, di percorsi pedonali o di parcheggi, di una scuola, di un ospedale, ma anche di un esercizio commerciale di un qualsiasi settore, **la legge obbliga in tutte le circostanze ad abbattere o rimuovere le barriere architettoniche** presenti, e a costruire o ristrutturare gli edifici in modo che non ve ne siano.

L'Asl2, in tutti i suoi interventi edili, ha seguito e continuerà a seguire la normativa sopra descritta per favorire l'accessibilità fisica agli utenti su tutti i presidi sanitari di competenza.

Per migliorare il servizio sanitario e conseguentemente anche favorire l'accessibilità dell'utenza sul territorio, sono previsti interventi edili di ristrutturazione su presidi esistenti, tramite i fondi del PNRR .

Gli interventi PNRR da realizzare entro dicembre 2025, risultano:

- **n. 6 Case di Comunità (ambulatori)**

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.

L'obiettivo è agire su più fronti, da una parte **diminuendo la pressione** dei soccorsi rapidi, dall'altra di **aumentare il controllo** sanitario locale e garantire un più facile accesso a diagnosi e cure preventive.

- **n. 2 Ospedali di Comunità**

La funzione degli Ospedali di comunità è quella di costituire **un ponte tra il domicilio e l'ospedale** in senso stretto. I destinatari sono infatti pazienti che hanno bisogno di un ricovero

solo di breve durata e per un intervento di **intensità media**. Lo scopo principale è quello di assistere al meglio chi non potrebbe rimanere a casa, alleggerendo al contempo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti in genere.

- **n. 3 COT (Centrale Organizzativa Territoriale)**

Strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria

Per l'accessibilità fisica, un particolare impegno da parte della S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, proseguiranno interventi edili di ristrutturazione su presidi esistenti, tramite i fondi del PNRR, da realizzare entro dicembre 2025, in particolare:

### 2.1.4 Accessibilità Digitale

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR. Tra le missioni individuate dal PNRR la missione M6 "Salute" stanziava complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo Complementare) con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. Tale missione prevede, in base alle strategie condivise a livello regionale:

- interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali
- interventi relativi alle infrastrutture e progetti di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri tra i quali:
  - l'aggiornamento e l'aumento dei servizi di interoperabilità tra sistemi IT, sia a livello aziendale che con sistemi esterni (es. sistemi nazionali, di altre aziende liguri (es. negli ambiti di laboratorio e radiologia)
  - l'aggiornamento tecnologico completo del sistema clinico gestionale della medicina trasfusionale con l'introduzione di processi automatizzati di gestione degli emocomponenti
  - l'introduzione di soluzioni di digital pathology
  - l'aggiornamento dei sistemi di analisi dei dati clinici (dashboard e reporting)

- gli aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico con l'adozione dello standard FIHR e sistemi di validazione dei dati strutturati
- interventi relativi all'informatizzazione del cosiddetto "territorio" (ospedali di comunità, case di comunità, centrali operative territoriali)
- interventi legati alla telemedicina

Tali attività di programmazione e pianificazione sono state previste dai seguenti provvedimenti:

- DGR 72 del 07 02 2022 "Indirizzi relativi al programma degli investimenti PNRR edilizia sanitaria e di digitalizzazione dei servizi ospedalieri"
- Deliberazione 211/2022 di ASL2 "Conferma fabbisogno M6C2 1.1.2 Grandi apparecchiature"
- Deliberazione 336/2022 di ASL2 "PNRR - M6C2 – 1.1.1 Digitalizzazione ospedali - M6C1 1.2.2 COT Device e COT interconnessione"
- Deliberazione 677/2022 di ASL2 "PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – M6C2 INTERVENTO 1.1.2 AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO (GRANDI APPARECCHIATURE) – MODIFICA IMPORTO FINANZIATO DAL PNRR E DEL QUADRO ECONOMICO COMPLESSIVO"
- Deliberazione 808/2022 di ASL2 "PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - MODIFICA IMPORTO FINANZIATO DAL PNRR PER I SEGUENTI INTERVENTI:
  - M6C1 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di cura di livello I e II)
  - M6.C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative territoriali – Device
  - M6.C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative territoriali – Interconnessione aziendale"
- DGR 169 del 08 03 2022 "PNRR Missione 6 - PROGRAMMA INTERVENTI M6C1 1.1 Case della 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
- DGR 350 del 21 04 2022 "PNRR - MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR)"

- DGR 411 del 11 05 2022 “Preso d’atto del verbale del Comitato di indirizzo del Fondo strategico regionale del 6 maggio 2022 (Sezione investimenti infrastrutturali pubblici). Determinazioni conseguenti”

In questo paragrafo sono riportati gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale individuati da ASL2 per ampliare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili a tutti gli utenti, in modo inclusivo, anche per coloro che necessitano di configurazioni particolari. Per quanto attiene il tema dell’accessibilità digitale ASL2 ha effettuato nell’ultimo triennio numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare specifiche piattaforme. In particolare è stata attivata la modalità di consegna dei referti e delle immagini radiologiche abbandonando l’obsoleta modalità di consegna a sportello al fine di consentire una riduzione degli accessi fisici del cittadino ed una più semplice ed efficiente modalità per usufruire dei servizi dell’ASL2. ASL2 aderisce inoltre, come gli altri Enti del SSR, al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale aggiornando giornalmente le modalità di conferimento dei dati secondo gli standard previsti a livello nazionale e regionale per le diverse tipologie di referti e documenti clinici previsti dal piano regionale. Nel 2022 ASL2 ha inoltre adottato una soluzione opensource (Moodle) per la pubblicazione di contenuti formativi utilizzata per la formazione FAD, sia interna che esterna.

### **2.1.5 Semplificazione E Digitalizzazione**

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

La semplificazione amministrativa riveste un ruolo centrale per lo sviluppo socio-economico, costituendo un fattore abilitante per la rimozione degli ostacoli amministrativi e procedurali allo sviluppo delle imprese, e ispira infatti diverse riforme settoriali contenute nel PNRR, all’interno delle singole Missioni.

Il processo di digitalizzazione di ASL2 avviene su diversi fronti:

1. Ambito dei processi amministrativi

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

1. Nell'ambito dei processi amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di una progettualità regionale che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali delle diverse Aziende del Servizio Sanitario Regionale.. Sono inoltre in corso altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi delle Risorse Umane quali il portale del dipendente, già in uso, con l'aumento dei casi informatizzati (richieste di autorizzazioni che prevedono iter amministrativi complessi, ecc.) o della Formazione (realizzazione di una piattaforma di formazione a distanza FAD)

2. Nell'ambito dei processi sanitari sono invece in corso numerosi e rilevanti progetti ed interventi per l'aggiornamento dei sistemi ospedalieri (sistema informativo ospedaliero) per la gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera, di diagnostica strumentale in vitro, del sistema 118 regionale, che procedono di pari passo con le attività di messa in sicurezza del sistema informativo complessivo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud ovvero messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alla linee guida AgID (ora ACN - Agenzia per la Cybersecurity Nazionale).

L'unitarietà organizzativa delle aree di information technology ed ingegneria clinica consente inoltre una migliore e più efficace gestione dei processi di acquisizione ed integrazione di sistemi diagnostici complessi (es. catene di automazione dei laboratori analisi, grandi apparecchiature).

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

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

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

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

## **2.2. PERFORMANCE**

Il Piano delle Performance, sancito con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", modificato con D.Lgs 74 del 25 maggio 2017, prevede l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Gli obiettivi di performance dell'attività assistenziale discendono dal D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2017, dal D.M. 70 del 2017, dal documento di Regione Liguria DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AD AZIENDE/ENTI SSR 2022 nonché dai progetti di miglioramento e sviluppo.

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

Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal D.Lgs. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", è stata introdotta una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito del personale, che tenta di contrastare scarsa produttività e assenteismo; insiste sulla pubblicizzazione di atti, curriculum, procedure, attestazioni, per una maggiore trasparenza dell'attività, ruolo e competenza, dei dirigenti rafforzandone il principio di legalità.

Il Piano Triennale della Performance 2023-2025 con il sistema di misurazione e valutazione della performance è tuttora in fase di aggiornamento e sarà divulgato nell'area pubblica dell'amministrazione trasparente del sito dell'ASL 2, a decorrere dal 31 Gennaio 2023.

Il Ciclo delle performance è un processo attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse, avviene il monitoraggio durante la gestione e si valutano e rendicontano i risultati ottenuti. Si articola nelle seguenti fasi: a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale; e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi (Figura 7).



**Fig.7**

obiettivi riguardante l'area della prevenzione, l'area ospedaliera e la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, area territoriale/distrettuale e conseguente riorganizzazione della rete territoriale ed integrazione socio sanitaria così come richiesto da DM 77/2022.

Alla luce della DGR n.147 del 4 marzo 2022, a supporto della Giunta Regionale nelle funzioni di programmazione, indirizzo e performance, sono state approvate con DGR n° 1380-2022 del 28/12/2022 le Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale.

Le indicazioni sono in linea con le disposizioni di cui al DM70/2015, nonché con gli standard approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato Permanente per l'erogazione dei LEA in ordine ai criteri per la definizione di strutture organizzative semplici e complesse anche con le Delibere assunte in materia di Giunta Regionale. Le indicazioni sono formulate in coerenza con lo schema del Piano Sociosanitario Regionale 2023/2025 in fase di ultimazione, recependo le indicazioni del PNRR con l'emanato DM77/2022 che definisce e specifica i modelli e gli standard dell'offerta territoriale.

Nell'ambito della programmazione regionale, particolarmente significativo è il nuovo ruolo assegnato all'offerta territoriale, sia tramite la predisposizione e il completamento delle indicazioni del PNRR, che attraverso una nuova visione organizzativa.

In coerenza con quanto sopra descritto, in data 16.09.2022 sono stati assegnati alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. per l'Anno 2022 (D.G.R. n. 856 del 02/09/2022) gli obiettivi per l'Anno 2022, che potranno estendersi per alcuni, anche nell'anno 2023.(Tabella 3)

**Tabella 3:** obiettivi assegnati al Direttore Generale

N. obiettivo (come da DGR 856)	Descrizione obiettivo	Indicatore	Risultato atteso
1	Giorni di ritardo rispetto a quanto previsto dalla normativa	Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	La quota dell'indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l'ente registri ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per il 50% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 31 e 60 giorni; c) è riconosciuta per il 75% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 11 e 30 giorni; d) è riconosciuta per il 90% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 1 e 10 giorni.
<b>AREA PREVENZIONE</b>			
2	Copertura vaccinale a 24 mesi: a) nei bambini per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	a) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di	95% per ciascun sub-obiettivo potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di

	b)nei bambini per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) c)anti-pneumococcica d)anti-meningococcica C"	nascita (ossia nati 2 anni prima) b) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) c) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) d) Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	miglioramento dell'indicatore * Salvo eventuali costi emergenti per far fronte alla pandemia che non trovano copertura in specifiche risorse"
3	Copertura vaccinale anti- HPV	Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (Coorte 2010 nel 2022)	95% potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore
4	Screening colon retto	% adesione alla colonscopia dopo esito positivo al SOF	85% potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore
		% di soggetti che hanno effettuato colonscopia entro 30 gg dopo SOF positivo	50% potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore
5	Sistema di sorveglianza PASSI	numero minimo di interviste annue per garantire un campione rappresentativo regionale (almeno 1200 circa totali Liguria /anno)	275 anno per ottenere campione di rappresentatività aziendale potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore
<b>AREA SOCIO-SANITARIA</b>			
6	Potenziamento della presa in carico domiciliare	Rapporto tra numero prese in carico complessive e popolazione over 65	Incremento finalizzato al raggiungimento nel 2026 del target del 10% previsto dal PNR: +1% dell'indicatore rispetto al dato 2021 potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore
<b>APPROPRIATEZZA OSPEDALIERA E RECUPERO TEMPI D'ATTESA</b>			
7	Riduzione parti cesarei	Rapporto tra il numero di parti cesarei (drg 370, 371) ed il numero totale di parti (drg 370, 371, 372, 373, 374, 375) negli ospedali liguri Anno 2022	Da adempimenti LEA: <25% per ospedali con numero parti > 1000, <15% per ospedali con numero parti < 1000; potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore"
8	Riduzione dei ricoveri fuori soglia	Numeratore: numero ricoveri ordinari di pazienti ≥ 65 anni con durata degenza superiore alla soglia stabilita per lo specifico DRG Denominatore: numero ricoveri ordinari di pazienti ≥ 65 anni	Riduzione del 10% potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore"
9	Riduzione della degenza media area medica standardizzata per drg	Numeratore: giornate di degenza Denominatore: numero di dimessi	decremento del 5% rispetto al dato 2019 potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel

			caso di miglioramento dell'indicatore
10	Miglioramento tempi di attesa per prestazioni di specialistica PNGLA critiche (Classe di priorità B e D)	INDICE DI PERFORMANCE: rapporto tra prestazioni erogate nei tempi previsti dalla classe di priorità e prestazioni complessive prescritte per quella classe. Dati consultabili mensilmente sul sito web di Alisa.	Target (calcolati sui dati 2022 rispetto ai dati 2021): 1. garantire per il 90% delle prestazioni almeno un IP pari al 60% (classe di priorità B e D) 2. miglioramento del 15% del IP per le prestazioni con IP compreso tra 60% e 75% (classe di priorità B e D) 3. per le visite specialistiche garantire per almeno 10 delle 14 prestazioni un IP $\geq$ del 90% (classe di priorità D) potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore"
AREA FARMACEUTICA			
11	Consolidare la qualità dei dati dei consumi dei farmaci trasmessi dalle aziende sanitarie ad A.Li.Sa. al fine di poter efficacemente attuare attività di programmazione, monitoraggio, controllo e miglioramento e per garantire gli adempimenti LEA A) LEA C14-C15 B) LEA C6"	A) 1) Corrispondenza flussi dei consumi dei farmaci con voce di acquisto (CE) 2) Corrispondenza flusso tracciabilità con flusso consumi farmaci (flusso diretta + flusso ospedaliera) 3) Completezza e rispetto della tempistica nell'invio dei dati richiesti B) 1) Copertura maggiore o uguale al 75% dei costi rilevati dal modello di conto economico rispetto alla spesa rilevata dal flusso consumi (periodo gennaio-dicembre) 2) Percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti maggiore o uguale al 70%	A) 1) Corrispondenza al 100% o riconciliazione 2) Corrispondenza al 100% o riconciliazione 3) Aderenza al 100% B) Corrispondenza al 100%"
12	Implementazione utilizzo farmaci biosimilari	Indicatore e Target: per ciascuna singola molecola: DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola a monitoraggio =1; l'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare

### 2.2.1. Area Prevenzione

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

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i macro obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment*

*e capacity building*, raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

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

**Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:**

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

Il documento, rappresentando quindi la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica, investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di costo-efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali. Il Piano adotta infine un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

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

In riferimento all'area della Prevenzione, si prosegue il monitoraggio degli indicatori declinati su alcune aree dal Nuovo Sistema di Garanzia<sup>2</sup>.

### **2.2.2. Area Ospedaliera**

---

<sup>2</sup> (Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria)  
*Piano Integrato di Attività e Organizzazione ASL 2 AZIENDA Socio Sanitaria Ligure 2023-2025*  
Anno di riferimento 2023

In riferimento all' **Appropriatezza delle cure**, l'ASL 2 proseguirà il monitoraggio degli indicatori già individuati per il 2022 e inoltre:

- Il tasso di ricovero per influenza negli anziani (over 65 < 10%) popolazione di riferimento over 65 (x 100.000 abitanti)
- Tasso di ospedalizzazione per alcune patologie croniche, quali lo scompenso cardiaco, diabete e BPCO.

In riferimento alla **Gestione dei percorsi e produzione**, in ASL 2 proseguiranno i monitoraggi standard previsti dal Cruscotto Aziendale, in particolare:

- Tasso di occupazione
- Degenza media
- Chiusura delle SDO
- Utilizzo delle sale operatorie

Verranno inoltre integrati alcuni obiettivi, tra i quali:

- Obiettivi di incremento della produzione alle Strutture Chirurgiche e Anestesia.

### **2.2.2.1. Obiettivi Di Programmazione In Ambito Ospedaliero**

Tra i principali obiettivi di programmazione in ambito ospedaliero, oltre alla spinta all'implementazione dell'offerta e della produzione nelle aree specialistiche più critiche, si riportano di seguito i più rilevanti:

- Percorsi di centralizzazione dei PDTA e governo clinico, applicazione dei percorsi clinico-organizzativi previsti dai Dipartimenti Interaziendali Regionali.
- Coerenza tra i percorsi di governo clinico e la declinazione organizzativa degli Enti
- Area Emergenza, pianificazione del numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Area emergenza, proseguimento implementazione e omogeneizzazione dei percorsi Fast-Track
- Area servizi, razionalizzazione rete laboratori

- Area ospedaliera, riduzione Degenza Media nei reparti individuati, con l'obiettivo di garantire maggiormente la detensione dei PS, come da normativa Ministeriale.

### 2.2.2.2. Gestione Del Sovraffollamento In Pronto Soccorso

Il sistema di emergenza-urgenza garantisce risposte immediate e tempestive ai bisogni di salute urgenti e non programmati della popolazione che vi affersce con diverse esigenze e diverso grado di urgenza. Per questa ragione le strutture Pronto Soccorso (PS) e di Osservazione Breve Intensiva (OBI), rappresentano un punto cruciale del sistema sanitario, di cui va garantita la massima funzionalità. A.Li.Sa in sinergia con le Direzioni Sanitarie e i DIAR, ha concentrato i propri sforzi per approntare adeguate misure organizzative finalizzate a garantire il governo del processo di gestione dell'intera filiera dell'emergenza dalla fase pre-ospedaliera alla dimissione e alla residenzialità post-acuti, attraverso:

- Il monitoraggio dell'intero percorso (cruscotto)
- Il potenziamento delle cure domiciliari e l'ottimizzazione del turno-over nelle strutture sociosanitarie
- L'efficientamento dei processi di integrazione tra i servizi territoriali e distretto.

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (overcrowding).<sup>3</sup>

Oltre ai Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri dell'Ospedale S. Paolo di Savona e S. Corona di Pietra Ligure, rimane attivo il Punto di Primo Intervento di Cairo Montenotte attivo H12.

---

<sup>3</sup> LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO. Ministero della Salute 2019 [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3143\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf)

L'Ospedale S.M. Misericordia di Albenga dispone di un ambulatorio dei codici minori per la gestione delle cronicità a gestione dei Medici di Medicina Generale.

Si riportano di seguito, le azioni pianificate per la mitigazione del sovraffollamento in Pronto Soccorso:

- **Potenziamento posti letto- totale implementazione 21**
  - o Presidio Levante: Ospedale S. Paolo di Savona n. 10
  - o Presidio Ponente: Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure n. 6
  - o Struttura Distrettuale per l'Assistenza Intermedia e Offerta Territoriale di Cairo Montenotte: n. 5 Presso R.E.R. (Riabilitazione Estensiva Residenziale)
- **Rinforzo dotazione organica presso i P.S.**
  - o Incremento personale comparto presso i Pronti Soccorso di Savona e Pietra Ligure
  - o Implementazione turni aggiuntivi per i Dirigenti Medici secondo D.G.R. n. 565/22
- **Riapertura Ambulatorio di Primo intervento per bassa intensità Assistenziale Presso l'Ospedale di Pietra Ligure**
- **Potenziamento interventi per la dimissione per pz fragile ricoverato:**
  - o Reperibilità cure domiciliari nei festivi
  - o Compilazione Scheda AGED (CIRS) da parte degli Medici Internisti e Geriatri Ospedalieri
  - o Potenziamento attività di collegamento bed management / S.C. Anziani e Disabili
  - o Verifica disponibilità Medici con contratto SUMAI per visite nelle Strutture Residenziali per Anziani ed eventuale immediata attivazione
- **In relazione alla situazione di affollamento, valutazione della riduzione dell'attività chirurgica di elezione su entrambi i Presidi Ospedalieri**
- **Presenza quotidiana del personale della Direzione Medica e delle Professioni Sanitarie in PS.**

### **2.2.3 AREA TERRITORIALE/DISTRETTUALE**

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della **salute**, la sua natura di **bene pubblico** fondamentale e la centralità dei servizi sanitari pubblici. La pandemia ha però anche evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato ricorso delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi

dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema. La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici.

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

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

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

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

### **2.2.3.1. La Riorganizzazione Della Rete Territoriale**

L'assistenza territoriale pone senza dubbio maggiori problemi rispetto a quella ospedaliera, risulta più complessa nel suo governo per la molteplicità degli interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (prossimità, risposte socioassistenziali, prevenzione, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati. La struttura sociodemografica attuale e la sua proiezione futura evidenzia una prevalenza delle patologie croniche- involutive e pone il sistema sociosanitario come principale attore della risposta ai bisogni di salute della popolazione attuale imponendo profondi cambiamenti nel modello organizzativo di intervento.

La governance del nuovo impianto della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata al Distretto che si struttura con:

- La riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso il potenziamento e la creazione di strutture ad hoc come le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC);

- Il rafforzamento delle Cure Domiciliari (CD), che attraverso la costituzione delle COT, che tra le varie funzioni hanno anche quella di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari assicurando l'interfaccia con gli ospedali e con la rete dell'emergenza-urgenza; in questo contesto devono essere valorizzate le attività domiciliari svolte dai servizi sociosanitari; quali ad esempio Salute Mentale o Disabili; che tradizionalmente non afferiscono alle Cure Domiciliari ma realizzano interventi finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone fragili.
- Una più efficace integrazione tra i servizi socio-sanitari e sociali del territorio. La Casa di Comunità (CdC) rappresenta il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multi professionali e della promozione della medicina di iniziativa.
- Il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

### 2.2.3.2. Distretto

Il Distretto assume a regime un ruolo centrale nell'analisi e nella gestione della domanda, declinando a livello locale gli indirizzi da A.Li.Sa, articolando le risposte sociosanitarie con funzione di garanzia, di committenza, di erogazione.

E' il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Asl facilitatore dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, delineata dal PNRR, porta ad un modello di razionalizzazione della rete che concentra nelle Case di Comunità le strutture ambulatoriali territoriali, rafforzandone in termini di spazi, volumi e tipologia di servizi, tecnologie, professionalità e accessibilità al pubblico.

Il Distretto valuta i bisogni della popolazione e sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali, programma i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili.

Inoltre, in ottemperanza alla normativa vigente, deve garantire:

- L'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia o comunità;
- L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali.

### **2.2.3.3. Realizzazione Dell'integrazione Sociosanitaria**

Il PNRR rappresenta un'occasione imperdibile per realizzare l'integrazione in quanto identifica il sistema sanitario come parte di un più ampio sistema di welfare. In tal senso la Casa della Comunità diventa il luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria attraverso specifici strumenti, alcuni dei quali individuati come Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che consentono il funzionamento dei servizi presenti all'interno e le loro sinergie, sinteticamente elencati come segue:

- PUA- punto unico di accesso
- UVM- Unità di Valutazione Multidimensionale
- EQUIPE INTEGRATE SOCIO SANITARIE
- PROGETTO PERSONALIZZATO DI SALUTE: PIANO INDIVIDUALIZZATO DI ASSISTENZA (PAI) E RIABILITATIVO (PRI, sotto articolazione del PAI)
- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI
- FORMAZIONE CONGIUNTA

Il documento regionale declina inoltre ulteriori attività da perseguire nell'ambito della progettazione e pianificazione delle attività territoriali, quali:

- Recepimento e integrazione delle forme organizzative ai sensi dell'Art. 8 dell'ACN MMG e PLS 28/04/2022
- Recepimento e attuazione degli standard previsti da DM 77/2020 (Casa di Comunità, Infermiere di Famiglia e Comunità, la Centrale Operativa Territoriale (COT), Centrali Operative 116117, Unità di Continuità Assistenziale (UCA), Assistenza Domiciliare e Rete Cure Palliative, Ospedali di Comunità, Consultorio Familiare, Dipartimento di Prevenzione, Telemedicina e Integrazione interazione con altri servizi)
- Fabbisogni del personale per il funzionamento dei servizi

- Cronoprogramma delle attività (si rimanda a quanto previsto dalla DGR n.350 del 21.04.2022 recante “PNRR-Missione 6 SALUTE-APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR)
- Modalità di Governo e Monitoraggio (Con Delibera Alisa N.462 DEL 14/12/2021 è stato istituito “Gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di Potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR.

Si riportano di seguito, le distribuzioni logistiche ed operative identificate per le Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità per i Distretti Socio Sanitari dell’ASL2 (Tabella 4).

**Tabella 4:** Distribuzione territoriale COT, Case della Comunità e Ospedale di Comunità in ASL2

Distretto	Case di Comunità (CdC)	Centrali Operative Territoriali (CoT)	Ospedali di Comunità (OdC)
<b>ALBENGANESE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale S. Maria di Misericordia Casa di Comunità Viale Martiri della Foce,40 Albenga</li> <li>- Ospedale S. Corona di Pietra Ligure Via XXV Aprile</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale S. Maria di Misericordia Casa di Comunità Viale Martiri della Foce,40 Albenga</li> </ul>
<b>FINALESE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sede del Distretto, Via della Pineta 6, Finale Ligure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sede della CdC Via della Pineta 6 Finale Ligure</li> </ul>	
<b>BORMIDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale San Giuseppe di Cairo, Via Martiri della Libertà 30, Cairo Montenotte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale S. Giuseppe di Cairo, C.so Martiri della Libertà –Cairo Montenotte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale San Giuseppe di Cairo, Via Martiri della Libertà 30, Cairo Montenotte</li> </ul>
<b>SAVONESE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sede del Distretto Via Collodi 13, Savona</li> <li>- Vado Ligure, Via alla Costa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sede Distretto, Via Collodi 13, Savona</li> </ul>	

#### 2.2.3.4. Reparto Di Riabilitazione Extraospedaliera Residenziale (RER)

Con Delibera Regionale n.1057/2021 avente come oggetto “Riqualificazione e potenziamento della struttura ospedaliera di Cairo Montenotte” è stato istituito il Reparto di Riabilitazione post acuti.

Il reparto si inserisce nella rete di offerta dell’Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero, con la finalità di recupero funzionale e dell’autonomia in strutture prossime al domicilio.

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

Gli obiettivi sono:

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

## **2.2.4 Area Tecnica Amministrativa**

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo gioca un ruolo fondamentale nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il quale è stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

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

Ha valenza triennale ed è chiamato a definire più profili: obiettivi della performance; gestione del capitale umano; sviluppo organizzativo; obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne; trasparenza ed anti-corruzione; pianificazione delle attività; individuazione delle procedure da semplificare; accesso fisico e digitale; parità di genere.

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

Il PIAO, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n° 709 del 30/06/2022, si compone di diverse sezioni, tra le quali:

- Scheda anagrafica dell'Amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione
- Organizzazione e Capitale Umano
- Monitoraggio

Nell'ambito delle specifiche attività richieste dal Piano, anche nel 2023 proseguiranno alcune progettualità che riguarderanno specificatamente la Semplificazione e Digitalizzazione e l'Accessibilità fisica, riportate nelle sottosezioni precedenti.

In coerenza con quanto descritto nel sopracitato documento, si riportano i principali Obiettivi di semplificazione dei processi e delle procedure messe in atto dall'ASL 2 e finalizzate a ridurre il peso della burocrazia su cittadini e imprese. Semplificazione amministrativa vuol dire rendere più chiaro, comprensibile, rapido e snello il funzionamento dell'Amministrazione, tagliando passaggi procedurali e adempimenti inutili, eliminando tutto quello che è superfluo o addirittura di ostacolo per un buon funzionamento dell'amministrazione. La semplificazione amministrativa è uno dei punti cardine del PNRR.

Il processo di digitalizzazione dell'ASL2 avviene su diversi fronti che, sinteticamente, si possono assimilare ai seguenti contesti:

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

1. Nell'ambito dei procedimenti amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di una progettualità regionale di più ampio respiro che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali delle diverse Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Sempre in questo contesto è inoltre in fase avanzata di completamento la digitalizzazione del processo di adozione degli atti deliberativi all'interno del sistema di gestione documentale amministrativa e di protocollo

informatico. Tale attività è correlata all'introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovando sito pubblico aziendale per la sezione Amministrazione Trasparente. Sono inoltre in corso altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi delle Risorse Umane.

2. Nell'ambito dei processi sanitari sono invece in corso numerosi e rilevanti interventi di durata triennale per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera. Il dossier sanitario elettronico (DSE) è stato implementato come da progetto descritto in delibera 66/2017, in ottemperanza alla normativa privacy ed in particolare al regolamento europeo RGDP EU 679/2016. Il progetto ha previsto importanti adeguamenti in particolare sul sistema informativo ospedaliero One.sys, di proprietà ASL2. All'interno del DSE, che viene aperto previo consenso esplicito dell'assistito. Al suo interno sono archiviati ed accessibili gran parte dei dati sanitari registrati informaticamente in ASL2, accessibili agli operatori sanitari che hanno in cura l'assistito. Sui dati è possibile effettuare operazioni di oscuramento, sia qualora siano presenti dati a maggior tutela, sia su richiesta dell'assistito. A titolo esemplificativo e non esaustivo, all'interno del DSE ASL2 sono contenuti:

- Cartelle cliniche elettroniche
- Referti di specialistica ambulatoriale
- Prestazioni di pronto soccorso
- Esami di diagnostica strumentale (radiologia, laboratorio analisi, anatomia patologica)
- Interventi chirurgici

Nel corso del triennio 2022-2024 verranno effettuate valutazioni per l'estensione del Dossier anche ad aree attualmente non coperte o parzialmente coperte dall'informatizzazione, come ad esempio la medicina territoriale e la continuità assistenziale.

3. Infine, l'ambito delle tecnologie ICT segue le fondamentali indicazioni normative, le linee guida che hanno valenza di "soft laws", oltre ai vincoli di aggiornamento tecnologico, quali strumenti per l'innovazione sempre più necessaria in termini di:

- sicurezza informatica (c.d. cybersecurity), attraverso sistemi di sicurezza degli end-point, sicurezza perimetrale, costante aggiornamento dei sistemi operativi

- resilienza, attraverso sistemi di disaster recovery, sistemi in cloud e soluzioni di continuità operativa)
- semplificazione, attraverso l'adozione di soluzioni cloud, sistemi in hosting, sistemi iperconvergenti e virtualizzazione.

Oltre alle attività sopradescritte, in riferimento al PIAO, il Dipartimento sarà impegnato per l'anno 2023, nelle seguenti attività:

- Area ECONOMALE: Limitazione delle proroghe e ottimizzazione della gestione dei servizi economici
- Area SISTEMI INFORMATIVI: Attuazione progettualità PNRR, adeguamenti strutturali, adeguamenti parco DWH e Ingegneria Clinica; studio di fattibilità Centralino Unico ASL 2.
- AREA GESTIONE TECNICA: Adeguamento strutturale a seguito delle progettualità richieste dal PNRR ed interventi di prevenzione incendi, in collaborazione con Responsabile Prevenzione Incendi ed Servizio di Prevenzione e Protezione, e messa a norma delle Strutture.
- Area CENTRO CONTROLLO DIREZIONALE: Sviluppo del Cruscotto territoriale in collaborazione con le Strutture di competenza

## **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA ( AI SENSI DELLA LEGGE N. 190/2012 E DEL DECRETO LEGISLATIVO N.33/2013)**

### **2.3.1 Premesse, processo di adozione, situazione generale**

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

Novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal D.L. 9 giugno 2021, n. 80, 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". La norma ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che deve essere adottato annualmente dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n.165/2001 e in cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme ad altri strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione unitario ai sensi del D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 recante "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" emanato appunto secondo l'articolo 6, comma 5, del citato D.L. n. 80/2021.

La presente *Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza* è un aggiornamento del piano triennale 2022-2024 adottato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato con Deliberazione n. 709 del 30/06/2022. Essa è stata elaborata secondo:

- le normative vigenti;
- gli indirizzi del PNA 2022 deliberati dall'ANAC;
- le linee guida definite dal Gruppo di Lavoro Regionale sull'applicazione della normativa Anticorruzione e Trasparenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria;
- le disposizioni di Regione Liguria in particolare la D.G.R. n. 856 del 02/09/2022 recante "Obiettivi per l'anno 2022 ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie liguri, di A.Li.Sa., dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, nonché all'IRCCS Gaslini ed agli Enti Ospedalieri Galliera ed Evangelico – revoca DGR 829 del 25/08/2022 e nuova assegnazione obiettivi".

Questa *Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza* si colloca in una fase storica complessa e di forte cambiamento per via di una molteplicità di interventi ed eventi eccezionali per:

- superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia terminato con la fine dello stato di emergenza il 31/03/2022;
- le molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est (conflitto Russo-Ucraino);
- alcune progettualità regionali impattanti sul funzionamento dell'attività di quest'azienda (Progetto Gaslini Diffuso, SC TEMPORANEA OSPEDALIERA A DIREZIONE

UNIVERSITARIA NELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE, FUNZIONALMENTE DISTACCATA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO "SANTA CORONA" DI PIETRA LIGURE (SV) DI ASL2, Ospedale di Comunità "San Giuseppe" di Cairo Montenotte).

L'insieme di tali elementi è fattore di complessità nelle attività propedeutiche alla redazione di questa Sottosezione 2.3 del PIAO 2023-2025, sia per gli impegni di tutti i settori del personale nei forti cambiamenti in corso, sia per le conseguenze organizzative a seguito degli eventi del passato recente e programmati per il futuro.

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

### 2.3.2 La normativa di riferimento

- Il Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 ha approvato definitivamente il Piano nazionale Anticorruzione (PNA) 2022
- D.M. 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"
- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" (art. 6)
- D.L. 31/12/2020 n. 183 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione europea." all'art. 1 comma 16 (c.d. Milleproroghe);
- Delibera ANAC n. 1126 del 4 dicembre 2019 "Rinvio alla data del 1 marzo 2020 dell'avvio dell'attività di vigilanza dell'ANAC sull'applicazione dell'art.14, co.1, lett.f) del D.Lgs. 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione

dell'efficacia della delibera ANAC n. 586/2019 limitatamente all'applicazione dell'art.14 co.1, lett. F) del D.Lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa;

- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019 “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n.241 per l'applicazione dell'articolo 14, comma 1bis e 1 ter del D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 “Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Allegato n. 2 alla delibera ANAC n. 1074/2018 Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 “Richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ...”;
- L. 30 novembre 2017, n. 179 - Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5 comma2 del D.Lgs.33/2013”;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, determina ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- D.Lgs. n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L.190 del 6/11/2012 e del D.Lgs. n.33 del 14/03/2013”;
- Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Determinazione ANAC n.6 del 28/04/2015 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”;
- Deliberazione ANAC 149/2014 “Interpretazione D.Lgs39/2013 nel settore sanitario”;

- Delibera CIVIT n. 72/2013 Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell' art. 1, commi 60 e 61, della L. 6 novembre 2012, n. 190;
- D.P.R. 18 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”;
- D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla L. 6 novembre 2012, n.190;
- L. 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- L. 6 novembre 2012, n.190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”;
- L. 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- Schema di DPR recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del D.Lgs 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall'articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;
- D.L. 18-10-2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” Art. 34-bis. “Autorità nazionale anticorruzione”;

- D.L. 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)”. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- L. 3 agosto 2009, n. 116 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”;
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

### 2.3.3 La strategia di prevenzione e obiettivi

L’aggiornamento 2023-2025 della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza fa proprie le linee di indirizzo fornite a livello regionale dal Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali istituito con D.G.R. n. 957 del 28/10/2021.

Il Gruppo ha condiviso un documento denominato “Rapporto di attività anno 2022”, trasmesso al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali dal Coordinatore Gruppo Avv. Laura Oliveri con prot. 58746 del 15/11/2022, che rendiconta le attività svolte e individua le strategie di prevenzione, le attività e le progettualità formative per il 2023.

È riportato nell’Appendice in calce alla presente Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza, costituendone parte integrante e sostanziale.

In particolare nella redazione ed attuazione della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza, si ritiene essenziale il ruolo delle Direzioni strategiche aziendali che consentano al RPCT di esercitare concretamente la propria funzione:

- coinvolgendo e responsabilizzando tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all’adozione e all’attuazione delle misure di prevenzione, anche attraverso obiettivi specifici, per i Responsabili di struttura a maggiore rischio, da inserire nel sistema delle performance;
- implementando le opportune misure organizzative aziendali di prevenzione;

- assicurando al RPCT il posizionamento organizzativo e gli strumenti operativi adeguati.

Si confermano pertanto i principi/obiettivi che stanno alla base della redazione della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO che:

- mira a realizzare il valore pubblico;
- è parte integrante del processo decisionale e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- tende ad assicurare l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni;
- è un processo di miglioramento continuo e graduale;
- implica l'assunzione di responsabilità, in particolare per gli Organi di indirizzo, i Dirigenti e il RPCT;
- tiene conto dello specifico contesto interno/esterno, è trasparente e inclusivo, è ispirato al criterio della prudenza;
- implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo;
- non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive;
- valorizza l'attività del Gruppo di lavoro regionale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli enti della Regione Liguria.

#### 2.3.4 Definizione di corruzione<sup>4</sup>

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

Si può dunque definire corruzione il comportamento soggettivo di un Pubblico Funzionario, che al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assume una decisione pubblica abusando dei poteri a lui affidati al fine di ottenerne un vantaggio, condizionando impropriamente

---

<sup>4</sup>Vedi pure la Convenzione ONU contro la Corruzione (UNCAC) adottata a Merida dalla Assemblea Generale del 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con L. 3 agosto 2009 n.116, presente anche nel PNA 2019.

l'azione dell'amministrazione, sia che tale azione abbia avuto successo sia che rimanga a livello di tentativo.

In sintesi: l'assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa di condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

### **2.3.5 I soggetti interni che contribuiscono alla prevenzione della corruzione**

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

I soggetti che contribuiscono alla prevenzione della corruzione nell'ambito aziendale sono:

- Il Direttore Generale quale Organo di indirizzo dell'Azienda;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante;
- Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio;
- Il Responsabile SC CCD per la Sottosezione 2.2 Performance del PIAO;
- il Nucleo di Valutazione Aziendale (in funzione di OIV);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, UPD;
- il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO);
- Il Responsabile gestione delle liste di attesa;
- I Componenti del Servizio Ispettivo aziendale;
- I Dipendenti dell'Azienda;
- I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

### **2.3.5.1 Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale:

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

Il Direttore Generale, Dott. Marco Damonte Prioli, è stato nominato con D.G.R. n. 1137 del 30/12/2020.

### **2.3.5.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione**

Con Deliberazione n. 532 del 31/07/2020 dal 01/08/2020 è stato incaricato il Dott. Marco Esposto, confermato con Deliberazione n. 1050 del 26/10/2022.

La nomina è stata comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione si configura in questa Azienda come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto nel rispetto del limite temporale di tre anni, prevedendo eventualmente una sola proroga [...] per assicurare un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti nel ruolo di RPCT. 5

L'Azienda assicura al Responsabile della prevenzione della corruzione:

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

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

## Compiti

Il Responsabile della prevenzione della corruzione:

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, secondo le annuali indicazioni dell'ANAC, pubblica sul sito web della propria amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette al Direttore Generale. Riferisce inoltre sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale lo richieda.

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

Nel caso riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

In ipotesi riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

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

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

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

Responsabilità

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

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

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

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

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

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

### **2.3.5.3 Il Responsabile della Trasparenza**

Per quanto concerne il Responsabile incaricato vedi quanto riportato all'inizio del punto 2.3.5.2.

Le nomine sono state comunicate alla Autorità Nazionale Anticorruzione.

La trasparenza, come previsto dalla normativa, costituisce una misura fondamentale e obbligatoria per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e rappresenta una specifica sezione della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO (vedi punto 2.3.8.1).

#### *Compiti*

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

Il Responsabile provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono indicate le strutture responsabili dell'adempimento di pubblicazione, prevedendo momenti di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza ed eventuali ulteriori misure ed iniziative di promozione della trasparenza.

Il Responsabile, inoltre, controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

#### *Responsabilità*

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

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

A livello aziendale si impegna a compiere nell'ambito delle attività connesse alla trasparenza una comunicazione agli *stakeholder* e cittadini interessati.

#### **2.3.5.4 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione**

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

Sono individuati quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in aggiunta a quelli precedentemente indicati, dirigenti in possesso di specifica professionalità o funzionari preposti ad uffici/competenze di particolari aree di rischio.

### *Compiti*

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

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

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

Collaborano con il Responsabile della prevenzione della corruzione anche:

- alla verifica dell'efficace attuazione della Sottosezione 2.3 del PIAO e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

- alla verifica ed effettiva attuazione della rotazione negli incarichi all'interno dei Servizi cui sono preposti per le attività nel cui ambito è più elevato il rischio di fenomeni corruttivi;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi del valore pubblico, dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, la esatta e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

### **2.3.5.5 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

#### *Compiti*

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) esercitano, se competenti ai sensi della delibera del Direttore Generale n. 949 del 17/12/2018, il potere disciplinare in qualità di Dirigente responsabile;
- f) osservano le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
- g) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, con diretta responsabilità in caso di omissione o incompletezza dei dati.

### **2.3.5.6 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante**

Con Deliberazione n. 826 del 27/11/2020 si è proceduto alla nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'ASL2 per l'incarico di cui all'art. 33 ter,

comma 1 del D.L. n. 179/12 convertito con L. n. 221/12, individuato nell'Arch. Aldo Oriti, la cui nomina risulta trasmessa all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) presso ANAC.

### **2.3.5.7 Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio**

Con nota del Direttore Generale prot. n. 5084 del 20/01/2021 ai sensi delle norme vigenti è stato individuato il Dott. Paolo Patetta quale Gestore delegato a valutare e trasmettere alla UIF le comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio e Responsabili della segnalazione chiamati a fornire supporto tecnico al Gestore per la valutazione delle operazioni sospette di riciclaggio oggetto di possibile comunicazione alla UIF i Direttori di: SC Affari generali e legali, SC Bilancio e contabilità, SC Economato e logistica, SC Farmacia ospedaliera e logistica, SC Farmacia territoriale e farmaco economia, SC Patrimonio e gestione tecnica, SC Sistemi informativi e ingegneria clinica, SS.CC. Distretto sanitario Savonese (n. 7), Bormide (n. 6), Finalese (n. 5), Albenganese (n. 4).

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

### **2.3.5.8 Il Responsabile SC CCD per la Sottosezione 2.2 Performance del PIAO**

Al Responsabile SC CCD è assegnato il compito di redigere, in coerenza e coordinamento con le altre Sezioni del PIAO, la Sottosezione 2.2 Performance ai sensi delle vigenti disposizioni richiamate al punto 2.

### **2.3.5.9 Il Nucleo di Valutazione Aziendale (in funzione di OIV)**

Il Nucleo di Valutazione Aziendale (in funzione di OIV) ridefinito nella sua composizione dalla Deliberazione n. 287 del 23/04/2021, insieme agli altri organismi di controllo interno dell'Azienda:

a. verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance, organizzativa e individuale, e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;

b. attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione connessi all'attività anticorruzione ed alla trasparenza;

c. esprime parere sul Codice di comportamento adottato.

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

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

#### **2.3.5.10 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)**

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 949 del 17/12/2018 e collabora all'aggiornamento del Codice di comportamento e alla redazione della Relazione annuale.

#### **2.3.5.11 Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO)**

A seguito dell'entrata in vigore il 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "Relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ..." è stato adeguato il codice in materia di protezione dei dati personali. È tra l'altro prevista la figura del RPD che non deve coincidere con il RPCT come previsto dal PNA dove è indicato il rapporto di collaborazione interna da costituirsi tra le due figure attinente i profili relativi alla protezione dei dati personali. Con Deliberazione n. 257 del 24/04/2018 è stato nominato RPD aziendale la Dott.ssa Antonella Calò.

#### **2.3.5.12 Il Responsabile gestione delle liste di attesa**

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

2022 è stata costituita nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie la SSD Gestione liste d'attesa, rafforzando questo incarico dal punto di vista organizzativo.

### **2.3.5.13 I Componenti del Servizio ispettivo aziendale**

Con Deliberazione n. 542 del 24/07/2018 è stato approvato il regolamento del Servizio Ispettivo Aziendale che ne definisce i compiti e le modalità di funzionamento. Gli attuali componenti sono stati rinnovati per il biennio 2021/2022 con Deliberazione del Direttore Generale n. 66 del 29/01/2021, mentre con Deliberazione n. 103 del 03/02/2022 è stato adottato il Piano dei controlli nell'ambito del Programma annuale del Servizio Ispettivo per il 2022.

### **2.3.5.14 I dipendenti dell'Azienda**

#### *Compiti*

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio ed osservano le misure di prevenzione contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel Codice di comportamento, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e segnalano eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

#### *Responsabilità*

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda ed elencate nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del comparto che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art.1, comma 14, L. 190/2012).

### **2.3.5.15 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza e segnalano le situazioni di illecito. Anche il loro coinvolgimento è decisivo per la qualità del piano e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento al quale devono comunque attenersi.

### 2.3.6 Gli strumenti di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti nella Strategia di prevenzione

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

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

Quindi il modello operativo deve essere il seguente:

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

### 2.3.7 L'analisi del contesto

Per avviare i processi di gestione del rischio è importante, comprendere quanto più possibile l'ambiente esterno in cui l'organizzazione opera, prendendo in considerazione sul territorio diversi

contesti tra loro interconnessi: sociale, politico, economico, finanziario, competitivo, normativo, culturale. Questi nel loro insieme costituiscono il terreno su cui si consolida l'opinione e la percezione degli stakeholder cui pure questo documento si rivolge.

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

### 2.3.7.1 L'analisi del contesto esterno

#### *Aspetti generali*

La Regione Liguria, dai dati ISTAT<sup>6</sup> al 01/01/2022, risulta in Italia quella con il più basso livello di crescita naturale<sup>7</sup> ossia -9,3 su 1.000 abitanti, il più alto l'indice di vecchiaia<sup>8</sup> pari a 267,2 ed il valore più alto dell'indice di dipendenza strutturale<sup>9</sup> cioè 65,8.

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

- il livello di crescita naturale è di -10,4 su 1.000 abitanti (Liguria, -9,3);
- l'indice di vecchiaia è 284,0;
- valore dell'indice di dipendenza strutturale è 67,2;
- l'età media degli abitanti della provincia è la più alta d'Italia, ossia 50,0 anni rispetto a 46,2 anni; in altri termini il 29,7% della popolazione è ultrasessantacinquenne.

Un altro aspetto riguarda il tasso di inattività<sup>10</sup> che per la provincia di Savona è passato dal 31,9% del 2019, al 34,5% del 2020, al 32,3% del 2021.

Il territorio, suddiviso in 69 Amministrazioni comunali, si estende per una superficie di 1.545 km<sup>2</sup>, con una densità di circa 174 abitanti/km<sup>2</sup> che nel periodo estivo si intensifica notevolmente per consistenti flussi turistici sulle coste, così come nelle località dell'entroterra.

---

<sup>6</sup><http://dati.istat.it/>

<sup>7</sup>Il *tasso di crescita naturale* di un determinato anno, è rapporto tra il saldo naturale (differenza fra nati vivi e morti) e la popolazione media di quell'anno, per mille individui.

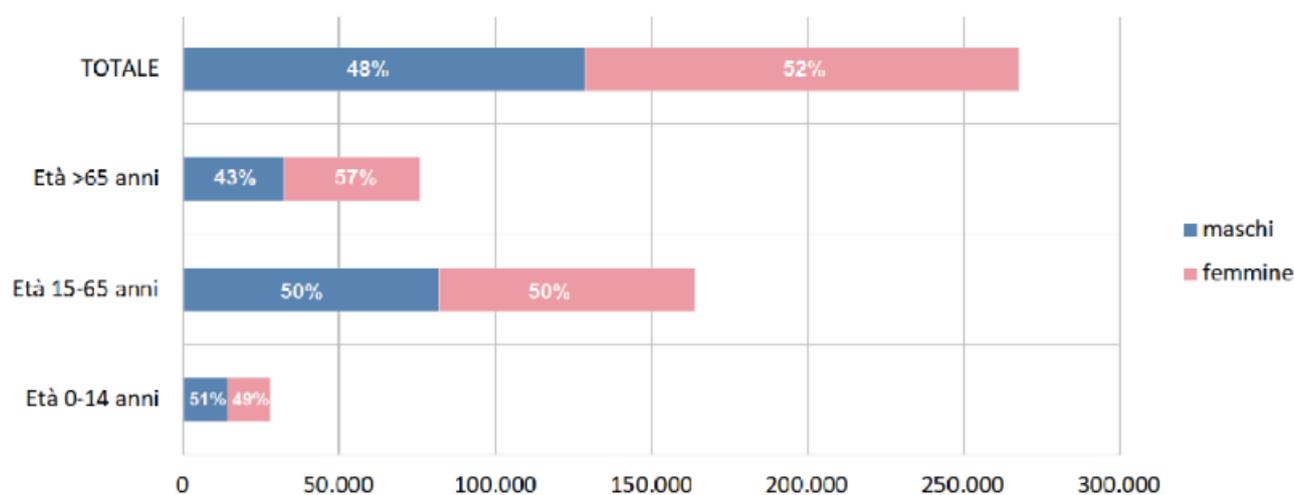
<sup>8</sup>L'*indice di vecchiaia* è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio.

<sup>9</sup>L'*indice di dipendenza strutturale* rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≤ 14 e età ≥ 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). Un valore elevato indica un alto numero di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve farsi carico.

<sup>10</sup>Gli inattivi sono le persone in età 15-64 anni che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o in cerca di occupazione. Il *tasso di inattività* è il rapporto tra le persone inattive e la corrispondente popolazione di riferimento.

La provincia di Savona, sul cui territorio opera l'assistenza e si esplicita l'azione della ASL2, ha una popolazione complessiva<sup>3</sup> di 267.748 abitanti al 31.12.2021 (vedi Tabella 1), distribuiti in 69 comuni, suddivisi in 4 Distretti: Savonese (117.104 ab.), Albenganese (59.793 ab.), Finalese (53.342 ab.) e Distretto delle Bormide (37.509 ab.).

### Popolazione Residente 2021



Dalla Tabella 6, che confronta negli anni dal 2019 al 2021 la popolazione residente totale, per distretto e per sesso, si evidenzia in soli due anni la riduzione media della popolazione (-1,79%) con una flessione generalizzata in tre Distretti aziendali (Finalese -2,04%, Savonese -3,85% e Valbormidese -3,12%), ma con un incremento del 3,29% nell'Albenganese.

Nel territorio dell'ASL2 la speranza di vita alla nascita risulta nel 2020 per i maschi 79,8 anni e nel 2021 a 80,0 anni, mentre per le femmine rispettivamente nel 2020 84,5 anni e nel 2021 84,9 anni.

Dal punto di vista socio-economico (crisi occupazionale, emigrazione delle giovani generazioni attive, contrazione delle nascite, ecc.) e conseguentemente sanitario (aumento delle fasce di età più bisognose di assistenza socio-sanitaria) desta più preoccupato interesse sia l'analisi della Tabella 7, che compara negli anni 2019, 2020 e 2021 la popolazione residente totale per distretto e per le classi di età 0-14, 15-65 e >65, dove in costante flessione è la classe di età 0-14. Questo ultimo elemento comporta in prospettiva una seria crisi demografica per questo territorio.

**Tabella 5:** distribuzione della popolazione per distretto/fasce di età/sesso 2021

DISTRETTO SANITARIO	POPOLAZIONE DI ETÀ 0-14 ANNI		POPOLAZIONE DI ETÀ 15-65 ANNI		POPOLAZIONE DI ETÀ >65 ANNI		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
ALBENGANESE	3.392	3.194	18.822	18.478	6.787	9.120	29.001	30.792
FINALESE	2.709	2.591	16.160	16.333	6.670	8.879	25.539	27.803
SAVONESE	6.222	5.845	35.414	35.899	14.123	19.601	55.759	61.345
VALBORMIDESE	2.022	1.923	11.600	11.252	4.780	5.932	18.402	19.107
<b>TOTALE</b>	<b>14.345</b>	<b>13.553</b>	<b>81.996</b>	<b>81.962</b>	<b>32.360</b>	<b>43.532</b>	<b>128.701</b>	<b>139.047</b>
<b>TOTALE POPOLAZIONE ASL2 AL 31/12/2021</b>							<b>267.748</b>	

fonte: elaborazione ASL2 dati.istat.it

**Tabella 6:** andamento POPOLAZIONE RESIDENTE 2021/2020/2019 per distretto/sexo

DISTRETTO SANITARIO	POPOLAZIONE AL 31/12/2021			POPOLAZIONE AL 31/12/2020			POPOLAZIONE AL 31/12/2019		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
ALBENGANESE	29.001	30.792	59.793	28.887	30.853	59.740	27.919	29.904	57.823
FINALESE	25.539	27.803	53.342	25.641	27.843	53.484	26.035	28.396	54.431
SAVONESE	55.759	61.345	117.104	55.895	61.719	117.614	57.505	64.109	121.614
VALBORMIDESE	18.402	19.107	37.509	18.538	19.334	37.872	18.995	19.684	38.679
<b>TOTALE ASL2</b>	<b>128.701</b>	<b>139.047</b>	<b>267.748</b>	<b>128.961</b>	<b>139.749</b>	<b>268.710</b>	<b>128.961</b>	<b>139.749</b>	<b>272.547</b>

fonte: elaborazione ASL2 dati.istat.it

**Tabella 7:** VARIAZIONE POPOLAZIONE RESIDENTE 2021/2020/2019 per età

DISTRETTO SANITARIO	RESIDENTE AL 31/12/2021					RESIDENTE AL 31/12/2020					RESIDENTE AL 31/12/2019							
	0	14	15	65	>65	TOTALE	0	14	15	65	>65	TOTALE	0	14	15	65	>65	TOTALE
ALBENGANESE	6.586	37.300	15.907	59.793	7.000	37.027	15.713	59.740	6.518	34.534	16.771	57.823						
FINALESE	5.300	32.493	15.549	53.342	5.643	32.404	15.437	53.484	4.827	33.308	16.296	54.431						
SAVONESE	12.067	71.313	33.724	117.104	12.729	71.229	33.656	117.614	11.687	72.815	37.112	121.614						
VALBORMIDESE	3.945	22.852	10.712	37.509	4.193	22.894	10.785	37.872	3.739	23.347	11.593	38.679						
<b>TOTALE ASL2 PER ETÀ</b>	<b>27.898</b>	<b>163.958</b>	<b>75.892</b>	<b>267.748</b>	<b>29.565</b>	<b>163.554</b>	<b>75.591</b>	<b>268.710</b>	<b>26.771</b>	<b>164.004</b>	<b>81.772</b>	<b>272.547</b>						

fonte: elaborazione ASL2 dati.istat.it

Il complesso di questi fattori impatta necessariamente sull'organizzazione e sui servizi di ASL2 e sulla programmazione della azioni di prevenzione e cura di una popolazione sempre più anziana.

L'area è di transito verso la Francia e, tramite lo sbocco sul mare, da e verso i paesi del mediterraneo. Secondo i dati ISTAT la Liguria è tra le tre regioni italiane insieme a Sicilia e Sardegna che assorbono quasi la metà del movimento di merci in navigazione di cabotaggio.

Lo stato di degrado della viabilità autostradale della A10 (come pure di quella ordinaria) con la necessità di cospicui interventi di manutenzione, hanno causato limitazioni al traffico regolare creando disagi economico-sociali anche sugli spostamenti degli operatori dell'assistenza sanitaria territoriale dei vari Distretti. La necessità di un piano strutturale a tutela dell'assetto idrogeologico del territorio pare elemento irrinunciabile.

Savona è fra le province italiane che hanno maggiormente risentito della crisi economica aggravata inoltre dagli effetti della pandemia: numerosi sono i casi di aree economico-industriali in crisi, come si evince dal tasso di occupazione<sup>11</sup> ridottosi dal 64,1% nel 2019 al 62,5% nel 2021.

Le aree afflitte da crisi economiche e sociali (caratterizzate dalle fragilità derivanti da mancanza di liquidità, capitali, lavoro, reddito), sono purtroppo quelle in cui si possono insinuare le infiltrazioni della malavita organizzata allo scopo di reimpiegare ingenti masse di denaro derivanti da attività illecite ricollocandolo in attività legali.

Nella fattispecie i reati di usura ed estorsione, pur non presentando una diffusione quantitativamente rilevante in provincia di Savona tendono a manifestarsi sotto nuove forme, che prevedono il coinvolgimento di finanziarie e professionisti, in operazioni di concessioni di credito. Importante, al riguardo, l'attività del Fondo di solidarietà, che eroga contributi in favore degli operatori economici, commercianti, artigiani, liberi professionisti vittime di tali crimini.

A contrastare questi fenomeni in atto e potenziali la Prefettura di Savona ha provveduto in ottemperanza alla normativa nazionale a predisporre l'Elenco dei fornitori, prestatori di servizi ed esecutori di lavori non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa, operanti nei settori esposti maggiormente a rischio (c.d. "White List"). Tale elenco, non costituisce soltanto uno mezzo che garantisce risparmio di tempi burocratici, ma uno strumento d'elezione per la tutela dell'economia legale nei confronti delle infiltrazioni della criminalità organizzata.

In attuazione di ciò ASL2 ha aderito con Deliberazione n. 172 del 16/3/2016 al "Protocollo per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" promosso dalla Prefettura Ufficio Territoriale del Governo di Savona, esitato nel successivo protocollo di "Intesa per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici" adottato con Deliberazione n. 917 del 14/12/2017, che coinvolge Enti locali ed Associazioni di categoria.

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

---

<sup>11</sup>Indicatore statistico che misura l'incidenza degli occupati sul totale della popolazione. Si ottiene dal rapporto tra gli occupati tra i 15 e i 64 anni e la popolazione della stessa classe di età.

Particolarità legata alla demografia della provincia risulta il numero delle c.d. “badanti” che sono impegnate nell’assistenza domiciliare dei pazienti anziani, cui correlare il fenomeno del lavoro sommerso per quest’attività. La Regione da un contributo alle famiglie, in particolari condizioni, che si avvalgono di attività assistenziale regolare a domicilio a seguito di dimissione ospedaliera.

### L’analisi socioeconomica e ambientale

RIEPILOGO FLUSSI MINISTERO DELLA SALUTE			
FLS11			
	anno	anno	anno
	2019	2020	2021
<b>ASSISTIBILI</b>			
Popolazione di età (0-14 anni)	26.467	25.660	25.133
Popolazione di età (14-65 anni)	157.634	155.626	156.580
Popolazione di età (65-75 anni)	34.655	34.866	34.390
Popolazione di età (75 anni ed oltre)	43.896	43.438	43.926
<b>Totale</b>	<b>262.652</b>	<b>259.590</b>	<b>260.029</b>
Quota ESENTI per reddito su ASSISTIBILI	28,56%	29,28%	29,87%
	anno	anno	anno
	2019	2020	2021
<b>ESENZIONI</b>			
Numero di esenzioni per reddito AUTOCERTIFICATE	26.253	27.019	26.948
Numero di esenzioni per reddito MEF	53.715	55.500	58.107
Numero di ESENTI per reddito	75.004	76.017	77.673
Numero di esenzioni per altri motivi	110.635	109.086	110.003

Fonte: Elaborazione ASL2 su Anagrafe Sanitaria della Regione Liguria

L’ASL2, come si evince dalla precedenti tabelle (vedi infra Aspetti generali di questo punto), ospita una popolazione in prevalenza di età matura, con presenza di anziani portatori di vari livelli di disabilità e dove non sempre le famiglie sono disponibili/sono in grado di prendersene carico. Si registra anche un significativo numero di esenzioni ticket, dove quindi la compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini tende via via a ridursi a valori sempre minori, sia per l’età (cui si associano pure le patologie croniche), sia per le condizioni economiche, con conseguenze sul bilancio aziendale per quanto riguarda i flussi di cassa.

Dal Modello FLS11 (debito informativo verso il Ministero della Salute)<sup>12</sup> riferito agli anni 2019, 2020 e 2021 risulta che chi ha goduto di esenzione per reddito (al netto delle esenzioni per patologia) è rispettivamente il 28,56%, il 29,28% ed il 29,87% sul totale della popolazione assistibile, con un andamento in lenta ma costante crescita. Questo dato è approssimativamente complementare, nel suo andamento al tasso di occupazione già rilevato<sup>1</sup> (vedi infra Aspetti generali di questo punto), confermando le considerazioni sullo stato di crisi socio-economica di questo territorio i cui effetti si manifestano col fenomeno di bassi livelli di reddito dovuti a

<sup>12</sup>Modello FLS. 11 “Dati di Struttura e di Organizzazione della Unità Sanitaria Locale”. Con il modello sono rilevati i dati di Struttura e Organizzativi della ASL al 1° gennaio di ciascun anno, tra questi il numero di assistibili per fasce d’età e il numero di assistiti esenti.

sottoccupazione<sup>13</sup>, inoccupazione<sup>14</sup>, disoccupazione<sup>15</sup>, con possibili implicazioni di difficoltà di accesso alle cure e perciò di possibile peggioramento dello stato di salute anche in termini di prevenzione.

Si segnala che, a seguito di controlli effettuati dal MEF<sup>16</sup> sulle autocertificazioni presentate dai cittadini, l'ASL2 continua l'attività al recupero dei ticket non pagati da utenti che hanno fruito di prestazioni in regime di esenzione senza averne diritto, il che rappresenta un segnale di scarso senso civico che sopravvive ancora in una parte della cittadinanza.

L'assetto delle economia provinciale è basata:

- sul porto di Savona-Vado Ligure<sup>17</sup>:
  - Savona
    - terminal rinfuse varie,
    - stazione marittima passeggeri terminal crociere Costa (fino a quattro navi da crociera in contemporanea) e terminal traghetti per la Spagna ed il Marocco,
  - Vado Ligure
    - terminal della frutta e del caffè più importante del Mediterraneo,
    - terminal traghetti per la Corsica e la Sardegna,
    - terminal di prodotti petroliferi per le industrie costiere e le raffinerie dell'entroterra,
    - terminal container all'avanguardia nel Mediterraneo per sviluppo tecnologico (Vado Gateway),
- sul turismo della c.d. Riviera delle Palme,
- sull'agricoltura con colture di nicchia soprattutto nell'area provinciale di Ponente,
- sull'industria più concentrata nell'area savonese e delle bormide (vetrerie) e sull'edilizia.

---

<sup>13</sup> Individui che dichiarano di avere lavorato, indipendentemente dalla propria volontà, meno ore di quelle che avrebbero voluto e potuto fare.

<sup>14</sup> Condizione di chi non ha ancora un'occupazione e ne è in cerca per la prima volta, prevalentemente i giovani.

<sup>15</sup> Condizione di chi è rimasto senza lavoro per cause che non dipendono dalla sua volontà, non ha un'altra attività retribuita ed è alla ricerca di un nuovo lavoro.

<sup>16</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze.

<sup>17</sup> Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale: Vado Ligure, Savona, Prà, Genova

Il turismo in particolare è attivo tutto l'anno sia dalle regioni italiane che dall'estero, rappresentando una importante risorsa nell'economia locale. Nel 2022 poi il turismo ha fatto risultare un forte rilancio riportando le attività ai livelli o in alcuni casi superiori ai flussi rilevati nel 2019 prima della pandemia.

Tuttavia l'afflusso turistico nell'area provinciale di milioni di persone all'anno, ospiti o in transito nei nostri porti, pone questioni assistenziali in particolare per le emergenze/urgenze che si ripercuotono sulla organizzazione delle strutture sanitarie.

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

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

La presenza nel territorio provinciale di strutture sanitarie private accreditate, soprattutto per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, è ancora marginale, pur se in lento sviluppo se paragonata a quella delle più grandi regioni limitrofe.

### *Il contesto sanitario*

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

Nella popolazione residente sul territorio dell'ASL2:

- 2 soggetti su 5 presentano l'eccesso di peso,
- circa 1 su 10 è obeso,
- solo 1 su 10 consuma almeno 5 porzioni di frutta/verdura consigliate,
- solo 1 su 3 è fisicamente attivo
- 3 persone su 10 sono sedentarie e fra queste,
  - 3 su 10 sono fumatori,
  - 3 su 10 sono in sovrappeso,
  - 4 su 10 sono portatori di diverse patologie (per esempio, ipertensione arteriosa, depressione),
- l'eccesso ponderale e la sedentarietà prevalgono nei maschi, di 50-69 anni, con istruzione media ed economicamente svantaggiati,
- i fumatori rappresentano  $\frac{1}{4}$  della popolazione, tra questi 1 su 4 fuma almeno 19 sigarette al giorno (forte fumatore),

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

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

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

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

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

Gli effetti generati dalla pandemia da Covid-19 hanno acuitizzato le fragilità di questo contesto.

### *Il profilo sanitario*

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

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

Tale strumento individua una serie di indicatori sanitari, tratti da una più ampia raccolta internazionalmente riconosciuta (ECHI short-list<sup>18</sup>) frutto del progetto europeo ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring)<sup>11</sup> con lo scopo di gettare le basi per lo sviluppo di indicatori sanitari (ECHI list) e di avviare l’attuazione di questi indicatori di salute in tutti gli Stati membri dell’UE.

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

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

- la più alta percentuale di consumo di alcool a rischio (22,110 vs la media regionale di 18,830);
- la più alta percentuale di soggetti obesi (9,318 vs la media regionale di 7,947);
- la più bassa percentuale di soggetti che consumano giornalmente 5 porzioni di frutta/verdura (6,452 vs la media regionale di 18,458).

#### ***Malattie croniche:***

- la più alta percentuale di popolazione affetta da diabete x 1000 abitanti (62,900 vs la media regionale di 57,400);
- la più alta percentuale di soggetti affetti da cardiopatia strutturale senza scompenso per 1000 abitanti (57,300 vs la media regionale di 51,000);
- la più alta percentuale di soggetti affetti da cardiopatia nota con sintomi attuali o pregressi di scompenso x 1000 abitanti (20,600 vs la media regionale di 12,200).

#### ***Tasso di ospedalizzazione (T.O.):***

---

<sup>18</sup><https://www.epicentro.iss.it/strumenti/echim>

- Il più alto T.O. x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (166,230 vs la media regionale di 154,770);
- Il più alto T.O. ricoveri ordinari per acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (112,220 vs la media regionale di 104,210);
- Il più alto T.O. ricoveri in DH acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (43,990 vs la media regionale di 41,280);
- Il più alto T.O. ricoveri in DH medico acuti x 1000 residenti, standardizzato per età e sesso, (21,010 vs la media regionale di 15,560);
- Il più alto T.O. ricoveri per scompenso cardiaco x 100.000 residenti (50-74 anni), (233,100 vs la media regionale di 192,370);
- Il più alto T.O. ricoveri per diabete globale x 100.000 residenti (50-74 anni), (49,000 vs la media regionale di 36,680);
- Il più alto T.O. ricoveri per patologie psichiatriche per residenti minorenni, (211,840 vs la media regionale di 169,680);
- Sistema sorveglianza PASSI:
- La più bassa percentuale di intervistati (50-69 anni) che hanno effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni (23,914 vs la media regionale di 31,441).

### **Mortalità:**

- Per quanto concerne la mortalità per tumori, malattie cardiocircolatorie e mortalità neonatale l'ASL2 si posiziona al di sotto della media regionale, rispettivamente, 254,350 vs 276,410 – 319,790 vs 322,040 – 2,490 vs 3,050;
- La percentuale di suicidi rappresenta invece un valore ben al di sopra della media regionale e cioè 7,220 vs 4,600.

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

### **2.3.7.2 L'analisi del contesto interno**

Al fine di dettagliare i contenuti relativi al contesto interno dell'Azienda, si rimanda all'allegata Relazione del Bilancio Consuntivo [pubblicata sul sito aziendale [www.asl2.liguria.it](http://www.asl2.liguria.it) nella sezione

Amministrazione trasparente > Bilancio]19 nella quale vengono esposti con accuratezza i dati e le informazioni inerenti:

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

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

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

A tal fine, sulla scorta dei RAO20 nazionali e delle direttive fornite da A.Li.Sa. in merito, è stato nel 2019 deliberato il PRGLA per il triennio 2019-2021 che prevede la costituzione di un Team e di un Responsabile aziendale delle liste e delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali per garantire una corretta risposta alle richieste dei cittadini.

L'ASL2 ha adottato a tale riguardo, con Deliberazione n. 833 del 12/11/2019, il proprio programma attuativo individuando inoltre il 01/11/2020 un nuovo “Responsabile gestione delle liste di attesa” giusta la nota del Commissario Straordinario prot. n. 240 del 28/10/2020, mentre nel 2022 è stata costituita nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie la SSD Gestione liste d'attesa.

---

<sup>19</sup><https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/bilanci.html?view=default>

<sup>20</sup>*Raggruppamenti di Attesa Omogenea*: rappresenta un modello di lavoro basato sulle priorità cliniche come sistema di governo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per ASL e Aziende erogatrici; definisce, con il coinvolgimento dei medici delle cure primarie [Medici di Medicina Generale (MMG) / Pediatri di Libera Scelta (PLS)] e delle cure secondarie (specialisti ospedalieri e convenzionati), le parole chiave cliniche e i corrispondenti limiti massimi di attesa attribuita al paziente in lista per ciascun gruppo omogeneo di priorità clinica. Vedi anche: <https://www.agenas.gov.it/applicazione-diffusa-priorita-cliniche-alle-prestazioni-specialistiche>

È stato inoltre attivato un apposito numero verde cui gli utenti si possono rivolgere qualora non vengano garantite le prestazioni nei tempi previsti dalle prescrizioni.

Parallelamente, il cambiamento delle condizioni socio economiche del paese - e della Liguria in particolare - ha incrementato, oltre al numero di anziani, i soggetti socialmente in difficoltà, privi di una rete in grado di garantire loro un supporto adeguato.

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

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

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

- M6C1 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- M6C1 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di livello I e II)
- M6C1 1.2.2 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - sub investimenti (COT, Interconnessione Aziendale, Device)
- M6C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative territoriali (Device, Interconnessione aziendale)
- M6C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità;
- M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature, nuovi progetti e FSC);
- M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- M6C2 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - sub investimento (Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale).

- M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

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

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

La rilevazione e misurazione della qualità percepita dagli utenti è un fattore critico di miglioramento continuo (*kaizen*<sup>21</sup>) delle performance delle attività erogate.

L'ASL2 assicura e programma la rilevazione della soddisfazione della qualità percepita (*customer satisfaction*) del cliente/utente, esterno e interno, in tutte le Strutture aziendali<sup>22</sup>, soddisfacendo da un lato ai requisiti di Accredimento istituzionale e dall'altro alla norma UNI EN ISO 9001:2015 per mezzo del Sistema Gestione Qualità aziendale; infatti la misurazione della qualità dei servizi

<sup>21</sup>“*Kaizen* significa miglioramento. Più precisamente, significa miglioramento continuo nella vita personale, familiare, sociale e lavorativa. Quando applicato ai luoghi di lavoro, *Kaizen* significa migliorare continuamente coinvolgendo chiunque - manager e operatori allo stesso modo.” Masaaki Imai, fondatore di Kaizen Institute.

<sup>22</sup>vedi il punto 6 del PNA 2022

costituisce un sistema di monitoraggio fondamentale e strategico per le amministrazioni pubbliche, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance.

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

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

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

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

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

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

### *Le risorse umane*

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

Dalle tabelle n. 8 e n. 9 si evince che, a novembre 2022, l'ASL2 dispone d'un totale di n. 4.706 unità tra personale dipendente e convenzionato inquadrato nei diversi ruoli - sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo - e nelle diverse categorie, profili professionali e discipline.

Si rileva inoltre che il personale dipendente presenta a novembre 2022, rispetto all'anno 2021, un differenziale del -1,77%, che percentualmente ha pesato maggiormente sulla dirigenza sanitaria.

Tra il personale convenzionato che opera nel territorio, a novembre 2022, si contano n. 176 Medici di Medicina Generale e n. 23 Pediatri di Libera Scelta.

Tuttavia l'insieme del personale sanitario convenzionato e dedicato al territorio mostra comunque un trend decrescente dal 2018 ad novembre 2022 come evidenziato in tabella n. 6 e nella successiva rappresentazione grafica. Questo appare in distonia con le esigenze strutturali descritte nelle pagine precedenti derivanti dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente nella provincia di Savona, amplificatesi per le conseguenze sanitarie e organizzative post pandemia.

Sono inoltre presenti nell'ambito provinciale savonese n. 122 Farmacie convenzionate di cui n. 79 effettuano servizio di prenotazione (CUP) per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici) e dove è inoltre possibile effettuare il pagamento del ticket<sup>23</sup> se dovuto, nonché il servizio di Anagrafe Sanitaria.

**Tabella n. 8: Personale (fonte: SC Risorse umane)**

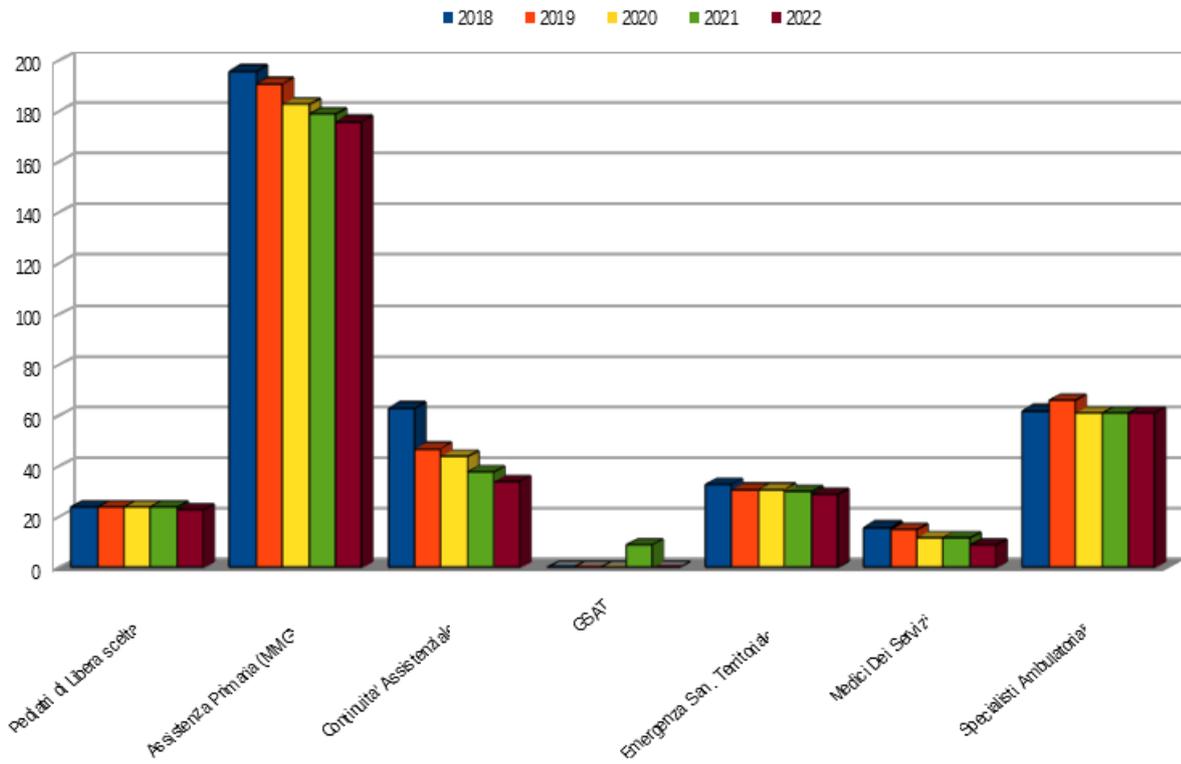
Personale Dipendente	2021			2022 (gen-nov)			Δ 2021/22	Δ% 2021/22
	A tempo indet.	A tempo det.	Totale	A tempo indet.	A tempo det.	Totale		
Dirigenza	682	44	726	652	39	691	-35	-4,82%
Comparto	3.365	362	3.727	3.548	135	3.683	-44	-1,18%
<b>TOTALI</b>	<b>4.047</b>	<b>406</b>	<b>4.453</b>	<b>4.200</b>	<b>174</b>	<b>4.374</b>	<b>-79</b>	<b>-1,77%</b>

**Tabella n. 9: personale convenzionato (fonte: SC Risorse umane)**

Personale Convenzionato	2018	2019	2020	2021	2022
Pediatri di Libera scelta	24	24	24	24	23
Assistenza Primaria (MMG)	196	191	183	179	176
Continuità Assistenziale	63	47	44	38	34
GSAT	0	0	0	9	0
Emergenza San. Territoriale	33	31	31	30	29
Medici Dei Servizi	16	15	12	12	9
Specialisti Ambulatoriali	62	66	61	61	61
<b>TOTALI</b>	<b>394</b>	<b>374</b>	<b>355</b>	<b>353</b>	<b>332</b>

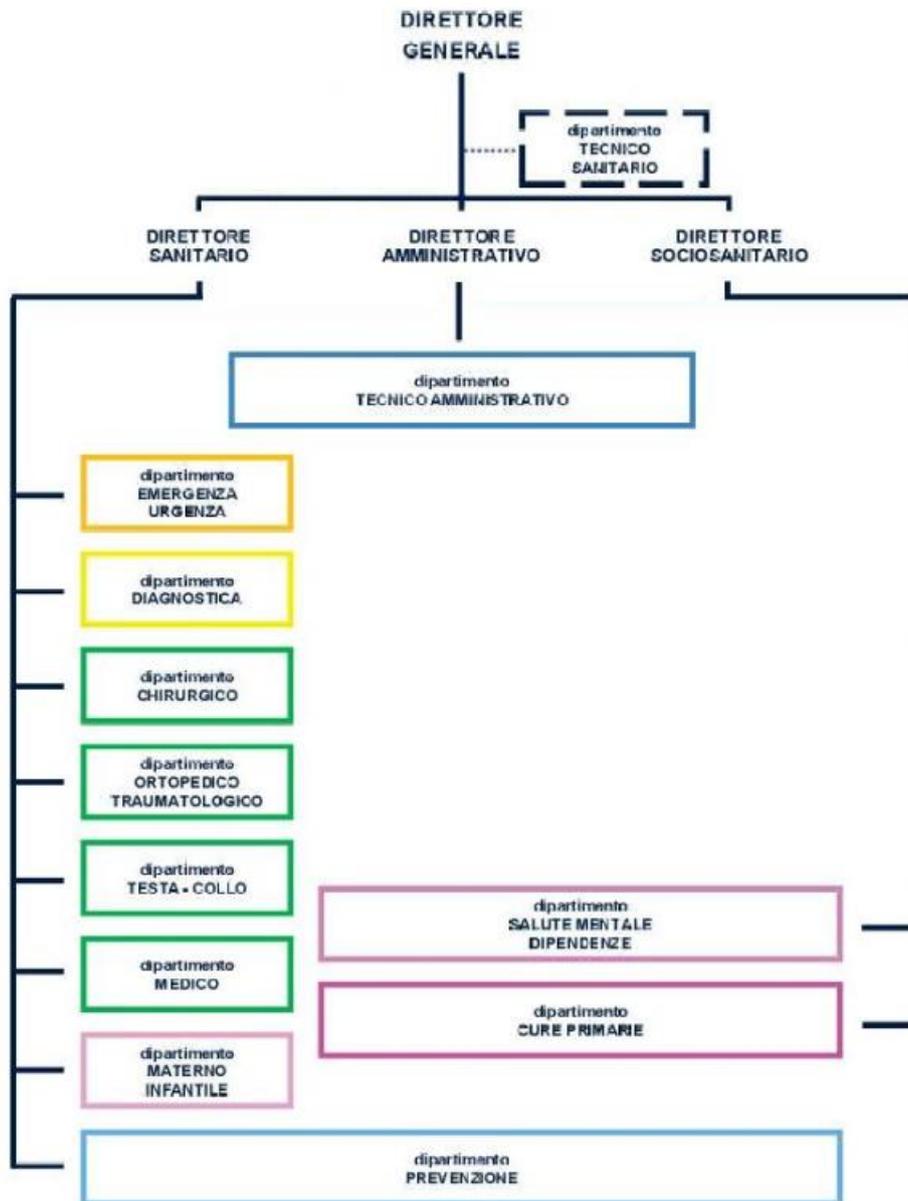
<sup>23</sup>compartecipazione alla spesa sanitaria.

Personale Convenzionato ASL2





## ORGANIGRAMMA



### *Le Associazioni di volontariato e tutela*

Uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi. A tal fine, l'Azienda attua ogni iniziativa utile a realizzare il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza, anche mediante azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti potenzialmente non accertabili.

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

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

Il Comitato Misto Consultivo si è riunito il 16/12/2022 presso l'Aula Magna del Padiglione Vigiola, riprendendo le proprie funzioni, dopo il biennio pandemico, con l'obiettivo di pianificare le attività per il 2023 e riattivare i "Gruppi di Miglioramento".

Alla fine del 2021 e nel 2022 sono state effettuate indagini di *customer-satisfaction* i cui risultati possono consentire di pianificare azioni correttive e di miglioramento ritenute prioritarie (vedi punto 2.3.7.2 di questo documento). A questo riguardo un ruolo di primario rilievo può essere svolto dagli *stakeholder* e dalla società civile, infatti può essere molto utile aprire canali di ascolto degli *stakeholder* e condurre indagini che li coinvolgano<sup>24</sup>.

Con nota prot. 114405 del 06/12/2022 è stato pubblicato sul sito aziendale un "Avviso agli *stakeholder*", come raccomandato da ANAC, per sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione anche quale

---

<sup>24</sup>Vedi il punto 5.3 del PNA 2022

contributo per individuare le priorità di intervento, la Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

### *Il report dell'URP*

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

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

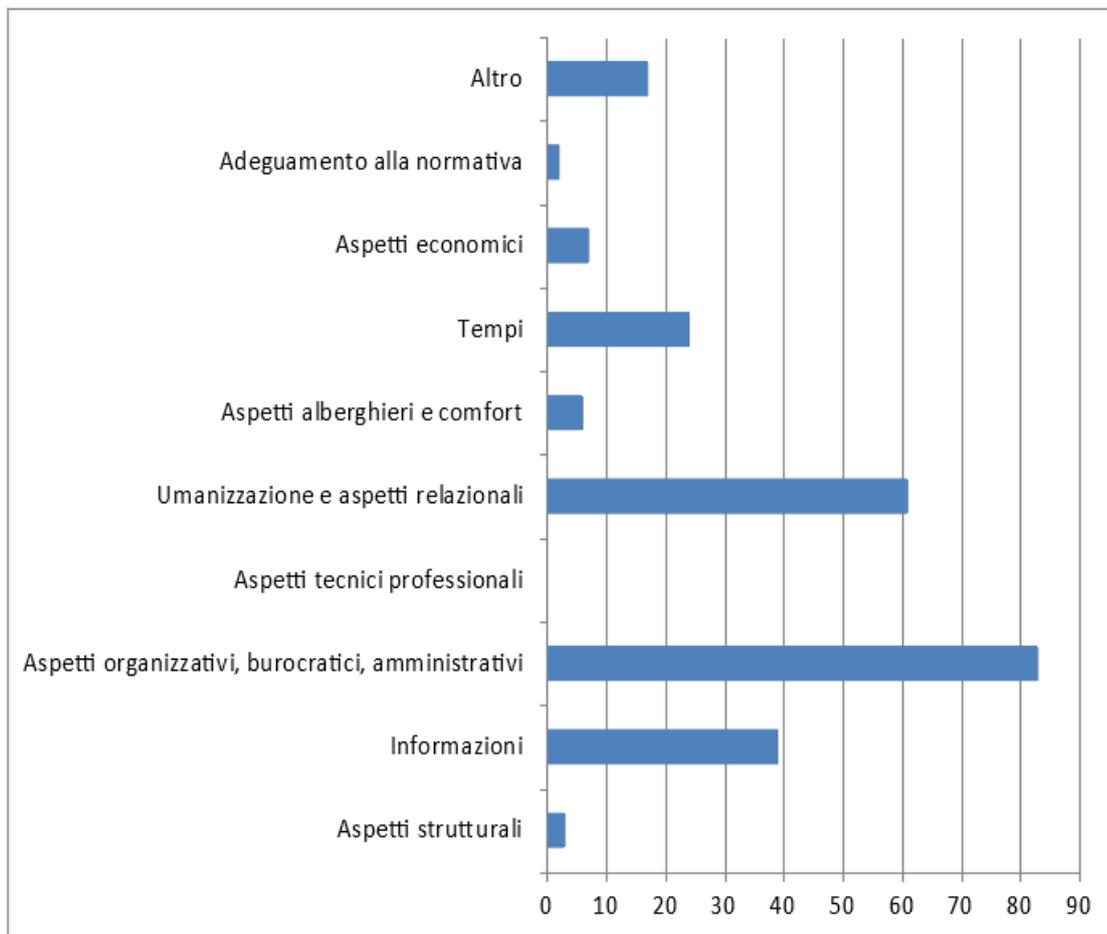
*-reclamo:* qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti che attiva un percorso formale di valutazione, un eventuale percorso di mediazione. Si chiude con una risposta scritta al cittadino;

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

<i>Anno</i>	<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022 stima su gen-nov</i>	
<i>Ambito</i>	<i>Reclami</i>	<i>Encomi</i>	<i>Reclami</i>	<i>Encomi</i>	<i>Reclami</i>	<i>Encomi</i>
Presidi Ospedalieri	142	153	111	129	86	94
Area Territoriale	168	18	131	56	61	29
<b>Totale</b>	<b>310</b>	<b>171</b>	<b>242</b>	<b>185</b>	<b>147</b>	<b>123</b>

Nella tabella sopra sono riportati il numero di reclami ed encomi rilevati dall'URP dal 2020 al 2022 distinta per Presidi Ospedalieri ed Area territoriale.

Qui sotto la classificazione grafica dei reclami dell'anno 2021 suddivisa per macrocategorie.



L'andamento di flessione costante e sensibile dei reclami nel triennio 2020-2022 può essere anche frutto della migliorata gestione delle segnalazioni/richieste di informazioni da parte degli utenti, grazie alle particolari esperienze acquisite nel periodo emergenziale pandemico.

## 2.3.8 Le misure di prevenzione obbligatorie

### 2.3.8.1 La trasparenza

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

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

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

Inoltre è introdotta una nuova forma di accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni (*common law*<sup>25</sup>) è definita *Freedom of information act* (Foia)<sup>26</sup>. Questa innovativa forma di accesso per il nostro ordinamento prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

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

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

Ai sensi del D.lgs. n. 162/2019 “Milleproroghe” entro il 30 aprile 2021 doveva essere adottato il regolamento ministeriale in relazione alla pubblicazione dei dati relativi all'art. 14 comma 1 lett. f del D.lgs. 33/2013. Ad oggi detto regolamento non è ancora stato emanato, ed essendo scaduto il termine sulla sospensione delle sanzioni previsto da ANAC. In accordo con il Gruppo RPCT si è rivalutata l'applicabilità delle disposizioni sulla pubblicazione dei dati economico patrimoniali dei dirigenti delle aziende e degli Enti degli SSR alla luce delle indicazioni fornite da Alisa in data

---

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

<sup>26</sup>Vedi: <https://www.foia.gov.it/foia/>

15/07/2020. Nel predetto documento era stata prevista la sola acquisizione dei dati patrimoniali e reddituali per i dirigenti nuovi assunti -ai sensi dell'art. 13 comma 3 del D.P.R. 62/2013 - e sospesa l'applicazione dell'art. 14 lett. f.

In riferimento alla questione dell'obbligo tempestivo di pubblicazione e aggiornamento (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013), per venire incontro alle strutture aziendali affinché possano ottemperare agli adempimenti cui sono soggette con semplicità e certezza, con prot. 62727 del 30 giugno 2021, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, sulla base delle indicazioni di pag. 151 della Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, ha ritenuto di indicare che la pubblicazione/aggiornamento di documenti informazioni, dati sia tempestiva quando è effettuata di norma entro quarantacinque giorni dalla disponibilità definitiva degli stessi, salvo nei casi in cui la legge espliciti un differente termine.

Il 5 giugno 2020 è stato adottato con Deliberazione del Commissario straordinario n. 354 il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi e per il diritto di accesso civico a dati, informazioni e documenti prodotti e detenuti da ASL 2. Delibera ed il Registro degli accessi sono reperibili sul sito aziendale Home>URP> Accesso agli atti.

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

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

Gli artt. 8 e 14 del D. Lgs. n. 33/2013 prevedono tra l'altro la pubblicazione tempestiva dei *curriculum vitae* dei dirigenti e degli incaricati di funzione. Per semplificare e rendere più snelle le procedure in essere, nel 2021, ASL2 ha incaricato Liguria Digitale S.p.A. di implementare un sistema informatico di acquisizione annuale dei *curriculum vitae* e dei loro aggiornamenti con un modulo da compilare sul portale Intranet aziendale a cura dei dirigenti e degli incaricati di funzione. Tale procedura è stata attivata nel 2022 ed è attualmente la modalità ordinaria di pubblicazione ed aggiornamento tempestivi dei *curriculum vitae* per le figure tenute a questo adempimento.

Si allega l'elenco degli obblighi di pubblicazione aggiornato (**Sottosezione 2.3 - Allegato 1**) secondo i riferimenti forniti dal PNA 2022. L'Allegato 9 "Parte speciale Obblighi trasparenza

contratti” infatti sostituisce gli obblighi di pubblicazione relativi alla “Sottosezione 1° livello – Bandi di gara e contratti” come precedentemente definiti nell’Allegato 1 alla Delibera ANAC 1310/2016.

### **2.3.8.2 La tracciabilità dei procedimenti**

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

a) la *dematerializzazione dei flussi amministrativi*, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare lo “stato” di un atto, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;

b) la *semplificazione dei flussi documentali*;

c) la *standardizzazione di tipologie di provvedimenti*, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;

d) la *trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi*, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l’apporto degli operatori responsabili.

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

L’Azienda gestisce informaticamente con apposite procedure:

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

### 2.3.8.3 I Codici di comportamento

L'Art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 1 comma 44 della L. 190/2012, ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti "al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico".

A seguito di tale delega il Governo ha adottato il D.P.R. n. 62/2013, entrato in vigore il 19/06/2013.

L'ASL2, in ossequio a quanto stabilito dal predetto comma 5 art. 54 ed anche dal comma 2 art. 1 del Codice generale (D.P.R. 62/2013) e alle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 358 del 29/03/2017, ha adottato il Codice di Comportamento Aziendale con Deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 12/06/2018. I Dipendenti dell'ASL2 savonese sono stati portati a conoscenza del predetto Codice di Comportamento mediante pubblicazione nel sito aziendale alla sezione Amministrazione trasparente nonché divulgazione con pubblicazione sulla intranet aziendale con avvisi in evidenza.

Anche in relazione a quanto previsto dal Codice di comportamento, il Direttore SC Risorse Umane e il Direttore SC Affari Generali e Legali devono acquisire apposita dichiarazione, inserita nei contratti per il personale dipendente o con contratto libero-professionale, di impegno a prendere visione: del Codice disciplinare e del Codice di Comportamento e degli obblighi sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione contenuti nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Nel corso del 2022, l'UPD ha concluso n. 31 procedimenti dei quali n. 25 hanno dato luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, mentre n. 6 sono esitati in archiviazioni.

<b>sanzione applicata</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
rimprovero scritto	5	1	5
sospensione dal servizio	3	5	6
sanzione non conservativa	-	-	1
sanzione pecuniaria	1	-	11
archiviazione	-	-	2
archiviazione <sup>27</sup>	-	-	6

<sup>27</sup>Connessa a precedente procedimento penale

<b>provvedimenti disciplinari</b>			
<b>categoria</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
dirigenza	5	1	6
comparto	4	5	25

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

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

Inoltre la sanzione irrogata più frequentemente è stata la sanzione pecuniaria.

L'incremento dei procedimenti è stato riconducibile in particolare a inosservanze relative a: norme correlate al Covid 19, norme sulla privacy e infine ad archiviazioni di procedimenti antecedenti alla rilevazione 2022; infatti al netto delle inosservanze citate la quantità dei procedimenti è sostanzialmente in linea con le rilevazioni precedenti.

Alla luce di quanto rilevato appare decisiva l'attività di formazione volta a diffondere principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati: in tale contesto è stato promosso nel 2022 un corso di aggiornamento obbligatorio di n. 8 ore per tutto il personale in modalità FAD sincrona in materia di "Protezione dati alla luce del regolamento europeo" (vedi *infra* 2.3.8.11 e l'Appendice).

#### **2.3.8.4 La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione**

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

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

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

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

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

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

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

La misura della rotazione<sup>28</sup> è stata oggetto di studio ed approfondimento da parte del Gruppo di lavoro regionale RPCT e sono apparse subito evidenti le problematiche correlate alla effettiva attuazione della misura. Occorre quindi pianificare bene l'intervento ed operare con criteri di gradualità nell'attuazione della misura accompagnando la stessa con attività di formazione specialistica e affiancamento.

Si suggerisce quindi di effettuare una preventiva identificazione delle strutture e degli uffici maggiormente esposti a rischio corruzione destinatari delle procedure di rotazione. Qualora motivatamente la rotazione appaia impossibile o particolarmente complessa si possono ipotizzare misure di prevenzione compensative quali ad esempio la segregazione delle funzioni o altre da attuare possibilmente in modo uniforme a livello regionale nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.

---

<sup>28</sup>vedi in proposito *infra* punto 2.3.5.2

### **2.3.8.5 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse**

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

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

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

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

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

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

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

Il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ha elaborato nel 2022 i seguenti documenti:

- il Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici nelle Aziende Sanitarie e relativa modulistica (vedi *Appendice* al punto 4.1.2),
- le Procedure operative per la partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati (vedi *Appendice* al punto 4.1.3),

i quali che potranno essere adottati dalle Aziende del SSR.

### **2.3.8.6 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali**

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

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

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

- degli appositi regolamenti adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della L. n. 400 del 1988 debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001;
- le amministrazioni adottino dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. 190/ 2012, prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano

da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente”.

### **2.3.8.7 L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario**

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

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

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

### **2.3.8.8 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors)**

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

La disposizione stabilisce che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1,*

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

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I “dipendenti” interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006).

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

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

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

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

- il Direttore della SC Risorse Umane è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- i direttori delle SS.CC. che si occupano degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore della SC Affari Generali e Legali dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001.

L'Azienda potrà disporre controlli a campione anche avvalendosi dell'attività del Servizio Ispettivo aziendale.

Il *Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza* ha posto tra i propri obiettivi per il 2023 (vedi *Appendice* punto 5) l'approfondimento della definizione di procedure per il *pantouflage*<sup>29</sup>.

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

La L. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni

---

<sup>29</sup>vedi in particolare il PNA 2022 il capitolo denominato *Il pantouflage* alla pag. 60 e seguenti  
*Piano Integrato di Attività e Organizzazione ASL 2 AZIENDA Socio Sanitaria Ligure 2023-2025*  
*Anno di riferimento 2023*

e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

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

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

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

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

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

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001;

- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

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

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

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

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

#### **2.3.8.10 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)**

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

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

Inoltre la L. n. 179 del 30 novembre 2017 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”* all'art.1, comma 3 dispone: *“l'identità del segnalante non può essere rilevata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del Codice di procedura penale.”* *“nell'ambito del procedimento dinanzi alla*

*Corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria..." "Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti alla stessa"*

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

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

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

L'art. 2, comma 1 della L. 179/2017 prevede che all'art. 6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n.231, dopo il comma 2 siano inseriti i seguenti: comma 2 bis lettera c): il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. L'art. 2, comma 1 della L. 179/2017 prevede che all'art.6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n.231, dopo il comma 2 ter prevede che l'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni di cui al comma 2 bis può essere denunciata all'Ispettorato Nazionale del Lavoro per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'Organizzazione sindacale indicata dal medesimo.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili. La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico. La tutela prevista

dalla norma è circoscritta all'ambito dell'Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

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

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

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

Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia<sup>30</sup>. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'Azienda per ottenere: a) un provvedimento giudiziale d'urgenza

---

<sup>30</sup>Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni della ASL2 è stato costituito, ai sensi delle disposizioni vigenti, con Deliberazione n. 994 del 07/10/2022 recante "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, ai sensi dell'Art. 57 del D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - individuazione dei componenti di parte pubblica e di parte sindacale".

finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente; b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato; c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

L'ASL2, sulla base della determinazione adottata dall'ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", e in relazione alle attività svolte dal Gruppo regionale RPCT ha attivato idonee procedure di segnalazione al fine di prevedere la massima tutela del dipendente che effettua la segnalazione di illecito, aderendo tra l'altro alla piattaforma *Whistleblowing PA* fornita da *Transparency International* che da accurati approfondimenti è risultato il sistema più adeguato ed economico. Nessuna segnalazione nel 2022.

### **2.3.8.11 La formazione**

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

- l'attività amministrativa sia svolta da soggetti consapevoli ove la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni siano assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure), da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione, sia quanto più diffusa in tutti i settori;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza rappresenti l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione ordinaria del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria consenta da un lato al dipendente di svolgere la nuova funzione da esercitare in conseguenza della rotazione ordinaria, dall'altro possa essere di supporto allo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla presenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate, possa costituire un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative";

- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, possa meglio supportare ed orientare l'azione di dipendenti e dirigenti evitando l'insorgere di prassi ed opportunismi contrari alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- sia perpetuata la condivisione più ampia di valori etici, mediante l'approfondimento dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

L'Azienda nel corso del 2022 ha perseguito programmi di formazione per il personale prevalentemente tramite come previsto nel "PIANO DELLA FORMAZIONE AZIENDALE E FINANZIAMENTO ANNO 2022" adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 675 del 23/06/2022. (vedi *Appendice* punto 4.2)

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

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

#### **2.3.8.12 I patti di integrità negli affidamenti**

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

L'AVCP con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che “mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).

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

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

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

Conseguentemente, per l'applicazione uniforme delle disposizioni su questo punto, il *Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza*, ha elaborato un documento, condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenente Linee Guida e uno schema tipo che potrà essere adottato da codeste Aziende (vedi *Appendice* al punto 4.1.1).

### **2.3.8.13 Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti**

Il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASL2 definisce procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

A tal fine, tutte le fasi procedimentali, da quella iniziale sino a quella conclusiva, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda sono pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Il rispetto dei tempi procedimentali costituisce elemento sintomatico della corretta attuazione dei principi in tema di giusto procedimento, correttezza dell'agire amministrativo, e conseguentemente degli obiettivi di prevenzione di cui al presente Piano di prevenzione della corruzione.

#### **2.3.8.14 Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione**

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

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

Anche attraverso queste leve possono rafforzarsi le misure organizzative interne di vigilanza e tracciabilità in ordine alle iniziative realizzate nel corso del triennio di vigenza del Piano.

L'Azienda è impegnata nello sviluppo della digitalizzazione di tutti i processi, attraverso:

- il sistema di *Information and Communication Technologies* (ICT) aziendale con il rafforzamento della piattaforma *ONESYS* in tutti i punti di erogazione dell'assistenza sanitaria dell'Azienda;
- l'introduzione del nuovo applicativo della *procedura di libera professione* presso ogni ambulatorio esterno all'azienda;

- la *gestione delle agende di prenotazione ambulatoriali e di ricovero ospedaliere*, compresi gli interventi chirurgici vedi anche punto 2.3.5.11 sul programma attuativo aziendale ed il “Responsabile gestione delle liste di attesa”;
- la *cartella clinica elettronica* via via in tutti i reparti ospedalieri e l’informatizzazione di tutti gli ambulatori ospedalieri;
- il *consolidamento dell’informatizzazione dei processi documentali* (sistema FOLIUM-CIVILIA protocollo informatico e procedura deliberazioni/determine) e del *Registro informatico degli accessi* (vedi *Appendice* al punto 4.2);
- informatizzazione gare per acquisizione di beni e servizi, procedura ARCA-SINTEL, di cui al Codice dei contratti sono eseguite utilizzando mezzi di comunicazione elettronici;
- le procedure previste dalle disposizioni normative sul *NSO (Nodo Smistamento Ordini)* in particolare per quanto concerne gli ordini riguardanti *prestazioni strettamente sanitarie*;
- il Progetto Regionale per la revisione del sistema contabile delle Aziende sanitarie liguri (D.G.R. n. 882/2019) Deliberazione A.Li.Sa. n. 308/2019 recepita con Deliberazione del Commissario straordinario n. 772/2019, che dovrebbe essere portato a termine nel 2023.

### **2.3.9 Il processo di gestione del rischio**

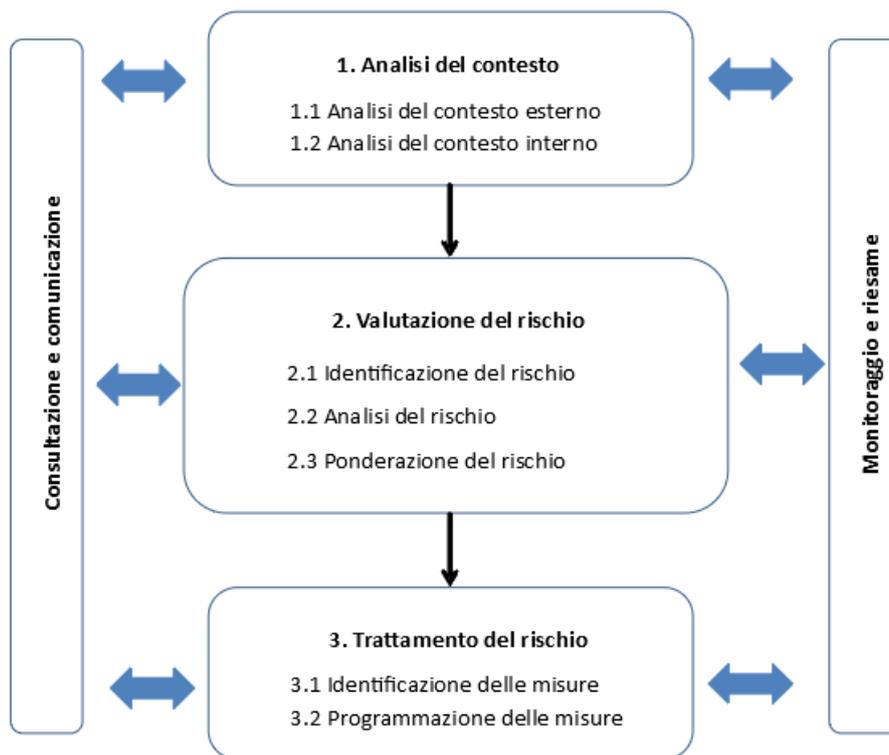
La sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza è un programma delle attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi, dei responsabili per l’applicazione di ciascuna misura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

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

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

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

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



### 2.3.9.1 La “mappatura” dei processi

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

Per quest’ultimo motivo i dati esaminati per la mappatura (**Sottosezione 2.3 - Allegato 2**) sono rimasti invariati.

### 2.3.9.2 Analisi del contesto

Vedi integralmente il punto 2.3.7 di questa Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza.

### 2.3.9.3 La valutazione del rischio

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

Le fasi principali seguite sono:

- **Identificazione**

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

- a) individuazione del rischio corruzione (evento);
- b) indicazione delle "modalità di comportamento corruttivo";
- c) "fattori abilitanti" ovvero delle variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle "modalità di comportamento corruttivo".

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

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

#### • **Analisi**

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

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

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

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

<b>MATRICE DI RISCHIO</b>	<b>IMPATTO EVENTO</b>			
<b>PROBABILITÀ EVENTO</b>	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
MEDIO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO
MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO

• **Ponderazione**

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

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

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

**2.3.9.4 Il trattamento del rischio**

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

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

**2.3.10 Monitoraggio attuazione delle misure di prevenzione**

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

Partecipano a garantire l'attività di monitoraggio, i soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione descritti al punto 5. di questa Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza.

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

A tal proposito il D.L n. 80 del 09/06/2021 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” ha introdotto all'art. 6 il *Piano integrato di attività e organizzazione*<sup>31</sup>(al suo interno tra l'altro integra la sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza), allo scopo di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

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

- la reportistica periodica delle performance aziendali;
- i dati quali-quantitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari (vedi *supra* punto 2.3.8.3), dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva, dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'URP (vedi *supra* punto 2.3.7.2), delle segnalazioni provenienti dalla piattaforma *whistleblower* (vedi *supra* punto 2.3.8.10);
- l'attività formativa svolta in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione con i corsi FAD: “La Legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione” obbligatorio per tutto il personale, “Metodologia per l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle linee guida ANAC”, “STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLE INDAGINI CONOSCITIVE E RILEVAZIONE E MONITORAGGIO DATI”;
- l'attuazione del progetto di implementazione di un sistema informatico di acquisizione dei curriculum vitae e dei loro aggiornamenti annuali tramite modulo da compilare (data entry) a cura

---

<sup>31</sup>Il Piano è triennale e, aggiornato annualmente, definisce: a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance; b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo; c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne; d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa (vedi *Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza*); e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche col ricorso alla tecnologia, e la pianificazione delle attività; f) le modalità e le azioni per realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, degli ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere (vedi *CUG-Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, il benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*).

di dirigenti e incaricati di funzione sul portale Intranet ASL2 con precompilazione dei dati anagrafici della SC Risorse umane e presenti sul sistema informativo aziendale;

- con nota trasmessa via email il 30/11/2021 e successivi riscontri, gli uffici della SC Risorse umane hanno preso atto del “Ruolo di verifica assegnato all’ Ufficio del Personale (all’atto dell’assunzione del dipendente)” come definito al punto 4.2) della nota di A.Li.Sa. prot. 5043 20/04/2021 recante “Indicazioni operative sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013” in relazione a situazioni di inconfiribilità/incompatibilità dei dirigenti;
- nel 2022 l’ANAC con Delibera n. 201 del 13 aprile 2022 recante “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022 e attività di vigilanza dell’Autorità” ha predisposto oltre alla Griglia rilevazione al 31/05/2022, anche l’obbligo di un monitoraggio al 31/10/2022 per verificare il permanere o il superamento di carenze significative di pubblicazione nella colonna “completezza di contenuto” con un valore inferiore a 3 delle sole criticità esposte, come evidenziate dal Nucleo di Valutazione Aziendale (OIV).

### 2.3.11 Cronoprogramma

L’attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo permanente e continuo; di seguito un sintetico cronoprogramma con alcune scadenze predefinite.

Tempistica	Attività	Soggetto competente
Entro il 31 gennaio 2023	Aggiornamento della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.	RPCT
Indicazioni ANAC	Pubblicazione relazione annuale RPCT.	RPCT
Indicazioni ANAC	Attestazione OIV di pubblicazione dei dati ai sensi D.Lgs. 33/2013.	OIV-NdV
Entro febbraio 2023	Pubblicazione sulla Intranet della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO ed invio tramite mail di comunicazione ai Direttori SS.CC.	RPCT
Entro il 30 giugno 2023	Comunicazione ai Direttori di Struttura Complessa per puntualizzare l’attenzione sugli adempimenti previsti dalla Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.	RPCT
Entro il 30 novembre 2023	Promemoria a Strutture interessate per l’invio della relazione relativa agli obiettivi di performance legati alla Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO entro la scadenza prevista.	RPCT

### 2.3.12 Disposizioni finali

Per quanto non espressamente qui previsto, trovano applicazione le norme della L. 190/2012.

## **Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

La Struttura organizzativa è definita nell'Atto di Autonomia Aziendale, approvato, da ultimo, con Deliberazione n. 744 del 08.09.2021.

Sono Organi dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con

particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

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

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

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

### **3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

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

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

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

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

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

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

In coerenza con le Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto 8 ottobre 2021, recante “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le Organizzazioni Sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

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

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

- ✚ possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- ✚ possibilità utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- ✚ possibilità da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;

- ✚ disponibilità del/della dipendente o, in alternativa, possibilità di fornitura dall'Azienda (nei limiti della disponibilità), della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- ✚ assenza di pregiudizio nell'erogazione dei servizi rivolti a pazienti, cittadini, ovvero soggetti interni/esterni destinatari delle prestazioni istituzionali aziendali, che deve, pertanto, essere assicurata con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

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

- ✚ personale del ruolo amministrativo, tecnico, professionale e/o sanitario, impegnato in servizi e/o attività da rendere necessariamente in presenza;
- ✚ personale preposto ad attività sanitaria/clinica/assistenziale che richieda inderogabilmente la presenza fisica;
- ✚ personale assegnato a servizi che richiedono presenza per controllo accessi (varchi aziendali);
- ✚ personale preposto a servizi di vigilanza, ispezione e controllo da rendere inderogabilmente in loco;
- ✚ personale assegnato a servizi di linea per i quali costituisce presupposto inderogabile, ai fini dell'erogazione del servizio stesso, la presenza fisica (interfaccia fisica con l'utenza, interna od esterna).

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

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

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

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

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

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

In relazione ai comportamenti organizzativi che misurano come gli obiettivi sono stati raggiunti, attraverso il confronto tra comportamenti attesi ed i comportamenti agiti, devono in futuro trovare adeguata collocazione anche i comportamenti correlati alle figure dello “*smartworker*” (fruitore della modalità del lavoro agile) e del “*distance manager*” (figura responsabile che esercita funzioni di coordinamento a distanza).

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

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

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

- ✚ non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- ✚ garantire sempre un’adeguata rotazione del personale che può prestare la propria attività in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell’esecuzione della prestazione lavorativa in presenza fatti salvi situazioni di fragilità che consentono, al momento fino al 31/12/2022, lo svolgimento del lavoro agile per tutto il nastro lavorativo settimanale;

- ✚ dotare il personale che ne è sprovvisto di apparati digitale e tecnologici adeguati alla prestazione in modalità agile che deve essere espletata.

L'introduzione del lavoro agile nell'Azienda ha dispiegato benefici all'organizzazione del lavoro e numerose sono le Strutture che hanno ritenuto di attivare, al proprio interno tale modalità di resa della prestazione lavorativa.

Nell'anno 2022 sono stati autorizzati allo svolgimento del lavoro agile n. 44 dipendenti, previa acquisizione del prescritto "Accordo individuale relativo all'espletamento di lavoro agile nell'ambito della struttura di appartenenza" corredato degli allegati "Informativa in materia di salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'articolo 22, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii. – allegato all'accordo individuale, nonché delle "Linee guida lavoro agile", effettuando le previste comunicazioni sulla Piattaforma Clic Lavoro, Portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Di seguito il dettaglio delle Strutture interessate e dei profili professionale che hanno fruito dell'istituto in questione.

<b>LAVORO AGILE - PERSONALE ATTIVATO - AGGIORNAMENTO DICEMBRE 2022</b>		
<b>STRUTTURA DI APPARTENENZA</b>	<b>N.</b>	<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>
<b>S.C. DISTRETTO SANITARIO ALBENGANESE</b>	<b>3</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COLL. AMMINISTRATIVO
<b>S.C. DISTRETTO SANITARIO SAVONESE</b>	<b>1</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
<b>S.C. ANZIANI E DISABILI</b>	<b>2</b>	COAD. AMM.VO SENIOR
	<b>1</b>	TSRM
<b>S.C. COORDINAMENTO PROF.SAN.</b>	<b>1</b>	INFERMIERE
<b>S.S.D. PSICOLOGIA CLINICA</b>	<b>1</b>	DIRIGENTE PSICOLOGO
<b>S.C. NEFROLOGIA E DIALISI</b>	<b>2</b>	INFERMIERE
<b>S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA</b>	<b>1</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COLL.PROF.SAN. INFERMIERE
	<b>1</b>	DIRIGENTE MEDICO
<b>S.C.IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE</b>	<b>2</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
	<b>1</b>	COAD.AMM.VO SENIOR
<b>S.C. PSAL</b>	<b>1</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	DIRIGENTE INGEGNERE
	<b>1</b>	OPERATORE TECNICO
<b>S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI</b>	<b>3</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	<b>4</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COLL. AMMINISTRATIVO SEN.
	<b>2</b>	COLL. AMMINISTRATIVO
<b>S.C. BILANCIO E CONTABILITA'</b>	<b>1</b>	COLL. AMMINISTRATIVO
<b>S.C. PATRIMONIO E GESTIONE TECNICA</b>	<b>1</b>	OPERATORE TECNICO
<b>S.C. RISORSE UMANE</b>	<b>2</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COLL.PROF.SAN.TECNICO DI LAB.BIOMED
<b>S.C. SISTEMI INFORMATICI E INGEGNERIA CLINICA</b>	<b>2</b>	ASSISTENTE TECNICO INFORMATICO
<b>S.C. URP E RELAZIONI ESTERNE</b>	<b>1</b>	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	<b>1</b>	OP. TEC. VIDEOTERMINALISTA
<b>TOTALE N. 44 UNITA'</b>		

L'Azienda sta predisponendo le opportune azioni finalizzate a dare applicazione ai contenuti del C.C.N.L. Comparto Sanità, Triennio 2019 – 2021, sottoscritto il 2 novembre 2022, che ha ulteriormente disciplinato – al Titolo VI “Lavoro a distanza” – Capo I (“Lavoro agile”) e Capo II (“Altre forme di lavoro a distanza”) - artt. 76 e segg. - il lavoro agile, indicando lo stesso come una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dall'Azienda per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

L'art. 81 del predetto C.C.N.L. ha, inoltre introdotto altre forme di lavoro a distanza, come il lavoro da remoto, prestato con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro attraverso una modificazione del luogo di

adempimento della prestazione lavorativa, che comporta l'effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il/la dipendente è assegnato/a.

### 3.2.1. Gli obiettivi del lavoro agile

Con il lavoro agile l'Azienda intende perseguire gli obiettivi già delineati nelle premesse del presente

documento, ed in particolare:

- ✚ Diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e
- ✚ Responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- ✚ Rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- ✚ Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ✚ Promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- ✚ Promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- ✚ Razionalizzare le risorse strumentali;
- ✚ Riprogettare gli spazi di lavoro.

### 3.2.2. Correlazione del P.O.L.A. con il P.I.A.O.

Il D.L. n. 80, del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113, del 6 agosto 2021, contenente disposizioni per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), all'art. 6 introduce il P.I.A.O. Il nuovo Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un unico piano di governance finalizzato ad assorbire gli attuali strumenti di programmazione.

L'adozione del Piano, da un punto di vista soggettivo, costituisce obbligo cogente per le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative. Tale obbligo non è posto per le Pubbliche Amministrazioni con meno di cinquanta dipendenti, per le quali è previsto che con il relativo decreto attuativo siano definite delle modalità semplificate di adozione del Piano.

Con l'art. 1, c. 12, lett. a), del D.L. n. 228/2021 è stato introdotto l'art. 6-bis contenente una norma transitoria. Con essa si dispone la non applicazione, fino al 30 aprile 2022, delle sanzioni previste

per la mancata adozione dei piani assorbiti nel PIAO. Nello specifico non si applicheranno i divieti di cui all'art. 10, co. 5, del D.Lgs. 150/2009, il divieto di assunzione di cui all'art. 6, co. 6, del D.Lgs. n. 165/2001 e il limite massimo del 15% di personale destinabile al lavoro agile, secondo quanto previsto dall'art. 14, co. 1 del D.Lgs. n. 124/2015.

Il parere 506/2022 del Consiglio di Stato –Sezione Consultiva per gli atti normativi –2 marzo 2022, n. 506, ha prefigurato possibili ulteriori proroghe del P.I.A.O., in ragione dei rilievi ivi formulati. Qualora dovessero intervenire nuove e più puntuali direttive dall'Amministrazione Centrale, ovvero a seguito dell'emanazione di misure di carattere normativo e tecnico per la disciplina del lavoro agile nelle Pubbliche Amministrazioni, in particolare attraverso l'adozione di ulteriori strumenti, anche contrattuali, si provvederà ad adeguare il presente documento.

### 3.2.3. Riferimenti normativi

- ✚ D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- ✚ D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e ss.mm.ii., recante “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”;
- ✚ il D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 80, e ss.mm.ii., recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro, in attuazione dell'articolo 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”;
- ✚ Legge 7 agosto 2015, n. 124, e ss.mm.ii., recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, con particolare riferimento all'articolo 14 (“Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”);
- ✚ Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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”, con particolare riferimento al Capo II (“Lavoro agile”) e articolo 18 (“Lavoro agile”), come integrato dall'articolo 1, comma 486, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021”;

- ✚ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 19 ottobre 2020, recante “Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale -Serie Generale -n. 268 del 28.10.2020;
- ✚ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 4 novembre 2020, recante “Osservatorio nazionale del lavoro agile nella PA”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale -Serie Generale -n. 268 del 28.10.2020;
- ✚ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 9 dicembre 2020, recante “POLA”, con il quale, dopo il parere favorevole della Conferenza Unificata, espresso nella seduta del 3 dicembre, il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha approvato le Linee guida che indirizzano le amministrazioni nella predisposizione del Piano organizzativo del lavoro agile, con particolare riferimento alla definizione di appositi indicatori di performance;
- ✚ Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri –Il Ministro per la Pubblica Amministrazione -n. 3/2017 del 01.06.2017, ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 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”, emanata ai sensi del comma 3 dell'art. 14 della Legge n. 124/2015, e ss.mm.ii., nonché dell'articolo 18, comma 3 dell'A.S. 2233-B (ora Legge 22 maggio 2017, n. 81);
- ✚ Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione 9 dicembre 2020, con il quale sono state approvate le linee guida per il P.O.L.A.-

### 3.2.4. Normativa emergenziale

- ✚ Articolo 18, comma 5, D.L. 2 marzo 2020, n. 9, recante “Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, che modifica l'articolo 14 della Legge n. 124/2015, poi abrogato dall'art. 1, comma 2, L. 24 aprile 2020, n. 27, il cui disposto è confluito nell'art. 87-bis (“Misure di ausilio allo svolgimento del lavoro agile da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni e degli organismi di diritto pubblico”), comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, e ss.mm.ii., recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” (c.d. Decreto “Cura Italia”), convertito, con modificazioni, nella Legge 24 aprile 2020, n. 27;

- ✚ D.L. 17 marzo 2020, n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” (c.d. Decreto “Cura Italia”), pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17.03.2020, convertito, con modificazioni, nella Legge 24 aprile 2020, n. 27, con particolare riferimento all'articolo 87 (“Misure straordinarie in materia di lavoro agile e di esenzione dal servizio e di procedure concorsuali”) e all'articolo 87-bis (“Misure di ausilio allo svolgimento del lavoro agile da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni e degli organismi di diritto pubblico”);
- ✚ D.L. 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”, e ss.mm.ii., convertito, con modificazioni, nella Legge 17 luglio 2020, n. 77, con particolare riferimento all'articolo 90 (“Lavoro agile”) e all'articolo 263 (“Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”) contenuto nella Sezione III (“Disposizioni in materia di lavoro agile e per il personale delle pubbliche amministrazioni”) del Capo XII;
- ✚ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 23 dicembre 2020, recante “Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale -Serie Generale -n. 323 del 31.12.2020;
- ✚ Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Ministro per la Pubblica Amministrazione –n. 1/2020 –Prot. n. DFP 0012035 P –20.02.2020, ad oggetto “Prime indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle Pubbliche Amministrazioni al di fuori delle aree di cui all'articolo 1 del decreto-legge n. 6 del 2020”;
- ✚ Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Ministro per la Pubblica Amministrazione –n. 1/2020 –Prot. n. DFP 0015008 P 4.17.1.7.4. –04.03.2020, ad oggetto “Misure incentivanti per il ricorso a modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa”;
- ✚ Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Ministro per la Pubblica Amministrazione –n. 2/2020 del 12.03.2020, Registrata alla Corte dei Conti il 12.03.2020, n. 446 -ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- ✚ Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Ministro per la Pubblica Amministrazione –n. 2/2020 del 01.04.2020, Registrata alla Corte dei conti il 2 aprile

2020, n. 585 –ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19” - Circolare esplicativa”;

- ✚ Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Ministro per la Pubblica Amministrazione –n. 3/2020 del 04.05.2020, ad oggetto “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✚ Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione 19 ottobre 2020, contenente indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale;
- ✚ Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale siglato in data 10 marzo 2021 a Palazzo Chigi tra il Presidente del Consiglio, Mario Draghi, il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, e i Sindacati<sup>32</sup>

### 3.2.5. Normativa post –emergenziale

- ✚ Articolo 6, commi 2<sup>33</sup> e 6-bis, lett. b)<sup>34</sup>, D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.i., recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, convertito, con modificazioni, nella L. 6 agosto 2021, n. 113, come modificato dall'art. 1, comma 12, lett. a), n. 3), del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, nella L. 25 febbraio 2022, n. 15;

---

<sup>32</sup> [Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale siglato in data 10 marzo 2021 a Palazzo Chigi tra il Presidente del Consiglio, Mario Draghi, il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, e i Sindacati: “Con riferimento alle prestazioni svolte a distanza (lavoro agile), occorre porsi nell'ottica del superamento della gestione emergenziale, mediante la definizione, nei futuri contratti collettivi nazionali, di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle Pubbliche Amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata”].

<sup>33</sup> Articolo 6, comma 2, D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., convertito, con modificazioni, nella L. 6 agosto 2021, n. 113: “2. Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce: a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa; b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, **anche mediante il ricorso al lavoro agile**, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;.....(omissis).....”]

<sup>34</sup> [Articolo 6 (“Piano integrato di attività e organizzazione”), comma 6-bis, D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., convertito, con modificazioni, nella L. 6 agosto 2021, n. 113: “6-bis. In sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150; b) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124; c) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”].

- ✚ D.P.C.M. 23 settembre 2021, recante “Disposizioni in materia di modalita ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni” -Pubblicato nella Gazz. Uff. 12 ottobre 2021, n. 244, con particolare riferimento all’articolo 1<sup>35</sup>;
- ✚ D.M. 8 ottobre 2021, recante “Modalita organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni” -Pubblicato nella Gazz. Uff. 13 ottobre 2021, n. 245, con particolare riferimento all’articolo 1 (“Modalita organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”), commi 1, 2 e 3<sup>36</sup>;
- ✚ “Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalita organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione<sup>37</sup>;

<sup>35</sup> **Articolo 1 (Misure in materia di pubblico impiego)**, D.P.C.M. 23 settembre 2021: “1. A decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalita ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza. 2. Nell'attuazione di quanto stabilito al comma 1, le amministrazioni assicurano il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da COVID-19 impartite dalle competenti autorità. 3. Le misure del presente provvedimento si applicano alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 87, comma 4, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27”].

<sup>36</sup> **Articolo 1 (“Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”), commi 1, 2 e 3, D.M. 8 ottobre 2021:** “1. In attuazione dell'art. 1, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, al fine di realizzare il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalita ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021, nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico adottate dalle competenti autorità, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, adottano le misure organizzative previste dal presente decreto per il rientro in presenza del personale dipendente. Per rientro in presenza si intende lo svolgimento della prestazione lavorativa resa nella sede di servizio. 2. Ai fini di cui al comma 1, le amministrazioni: a) organizzano le attività dei propri uffici prevenendo il rientro in presenza di tutto il personale. Entro i quindici giorni successivi alla data di cui al comma 1, adottano le misure organizzative necessarie per la piena attuazione del presente decreto, assicurando comunque, da subito, la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti alla erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza, anche mediante l'ausilio di piattaforme digitali già impiegate dalle pubbliche amministrazioni; b) .....(omissis).....; 3. Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalita e degli obiettivi del lavoro agile da definirsi ai sensi dell'art. 6, comma 2, lettera c), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), e tenuto che a decorrere dalla data di cui al comma 1 il lavoro agile non è più una modalita ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalita, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:.....(omissis).....”].

<sup>37</sup> Le linee guida, secondo quanto stabilito dalla Legge n. 81/2017, e ss.mm.ii., prevedono che lo svolgimento del lavoro agile è rimesso all’accordo individuale con il lavoratore, in cui vengono definiti durata, modalita e obiettivi della prestazione. Le linee guida prevedono le seguenti ulteriori condizioni per lo smart working: a) l’invarianza dei servizi resi all’utenza; b) l’adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza; c) l’adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l’assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile; d) la necessita, per l’amministrazione, della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato; e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore; f) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti; g) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario; h) il dovere di fornire al lavoratore idonea dotazione tecnologica, che garantisca la sicurezza e il divieto di ricorso all’utenza personale o domestica del dipendente, salvo i casi preventivamente verificati e autorizzati].

- ✚ D.L. 30 aprile 2022, n. 36, recante “Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”, pubblicato nella G.U. Serie Generale n.100 del 30.04.2022, con particolare riferimento all'articolo 7, comma 1, lettera a)<sup>38</sup>.
- ✚ La Regione Liguria, con nota Prot. n. 234822 del 24.03.2022 del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, ad oggetto “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui all'art. 6 del D.L. n. 80/2021 –Richiesta nominativi referenti “, facendo riferimento a specifica riunione tenutasi in data 24.02.2022, ha formalizzato l'intendimento di costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato ad impartire direttive, linee ed indirizzi ad Aziende, Enti ed Istituti del S.S.R. in materia di P.I.A.O..

### 3.2.6. Attività che possono essere svolte in modalità agile (c.d. “smartabili”)

In coerenza con le Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che **sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.**

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

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

- ✚ possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- ✚ possibilità utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;

---

<sup>38</sup> [Articolo 7 (“Ulteriori misure urgenti abilitanti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza”), comma 1, lettera a), D.L. 30 aprile 2022, n. 36: “1. Al decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 6: 1) al comma 6-bis le parole «entro il 30 aprile 2022» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 30 giugno 2022»].

- ✚ possibilità da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- ✚ disponibilità del/della dipendente o, in alternativa, possibilità di fornitura dall'Azienda (nei limiti della disponibilità ), della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- ✚ assenza di pregiudizio nell'erogazione dei servizi rivolti a pazienti, cittadini, ovvero soggetti interni/esterni destinatari delle prestazioni istituzionali aziendali, che deve, pertanto, essere assicurata con regolarità , continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

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

- ✚ personale del ruolo amministrativo, tecnico, professionale e/o sanitario, impegnato in servizi e/o attività da rendere necessariamente in presenza;
- ✚ personale preposto ad attività sanitaria/clinica/assistenziale che richieda inderogabilmente la presenza fisica;
- ✚ personale assegnato a servizi che richiedono presenza per controllo accessi (varchi aziendali);
- ✚ personale preposto a servizi di vigilanza, ispezione e controllo da rendere inderogabilmente in loco;
- ✚ personale assegnato a servizi di line per i quali costituisce presupposto inderogabile, ai fini dell'erogazione del servizio stesso, la presenza fisica (interfaccia fisica con l'utenza, interna od esterna).

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

### **3.2.7. DISCIPLINA PER IL LAVORO AGILE NELL'A.S.L. 2 AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE**

#### **3.2.8. Art. 1 - Definizioni**

Ai fini del presente documento, ai sensi del Capo II della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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”, si intende per:

**“Lavoro agile”**: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con l'Azienda, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e trattamento dei dati personali. La prestazione lavorativa può essere eseguita, in parte od esclusivamente, presso un luogo collocato al di fuori dell'Azienda, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva;

**“Lavoratore/lavoratrice agile”**: il lavoratore o la lavoratrice, in servizio presso l'Azienda, che espleta parte della propria attività lavorativa in modalità agile, secondo i termini stabiliti nell'accordo individuale;

**“Accordo individuale”**: accordo concluso tra il lavoratore o la lavoratrice ed il Direttore/Dirigente di riferimento della Struttura cui è assegnato il lavoratore o la lavoratrice stesso/a. L'accordo è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda. L'accordo prevede, tra l'altro:

- durata dell'Accordo individuale;
- l'individuazione della giornata settimanale in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività ;
- individuazione di specifici obiettivi, attività e verifica periodica dei risultati conseguiti da parte del Direttore/Dirigente Responsabile;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della salute psico-fisica del/della dipendente, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;

All'accordo è allegata l'informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in lavoro agile.

**“Sede di lavoro”**: la sede a cui il lavoratore o la lavoratrice è assegnato/a;

**“Luogo di lavoro”**: spazio nella disponibilità del lavoratore o della lavoratrice ritenuto idoneo allo svolgimento della prestazione lavorativa. Il luogo o luoghi prescelti devono essere indicati dell'Accordo individuale;

**“Amministrazione”**: l'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure;

**Dotazione tecnologica**: la strumentazione costituita da *personal computer, tablet, smartphone, applicativi software*, ecc.

### 3.2.9. Art. 2 – Diritti e doveri del lavoratore e della lavoratrice

Il presente documento regola l'applicazione del lavoro agile all'interno dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure, come disciplinato dalla Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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", quale forma di organizzazione della prestazione lavorativa del personale dipendente dell'Azienda, ed è emanato in attuazione delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e/o il livello retributivo del/della dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative.

Al/alla dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato dal Codice di Comportamento aziendale, nonché dalle disposizioni in materia di procedimenti disciplinari per l'Area della Dirigenza e per il personale del Comparto sanitario di qualifica non dirigenziale dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure.

### 3.2.10. Art. 3 – Destinatari e ambito soggettivo

L'attivazione della modalità di lavoro agile avviene su base volontaria.

Il presente documento è rivolto a tutto il personale dipendente in servizio presso l'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure, a tempo determinato (con contratti di minimo 6 mesi) e indeterminato, a tempo pieno o parziale e nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna.

Per quanto concerne l'ambito soggettivo, si fa espresso rinvio all'articolo 1, comma 5<sup>39</sup>, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021, recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", che individua l'ambito

---

<sup>39</sup> [Articolo 1 ("Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni"), comma 5, Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021: "5. Le misure del presente provvedimento si applicano alle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Resta fermo quanto previsto dall'art. 87, comma 4, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27"].

sogettivo di applicazione delle misure previste dal predetto decreto, tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile del personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

**Sono fatte salve dal presente documento, sino alla data di efficacia delle stesse, le disposizioni relative ai lavoratori/alle lavoratrici che fruiscono del lavoro agile emergenziale, in via integrale, per effetto della sorveglianza sanitaria eccezionale di cui al D.L. 24 marzo 2022, n. 24, recante “Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”, che ha disposto la proroga al 30 giugno 2022 dei termini fissati dall'articolo 83, commi 1, 2 e 3<sup>40</sup> del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, e ss.mm.ii., recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito, con modificazioni, nella Legge 17 luglio 2020, n. 77.**

**Il presente documento si adeguerà automaticamente ad eventuali intervenute innovazioni normative in materia.**

### **3.2.11. Art. 4 - Modalità di accesso al lavoro agile - Ambito oggettivo Priorità**

**Ai sensi di quanto stabilito dal cpv. 2 “Ambito oggettivo”, lettera b), delle “Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione”, secondo il quale è previsto il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa, nella fase di prima attuazione del presente Piano e a decorrere dalla data della sua approvazione, il lavoro agile con modalità ordinarie (non semplificate) nell'ambito dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure è consentito ed**

---

<sup>40</sup> [Articolo 83, commi 1, 2 e 3, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, e ss.mm.ii., conv., con modificazioni, nella Legge 17 luglio 2022, n. 77: “1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive e commerciali in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale, i datori di lavoro pubblici e privati assicurano la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità. Le amministrazioni pubbliche provvedono alle attività previste al presente comma con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente. 2.....(omissis)..... Per i medici di cui al presente comma non si applicano gli articoli 25, 39, 40 e 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. 3. L'inidoneità alla mansione accertata ai sensi del presente articolo non può in ogni caso giustificare il recesso del datore di lavoro dal contratto di lavoro”].

**autorizzabile, secondo criteri, modalità e procedure di cui al presente documento, per un massimo di n. 2 giornate lavorative settimanali (n. 3 in caso di orario articolato su 6 giorni).**

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori e a tutte le lavoratrici, siano essi/e con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati/e assunti/e con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Fermo restando che il lavoro agile non è esclusivamente uno strumento di conciliazione vita-lavoro ma anche uno strumento di innovazione organizzativa e di modernizzazione dei processi, l'Azienda nel prevedere l'accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori e delle lavoratrici con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività.

Fatte salve queste ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti, il principio di rotazione dei lavoratori al lavoro agile per quanto applicabile e l'obbligo di garantire prestazioni adeguate, l'Azienda, previo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali attraverso gli istituti di partecipazione previsti dai CC.CC.NN.LL., avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Il/la dipendente presenta la richiesta al proprio Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento utilizzando il modello allegato (Allegato A), precisando gli elementi fondamentali da riportare nell'accordo individuale, ovvero l'individuazione della giornata settimanale in cui si chiede di svolgere l'attività di lavoro agile, l'indicazione del/i luogo/luoghi di lavoro in cui verrà svolta l'attività e la strumentazione da utilizzare.

Per quanto concerne l'individuazione della giornata rimane salva, la facoltà, in capo al Direttore/Dirigente Responsabile, a fronte di motivate e comprovate esigenze di carattere straordinario ed eccezionale, il ricorso ad una più ampia articolazione, della quale assume piena responsabilità in sede di autorizzazione.

Compete a ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento valutare la compatibilità dell'istanza presentata dal/dalla dipendente rispetto:

- a) all'attività svolta dal/dalla dipendente;
- b) ai requisiti previsti dal presente documento;
- c) alla regolarità, continuità ed efficienza dell'erogazione dei servizi rivolti a cittadini e imprese, nonché al rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

In particolare, è posta in capo al Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura valutare la domanda del/della dipendente affinché siano rispettate le condizionalità per il ricorso al lavoro

agile, così come previste dall'articolo 1, commi 3 e 4<sup>41</sup>, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021, recante “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, così individuate:

- invarianza dei servizi resi all'utenza;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun/a lavoratore/lavoratrice del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura eventuale di idonea dotazione tecnologica al lavoratore o alla lavoratrice;
- stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., cui spetta il compito di definire:

I. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

II. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;

III. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;

- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei Dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

---

<sup>41</sup> **e 4, Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021:** “**3.** Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile da definirsi ai sensi dell'art. 6, comma 2, lettera c), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), e tenuto che a decorrere dalla data di cui al comma 1 il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità: a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti; b) l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza; c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile; d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato; e) l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta; f) l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno: 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile; 2) le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità; 3) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile; g) le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi; h) le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo. **4.** Ogni singola amministrazione provvede alla attuazione delle misure previste nel presente decreto attraverso i dirigenti di livello non generale, responsabili di un ufficio o servizio comunque denominato e, ove non presenti, attraverso la figura dirigenziale generale sovraordinata. Negli enti in cui non siano presenti figure dirigenziali, il riferimento è da intendersi a una figura apicale individuata in coerenza con i relativi ordinamenti”].

Il Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento respinge o approva la richiesta, eventualmente apportando modifiche, e:

- in caso di mancato accoglimento formula la motivazione in ordine alla oggettiva impossibilità di svolgere l'attività lavorativa in modalità agile e la trasmette sia al dipendente sia alla S.C. Risorse Umane;
- in caso di approvazione della richiesta procede alla stipula dell'Accordo individuale con il/la dipendente interessato/a, secondo le modalità di cui al successivo articolo 5, e lo trasmette alla S.C. Risorse Umane.

Qualora le richieste di lavoro agile risultino in numero ritenuto dal Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento organizzativamente non sostenibili, viene data priorità ad alcune categorie, così come indicato nell'Allegato A.

Più precisamente, viene data priorità alle seguenti categorie:

(1) lavoratori fragili<sup>42</sup> di cui al Decreto Interministeriale 3 febbraio 2022: soggetti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, contraddistinti dalle patologie ivi indicate;

(2) lavoratori/trici con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e ss.mm.ii., recante “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;

(3) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151, e ss.mm.ii.;

(4) lavoratrici in stato di gravidanza;

(5) lavoratori/trici con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di quattordici anni;

(6) esigenze di cura di altri familiari (esclusi figli) in relazione all'età, al numero o all'assenza di altri membri della famiglia che possano provvedere loro o ai quali sia stata concessa la modalità di

- *smartworking* per la stessa causale;

(7) personale esonerato dalla vaccinazione Covid rilasciata dai competenti organi medico-legali;

---

<sup>42</sup> [La nozione di lavoratori fragili è contenuta nel **Decreto Interministeriale del 3 febbraio 2022**. Essi sono, indipendentemente dai vaccini, i soggetti contraddistinti dalle seguenti patologie: marcata compromissione della risposta immunitaria; trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva; trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica); attesa di trapianto d'organo; terapie a base di cellule t esprimenti un recettore chimerico antigenico (cellule car-t); patologia oncologica o oncoematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure; immunodeficienze primitive (es. Sindrome di digeorge, sindrome di wiskott-aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.); immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidica ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.); dialisi e insufficienza renale cronica grave; pregressa splenectomia; sindrome da immunodeficienza acquisita (aids) con conta dei linfociti t cd4+ <200cellule/μl o sulla base di giudizio clinico; pazienti che presentino 3 o più delle seguenti condizioni patologiche: cardiopatia ischemica; fibrillazione atriale; scompenso cardiaco; ictus; diabete mellito; bronco-pneumopatia ostruttiva cronica; epatite cronica; obesità].

(8) lavoratori/trici residenti o domiciliati in comuni al di fuori di quello in cui si trova la Struttura aziendale di appartenenza, comportante un tragitto, tra andata e ritorno, superiore a Km. 20.

Le suindicate condizioni dovranno essere, a seconda dei casi, debitamente certificate o documentate.

Il modello di attivazione del lavoro agile (Allegato A), in caso di esito positivo, **è sottoscritto congiuntamente dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore o della lavoratrice e dal Direttore del Dipartimento di afferenza.**

**Prevalenza dell'attività in presenza fisica - Limiti per titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei Dirigenti (ove responsabili di Struttura, in quanto assegnatari di risorse umane) e dei responsabili dei procedimenti.**

Ai sensi di quanto stabilito dal cpv. 2 “Ambito oggettivo”, lettera g), delle “Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero Per la Pubblica Amministrazione”, è previsto il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei Dirigenti (ove responsabili di Struttura, in quanto assegnatari di risorse umane) e dei responsabili dei procedimenti, per i quali l’accesso al lavoro agile è consentito in misura non superiore a n. 1 giornata nell’arco della settimana lavorativa.

### **3.2.12. Art. 5 – Accordo individuale**

Con il Provvedimento deliberativo di approvazione del P.O.L.A. è conferita delega ai Direttori/Dirigenti Responsabili dell’Azienda ai fini della sottoscrizioni degli accordi individuali di cui al presente cpv.

L'attivazione del lavoro agile è subordinata, pertanto, alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il/la dipendente e il Direttore/Dirigente Responsabile sovraordinato.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21<sup>43</sup> della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., recante “Misure per la

---

<sup>43</sup> **Artt. 19 (“Forma e recesso”) e 21 (“Potere di controllo e disciplinare”) della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii.: “1.**

*L'accordo relativo alla modalità di lavoro agile è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova, e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore. L'accordo individua altresì i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. 2. L'accordo di cui al comma 1 può essere a termine o a tempo indeterminato; in tale ultimo caso, il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del Piano Integrato di Attività e Organizzazione ASL 2 AZIENDA Socio Sanitaria Ligure 2023-2025*

tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, e compatibilmente con la disciplina prevista dai rispettivi CC.CC.NN.LL. vigenti, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore o dalla lavoratrice.

L'accordo individuale, sottoscritto entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza di cui al precedente articolo 4, tra il dipendente e il Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento, deve redigersi sulla base del modello predisposto dall'Azienda e allegato al presente documento (Allegato B).

Copia dell'accordo individuale sottoscritto, comprensivo degli allegati, dovrà essere trasmessa alla S.C. Risorse Umane per le conseguenti procedure di legge e adempimenti (caricamento sulla piattaforma Cliclavoro <https://servizi.lavoro.gov.it/> ).

Ultimati gli adempimenti, la S.C. Risorse Umane provvederà ad informare il/la dipendente e il Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento dell'effettivo avvio del lavoro agile.

In fase di prima attuazione del presente documento, anche per consentire nelle Strutture una corretta rotazione del personale nella fruizione del lavoro agile, l'accordo ha durata semestrale, con possibilità di proroga per ulteriori mesi 6 (sei) senza soluzione di continuità, tenuto conto del termine di aggiornamento del P.O.L.A. quale componente del P.I.A.O., ai sensi di legge, secondo una logica di scorrimento programmatico.

Allo scadere dell'annualità, è prevista la cessazione automatica dell'efficacia dell'accordo stesso, senza ulteriori formalità, né preavviso, con possibilità di ripresentazione di una nuova istanza (Allegato A).

Nell'accordo, in coerenza con lo “Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero per la Pubblica Amministrazione, devono essere definiti almeno i seguenti elementi essenziali:

- ✚ durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo
- ✚ indeterminato;

---

*datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato” – “1. L'accordo relativo alla modalità di lavoro agile disciplina l'esercizio del potere di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali aziendali nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300, e successive modificazioni. 2. L'accordo di cui al comma 1 individua le condotte, connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, che danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari”].*

- ✚ modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- ✚ modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi previste dall'art. 19<sup>44</sup> della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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”;
- ✚ ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- ✚ i tempi di riposo del lavoratore o della lavoratrice che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori o le lavoratrici in presenza, nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore o della lavoratrice dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.

In caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del/della dipendente o dell'attività svolta dal/dalla medesimo/a, la prosecuzione della prestazione in lavoro agile è condizionata alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura rimane unico ed esclusivo responsabile in ordine all'osservanza di tutti gli aspetti contemplati dall'accordo individuale sottoscritto con il lavoratore o con la lavoratrice (indicatori di attività, obiettivi, volumi di attività, ecc.), anche in relazione ad eventuali controlli che dovessero essere effettuati da parte di organi ispettivi esterni, sotto il profilo amministrativo, contabile, nonché per ogni eventuale ulteriore aspetto connesso alla gestione del rapporto di lavoro, nessuno escluso, per effetto delle prerogative e delle responsabilità datoriali

---

<sup>44</sup> **Articolo 19 (“Forma e recesso”), Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii.:** “1. L'accordo relativo alla modalità di lavoro agile è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova, e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore. L'accordo individua altresì i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. 2. L'accordo di cui al comma 1 può essere a termine o a tempo indeterminato; in tale ultimo caso, il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato”].

ascrisse alla Dirigenza *ex* articolo 5, comma 2<sup>45</sup>, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., ed articolo 2, comma 1, lettere b) e d)<sup>46</sup>, del D.Lgs. 8 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.- Il/La dipendente è tenuto/a a compilare un rendiconto delle attività espletate in modalità agile secondo tempi e modalità da concordare con il proprio Direttore/Dirigente Responsabile.

### **3.2.13. Art. 6 – Trattamento economico del personale**

E' garantita parità di trattamento economico e normativo per il personale che aderisce al lavoro agile.

Non è prevista la corresponsione di buoni pasto.

Non sono configurabili permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario. Parimenti, non è applicabile l'istituto della turnazione e, conseguentemente, l'eventuale riduzione oraria e l'erogazione della relativa indennità, nonché delle indennità, se previste, legate alle condizioni di lavoro.

Nelle giornate in cui l'attività lavorativa è prestata in modalità agile, non è configurabile il lavoro straordinario, né la maturazione di plus-orario, né riposi compensativi; parimenti, nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Le eventuali indennità relative a turno, disagio ed altre indennità giornaliere eventualmente legate alle modalità di svolgimento della prestazione in presenza, ove rese in remoto non sono riconosciute.

### **3.2.14. Art. 7 – Luoghi di lavoro**

---

<sup>45</sup> [Articolo 5, comma 2, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.: "2. Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro, nel rispetto del principio di pari opportunità, e in particolare la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro.....omissis....."].

<sup>46</sup> [Articolo 2, comma 1, lettere b) e d), D.Lgs. 8 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.: "b) «datore di lavoro»: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa"; "d): «dirigente»: persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa"].

Nelle giornate di lavoro agile il/la dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi, che rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e, quindi, siano idonei all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio l'incolumità del/della dipendente, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

Nelle giornate di lavoro agile, i/le dipendenti potranno utilizzare spazi chiusi privati, ovvero spazi in strutture pubbliche attrezzate per l'accoglienza ed il collegamento, oppure eventuali spazi in altre Amministrazioni, anche in presenza di eventuali attività di collaborazione già strutturate con l'Azienda, informando, di volta in volta, il proprio Direttore/Dirigente Responsabile.

Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle Strutture di appartenenza e agli Uffici competenti per le necessarie denunce.

Il/la lavoratore/trice agile può chiedere di poter modificare, anche temporaneamente, il luogo di lavoro presentando richiesta scritta al proprio Direttore/Dirigente di riferimento il quale, valutata la compatibilità della richiesta stessa, autorizza per iscritto il mutamento; lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione. Tale modifica deve essere prontamente comunicata dal lavoratore o dalla lavoratrice alla S.C. Risorse Umane.

Ai sensi dell'articolo 23<sup>47</sup> della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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", il/la lavoratore/lavoratrice è tutelato/a contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, cos. come previsto dall'articolo 12 del presente documento.

Il luogo di lavoro individuato dal/dalla lavoratore/lavoratrice, di concerto con il Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento, non pu. in nessun caso essere collocato al di fuori dei confini nazionali.

---

<sup>47</sup> **[Articolo 23 ("Assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali")]**, Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii.: "23. 1. L'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni. 2. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. 3. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza".

### 3.2.15. Art. 8 – Orario di lavoro e disconnessione

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al/alla dipendente per la/le giornata/e prescelta/e, per le quali si fa luogo alla copertura convenzionale dell'orario contrattualmente dovuto, secondo le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile e nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

La giornata di lavoro agile viene coperta con il codice informatico appositamente istituito, ai fini del riconoscimento della copertura oraria giornaliera convenzionale, secondo l'articolazione prestabilita dal/dalla dipendente in accordo con il proprio Direttore/Dirigente Responsabile per la giornata medesima.

Nell'ambito delle modalità di esecuzione della prestazione, definite nell'accordo individuale, è/sono individuata/e la/e giornata/e nella settimana in cui l'attività è svolta in modalità lavoro agile, che non potrà, di norma, essere oggetto di modifica nel corso di validità dell'accordo, fatta salva la presentazione di richiesta scritta al proprio Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento il quale, valutata la compatibilità della richiesta stessa, autorizza per iscritto la variazione ; lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione. Tale modifica deve essere prontamente comunicata dal/dalla lavoratore/trice alla S.C. Risorse Umane.

L'eventuale malfunzionamento delle dotazioni tecnologiche che renda impossibile la prestazione lavorativa in modalità agile dovrà essere tempestivamente segnalato dal/dalla dipendente, sia al fine di una tempestiva risoluzione della problematica, sia al fine di concordare con il proprio responsabile le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro nella sede di lavoro.

L'Azienda, nell'esercizio della propria potestà datoriale, per esigenze di servizio rappresentate dal Responsabile di riferimento, si riserva la facoltà di richiedere la presenza in sede del/della dipendente in qualsiasi momento, con un congruo preavviso, in particolare per situazioni di emergenza, senza che il/la dipendente possa formulare al riguardo eccezioni di sorta.

In particolare, nelle giornate di lavoro agile, per il personale valgono le seguenti regole:

- ✚ fascia di svolgimento attività *standard*: 7.30 – 19.30 (arco temporale durante il quale il lavoratore o la lavoratrice pu. effettuare attività in modalità agile). Per eventuali esigenze della Struttura e/o del proprio Ufficio di appartenenza, durante tale fascia di attività il/la lavoratore/trice è contattabile, tendenzialmente dalle 09.30 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 16.00, attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione al /alla dipendente, al fine di

garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi;

- ✚ fascia di disconnessione *standard*: 19.30 – 7.30, oltre a sabato e festivi. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle *e-mail*, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda. Il diritto alla disconnessione si applica in senso verticale e bidirezionale (verso i propri
- ✚ responsabili e viceversa), oltre che in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi. E' fatta salva, naturalmente, la possibilità per il/la dipendente di collegarsi in remoto, al di fuori della prestazione lavorativa, qualora, su base esclusivamente volontaria, desideri verificare lo stato di realizzazione di attività dallo/a stesso/a svolte, ovvero per altri motivi legati al ruolo ricoperto in seno all'Azienda, ovvero alle funzioni ed attività di competenza;
- ✚ per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro, non sono configurabili permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario; parimenti, non è applicabile l'istituto della turnazione e, conseguentemente, l'eventuale riduzione oraria e l'erogazione della relativa indennità, nonché delle indennità, se previste, legate alle condizioni di lavoro.

La fascia di disconnessione comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo previsto dalla contrattazione collettiva vigente.

Qualora nella giornata definita in lavoro agile il/la dipendente debba essere presente nella sede di lavoro per ragioni di servizio e formazione, in via generale effettua un cambio di giornata all'interno della stessa settimana, che dovrà essere comunicato, anche tramite *e-mail*, al proprio Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento, il quale provvederà a darne comunicazione alla S.C. Risorse Umane. Qualora ci. non fosse possibile, la presenza nell'Azienda per parte del tempo deve essere, comunque, attestata con l'utilizzo del *badge* unicamente per ragioni di controllo degli accessi e di sicurezza, ovvero per la copertura di eventuali infortuni che dovessero verificarsi *in loco*, ma senza che ci. dispieghi effetti ai fini del controllo dell'orario di lavoro.

Il/la dipendente è tenuto/a a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste dalla normativa e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza.

### **3.2.16. Art. 9 - Dotazione tecnologica**

Compatibilmente con gli spazi di manovra finanziari e con le tempistiche di approvvigionamento di beni aziendali, l'Azienda, di norma, fornisce al lavoratore o alla

lavoratrice idonea dotazione tecnologica in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore o la lavoratrice deve accedere.

L'Azienda assicura il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza.

In particolare, l'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'Azienda raggiungibili tramite la rete Internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (sistemi Multi factor authentication, tra i quali, ad esempio, CIE e SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato e tramite sistemi di accesso alla rete predisposti sulla postazione di lavoro in dotazione in grado di assicurare la protezione da qualsiasi minaccia proveniente dalla rete (c.d. zero trust network). Alternativamente si pu. ricorrere all'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) verso l'Azienda, oppure ad accessi in desktop remoto ai server.

Inoltre, l'Azienda potrà prevedere sistemi gestionali e sistemi di protocollo raggiungibili da remoto per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti e istanze, per la ricerca della documentazione, etc.

Nei casi in cui la dotazione informatica dovesse essere fornita dall'Azienda, il/la dipendente si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento e/o lo smarrimento, e ad utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute.

Gli strumenti di lavoro affidati eccezionalmente al personale, devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto della disciplina legale e contrattuale applicabile.

In tali casi:

- la manutenzione della strumentazione e dei relativi *software* è a carico dell'Azienda.
- il dispositivo di telefonia mobile (telefono cellulare, *smartphone*, ecc.) deve essere utilizzato solo per attività lavorative, in modo appropriato, efficiente, corretto e razionale.

I costi relativi a tale utenza telefonica sono a carico dell'Azienda.

### **3.2.16.1 Disposizioni speciali**

In alternativa a quanto disposto dal precedente cpv., previo accordo con il datore di lavoro, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore o della lavoratrice che rispettino i requisiti di sicurezza di cui al periodo precedente. In quest'ultima ipotesi, sono fornite dall'Azienda puntuali prescrizioni per garantire la sicurezza informatica.

Se il/la dipendente è in possesso di un cellulare di servizio, deve essere prevista o consentita, nei servizi che lo richiedano, la possibilità di inoltrare le chiamate dall'interno telefonico del proprio ufficio sul cellulare di servizio.

Il/la dipendente può espletare, quindi, la propria prestazione lavorativa in modalità agile, avvalendosi di supporti informatici in suo possesso, quali *personal computer, tablet, smartphone*, o quant'altro ritenuto idoneo dall'Azienda, per l'esercizio dell'attività lavorativa.

Nell'accordo individuale viene precisato se il/la dipendente utilizza strumentazione propria.

### **3.2.16.2 Ulteriori disposizioni in caso di utilizzo di dotazioni personali**

I costi sostenuti dal/dalla dipendente direttamente e/o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, utenza telefonica, linea di connessione, spostamenti, ecc.), ovvero le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile, non sono a carico dell'Azienda.

Ai fini di garantire le comunicazioni telefoniche, nelle giornate di lavoro agile il/la dipendente è tenuto ad attivare la deviazione di chiamata.

Per ciò che riguarda gli eventuali impedimenti tecnici (come, ad esempio, malfunzionamenti della linea dati o problemi di comunicazione telefonica), ostativi, allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile, si rinvia a quanto già definito all'articolo 8.

### **3.2.17. Art. 10 – Potere direttivo, di controllo e disciplinare**

La prestazione resa con la modalità del lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente in lavoro agile e diretto Responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e Responsabile si confronteranno con la cadenza dagli stessi concordata

in sede di istanza/accordo individuale circa lo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle *performance*, secondo il sistema aziendale vigente per tutti/e i/le dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile, il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato dal Codice di Comportamento dell’A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure e dalle disposizioni in materia di procedimenti disciplinari per l’Area della Dirigenza e per il personale del Comparto sanitario di qualifica non dirigenziale dell’Azienda.

Attraverso la sottoscrizione dell’Accordo individuale, le parti si danno atto che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all’esecuzione della prestazione lavorativa all’esterno dei locali aziendali danno luogo all’applicazione di sanzioni disciplinari, cos. come individuate dalle norme nazionali, dai CC.CC.NN.LL. e dalle disposizioni regolamentari interne vigenti nell’Azienda.

Il mancato rispetto delle disposizioni previste dal presente documento, con particolare riguardo all’articolo 8 (“Orario di lavoro e disconnessione”), può comportare l’esclusione da eventuali ipotesi di successivo rinnovo dell’accordo individuale da parte del Direttore/Dirigente Responsabile, ad insindacabile giudizio di quest’ultimo.

### **3.2.18. Art. 11 – Riservatezza**

Posta l’equiparazione del lavoro agile al lavoro in presenza, le operazioni di trattamento risultano identiche con riferimento alle mansioni ricoperte ed in relazione alle prestazioni lavorative da rendere a cura del/della dipendente. In ragione del servizio di assegnazione ed a cura del Direttore/Dirigente Responsabile dello/a stesso/a, a nome e per conto del titolare, i/le singoli/e dipendenti sono stati/e autorizzati/e a trattare i dati personali oggetto delle prestazioni lavorative ed a compiere le correlate operazioni di trattamento a norma dell’art 29 RGPD tramite appositi *format*. I moduli sottoscritti elencano le operazioni di trattamento, i *software* utilizzati, specificamente indicati, le correlate istruzioni per gestire i dati impartite per iscritto in conformità al regolamento di *policy privacy* aziendale declinate in ragione dei compiti/funzioni da svolgere e del profilo di assegnazione. Si rammenta che tale autorizzazione comporta una responsabilità personale diretta per ogni utilizzo improprio dei dati trattati, ovvero per perseguire finalità differenti rispetto a quelle corrispondenti a quelle autorizzate per finalità lavorative, con correlata sanzionabilità civile, amministrativa, disciplinare e, laddove ne ricorrano i presupposti, penale”.

### 3.2.19. Art. 12 – Sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, con particolare riferimento a quelle di cui al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.

Relativamente alla sicurezza sul lavoro, l’Azienda:

- ✚ garantisce il buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati;
- ✚ consegna, prima dell’avvio del lavoro agile, un documento scritto informativo relativo ai rischi generali e a quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa;

Il/la dipendente è, a sua volta, tenuto/a a cooperare all’attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall’Azienda per fronteggiare i rischi.

Ai sensi dell'articolo 23<sup>48</sup> (“Assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali”) della Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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”, il/la lavoratore/lavoratrice è tutelato/a contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il/La lavoratore/lavoratrice è, altresì, tutelato/a contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso

---

<sup>48</sup> **[Articolo 23 (“Assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali”) Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii.: “1. L'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni. 2. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. 3. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza”].**

prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2<sup>49</sup> del Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e ss.mm.ii., recante “Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il/la dipendente deve darne tempestiva comunicazione al proprio Responsabile di riferimento e seguire le procedure previste dall’Azienda per gli adempimenti di legge.

In caso di utilizzo di strumentazione tecnologica di proprietà del/della dipendente, questi/a assume la responsabilità piena ed incondizionata dell’utilizzo in condizioni di sicurezza della stessa, secondo l’informativa aziendale che dovrà essere sottoscritta per accettazione.

Il/la dipendente è tenuto/a, altresì, a dichiarare, sotto la propria personale ed esclusiva responsabilità, che il luogo individuato in sede di richiesta di attivazione del lavoro agile ed in sede di Accordo Individuale per la resa della prestazione in modalità lavoro agile (ovvero, anche in caso di eventuale successiva modifica, anche di carattere occasionale, temporaneo o duratura) è conforme ai requisiti di salute e sicurezza di cui alla Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii., 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”, e al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.

### 3.2.20. Art. 13 – Norme finali e di rinvio

---

<sup>49</sup> **[Articolo 2 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e ss.mm.ii.:** “L'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni. Agli effetti del presente decreto, è considerata infortunio sul lavoro l'infezione carbonchiosa. Non è invece compreso tra i casi di infortunio sul lavoro l'evento dannoso derivante da infezione malarica, il quale è regolato da disposizioni speciali. Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. L'uso del velocipede, come definito ai sensi dell'articolo 50 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, deve, per i positivi riflessi ambientali, intendersi sempre necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida”].

Per tutto quanto non previsto dal presente documento o dall'Accordo individuale, nonché per la regolamentazione dei diritti e degli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, si rinvia alla disciplina contenuta nelle disposizioni legislative, nei CC.CC.NN.LL., nonché a quanto indicato dal Codice di Comportamento dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure e dalle disposizioni in materia di procedimenti disciplinari per l'Area della Dirigenza e per il personale del Comparto sanitario di qualifica non dirigenziale dell'Azienda.

Nella fase di prima attuazione del presente Piano e a decorrere dalla data della sua approvazione, il lavoro agile con modalità ordinarie (non semplificate) nell'ambito dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure è consentito ed autorizzabile a ciascun lavoratore o a ciascuna lavoratrice, secondo criteri, modalità e procedure di cui al presente documento, per un massimo di n. 2 giornate lavorative settimanali.

Le Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni costituiscono parte integrante e sostanziale del presente documento e ad esso vengono materialmente allegate.

### **3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

#### **3.3.1 Inquadramento normativo**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

Tale adempimento è previsto dall'articolo 6 (“Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale”) del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale ha previsto, ai commi 2 e 3, che *“allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con*

*la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.....(omissis).....Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.....(omissis).....Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente”.*

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

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

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

Dopo aver verificato la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa, mobilità interna ed esterna, il PTFP indica, nel rispetto dei criteri illustrati e del regime delle assunzioni le scelte da operare con riferimento al reclutamento di nuove personale con le modalità di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nonché con le procedure di reclutamento speciale previste dalla legge, tra cui quelle dell'articolo 20 del D.Lgs. 25 maggio

2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante “Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, convertito, con modificazioni, nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, all'articolo 6 (“Piano integrato di attività e organizzazione”) ha previsto che *“per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)”*.

La Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale è stata individuata quale sezione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*.

Il Piano, pertanto:

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

contempla gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne.

In particolare, il comma 2 del suddetto art. 6 del D.L. 80/2021, e ss.mm.ii., stabilisce che il Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: *“compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della legge b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”*.

Il presente documento, tenuto conto di quanto previsto dalla D.G.R. Liguria 4 marzo 2022, n. 147, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno di forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2023, 2024 e 2025 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali *trend* che interessano il campo di azione sanitario in generale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale, adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere

eventuali modifiche nel corso del tempo, ove ci si trovi a fronte di situazioni non prevedibili, non programmabili e/o non preventivabili, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

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

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

### 3.3.2 Consistenza e costi del personale al 31/12/2022

L'anno 2022 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 4.773 unità, ripartito come risulta dalle seguenti tabelle:

31 DICEMBRE 2022	
Personale Dipendente	4.402
Contratti di lavoro "flessibili"	37
Personale Convenzionato	334
<b>TOTALE</b>	<b>4.773</b>

Personale Dipendente*	31-dic-22		
	A tempo indet.	A tempo det.	Totale
Dirigenza	648	40	688
Comparto	3.579	135	3.714
<b>TOTALI</b>	<b>4.227</b>	<b>175</b>	<b>4.402</b>

Contratti di lavoro "flessibili"*	31-dic-22
Incarichi Libero Professionali	20
Interinali	17
Co.Co.Co.	0
<b>TOTALI</b>	<b>37</b>

Personale Convenzionato*	31-dic-22
Pediatri di Libera scelta	23
Assistenza Primaria (MMG)	179
Continuità Assistenziale	34
GSAT	0
Emergenza San. Territoriale	28
Medici Dei Servizi	9
Specialisti Ambulatoriali	61
<b>TOTALI</b>	<b>334</b>

<b>DIRIGENZA SANITARIA</b>	DIRETTORE S.C.	<b>32</b>
	DIRETTORE S.C. - DISTRETTO SANITARIO	<b>4</b>
	DIRETTORE S.C. - VETERINARIO	<b>1</b>
	DIRETTORE S.C. - FARMACISTA	<b>1</b>
	DIRETTORE S.C. - PROFESSIONI SANITARIE	<b>1</b>
	DIRIGENTE MEDICO	<b>540</b>
	DIRIGENTE VETERINARIO	<b>15</b>
	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	<b>2</b>
	DIRIGENTE BIOLOGO	<b>20</b>
	DIRIGENTE FARMACISTA	<b>19</b>
	DIRIGENTE PSICOLOGO	<b>29</b>
	DIRIGENTE SANITARIO RESP SERV. P.P.	<b>1</b>
	DIRIGENTE FISICO	<b>6</b>
<b>TOTALE</b>	<b>671</b>	
<b>DIRIGENZA PTA</b>	DIRETTORE S.C. - AMMINISTRATIVO	<b>5</b>
	DIRETTORE S.C. - ANALISTA	<b>2</b>
	DIRETTORE S.C. - AVVOCATO	<b>1</b>
	DIRETTORE S.C. - ARCHITETTO	<b>1</b>
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	<b>5</b>
	DIRIGENTE INGEGNERE	<b>2</b>
	DIRIGENTE ANALISTA	<b>1</b>
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	
<b>COMPARTO</b>	<b>3714</b>	
<b>TOTALE</b>	<b>4402</b>	

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza dell'anno 2022 è stato pari a Euro 203.452.808 (di cui Euro 3.327.821 derivanti dal costo sostenuto al 31.12.2022 per assunzioni effettuate per far fronte all'emergenza COVID-19).

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

procedure per l'assunzione di personale nella P.A., indipendentemente dalla modalità di acquisizione.

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

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

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

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

L'elaborazione del Programma Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) è stato implementato coerentemente alle informazioni fornite, e viene sviluppato secondo una previsione di reclutamento pluriennale da realizzarsi nel triennio 2023/2025.

In questo quadro, si è tenuto in debita considerazione sia il fatto che l'età anagrafica della popolazione dipendente diventa sempre più elevata, sia il fatto che alcuni profili professionali risultano di difficile reperimento nel mercato occupazionale non solamente a livello regionale, ma addirittura al livello nazionale.

### **3.3.3 Procedure selettive anno 2023**

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

Il Piano delle assunzioni 2023 -2025 ha tenuto conto necessariamente delle direttive regionali in tale ambito, con particolare riferimento alle disposizioni vigenti di cui all'articolo 7, comma 1, della L.R. Liguria 24 dicembre 2010, n. 22, e ss.mm.ii., che dispone testualmente che "è fatto divieto agli enti del settore regionale allargato, come individuato ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 24 gennaio 2006, n. 2 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Liguria. Legge finanziaria 2006) e successive modifiche e integrazioni, di procedere ad assunzioni di personale a tempo determinato o indeterminato se non previa autorizzazione regionale".

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

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

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

Particolare attenzione è stata posta, quindi, alle direttive in merito impartite da Regione Liguria, per il tramite della Struttura di Missione all'uopo istituita, che ha emanato linee ed indirizzi finalizzati ad agevolare la ripresa del sistema salute, anche mediante la ripresa dell'elezione e l'elaborazione di piani smaltimento delle liste d'attesa, integrando in tale percorso un nuovo piano sociosanitario e mettendo in campo una programmazione di medio e lungo periodo che prevede la partecipazione delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie e ospedaliere, nell'intento di utilizzare le risorse disponibili per elevare il livello dei servizi e potenziare lo sviluppo economico del territorio.

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

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

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

In tale quadro, la programmazione delle assunzioni 2023 – 2025 risulta contraddistinta da scelte prudenziali anche per quanto concerne la dotazione organica aziendale e le relative consistenze economico-finanziarie, privilegiando azioni di carattere temporaneo, eventualmente con orizzonti temporali circoscritti e di medio periodo, che consentono, comunque, spazi di manovra e margini di rivisitazione del proprio attuale assetto organizzativo e gestionale, in ragione del mutevole contesto nel quale, anche a motivo della gestione post emergenziale dell'evento epidemiologico Covid-19, l'Azienda deve operare, continuando a fornire risposte adeguate alla collettività relativamente ai servizi erogati.

D'altro canto, già con la D.G.R. n. 194/2020 (le cui direttive hanno mantenuto efficacia anche per l'anno 2021 ed i cui principi manterranno validità anche per gli esercizi successivi) Regione Liguria aveva evidenziato che costituisce *“responsabilità primaria del top management aziendale – e quindi dei Direttori Generali, coadiuvati per rispettive competenze dai Direttori Sanitari, dai Direttori Sociosanitari e dai Direttori Amministrativi – aver proceduto prioritariamente alla riallocazione delle risorse e del personale in servizio, nonché alla razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi e delle strutture, ai fini di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi e l'ottimale funzionamento delle strutture senza nuovi o maggiori oneri di finanza pubblica”* e che *“il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, da un lato, e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, dall'altro, costituiscono, in ogni caso, condizioni irrinunciabili per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e che, pertanto, è necessario adottare misure tese a garantire che il servizio stesso sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, nell'ottica di mantenimento e costante miglioramento degli standard, dell'adeguamento strutturale e tecnologico e dell'efficiente organizzazione dei servizi”*.

In sintesi, anche per il triennio 2023 – 2025 risultano impegnate non solamente le singole Aziende Sanitarie ma il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che costituisce obiettivo inderogabile del Sistema Sanitario Regionale, in coerenza con le norme – anche speciali ed emergenziali - vigenti e con gli indirizzi e obiettivi derivanti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale.

In correlazione a quanto sin qui evidenziato, le politiche del personale per il triennio 2023 – 2025 e, particolarmente, per l'annualità 2023, si conformano ai seguenti principi, desumibili dalle direttive regionali, e precisamente:

- gestione rigorosa ed oculata degli organici, attraverso la programmazione e la pianificazione delle assunzioni - quale momento fondamentale per determinare, sia in termini quantitativi

che qualitativi, il fabbisogno di personale nel medio periodo –, tenuto conto delle effettive necessità assistenziali, degli indirizzi e obiettivi discendenti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, nonché in coerenza con i vincoli normativi e finanziari vigenti e con gli indirizzi impartiti dall'Amministrazione regionale in materia di contenimento della spesa;

- opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, attraverso l'adeguata calendarizzazione delle immissioni in servizio, la distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio finanziario e lo sviluppo di processi di redistribuzione e riqualificazione del personale, incentivando la sinergia interna e la condivisione di risorse umane e competenze, nonché favorendo il ricambio generazionale;
- compatibilmente con gli spazi di manovra finanziari e con le norme di riferimento, progressiva riduzione delle forme di lavoro atipiche e/o riconducibili al fenomeno del c.d. "precariato", privilegiando la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato e la realizzazione di azioni strutturali interne, a vantaggio di soluzioni improntate a maggior stabilità, fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata, al fine di garantire i servizi essenziali previsti, anche attraverso la facoltà di avvalersi delle procedure previste all'art. 20, commi 1 e 2, del D.Lgs. 75/2017, e ss.mm.ii., ai fini del superamento del precariato nelle Pubbliche Amministrazioni;
- compatibilmente con la gestione post emergenziale dell'evento pandemico Covid-19, adeguata attenzione per quanto concerne il ricorso a forme flessibili di impiego, ai fini della coerenza della programmazione (ove contempli tali tipologie) con i requisiti ed i presupposti normativi – con particolare riferimento all'art. 36 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nel rispetto della normativa emergenziale prevista dall'ordinamento per il ricorso a forme speciali di reclutamento anche a motivo della carenza di particolari profili professionali dell'ambito sanitario (medici di alcune specialità), divenuti di difficile reperimento nel mercato occupazionale, a prescindere dalla tipologia contrattuale di riferimento.

Per quanto concerne le azioni concrete per l'esercizio 2023, anche in relazione alla gestione della domanda di assistenza derivante dal fenomeno epidemiologico Covid-19, risultano impiegati gli strumenti messi a disposizione dall'ordinamento, e precisamente:

- ricorso alle assunzioni straordinarie di cui al D.L. n. 35/2019 (L. n. 60/2019) (c.d. Decreto Calabria) che dispone misure urgenti sul sistema sanitario della regione Calabria e detta una

nuova disciplina relativa all'esercizio della professione medica da parte dei medici specializzandi;

- procedure di stabilizzazione del precariato, di cui all'articolo 20, comma 1, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, che ha introdotto una normativa transitoria che consente alle pubbliche amministrazioni (con alcune esclusioni indicate in successivi commi), nel triennio 2018-2021 - ovvero nel periodo 2018-2022 per le assunzioni relative al personale medico, tecnico-professionale e infermieristico degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, ai sensi del comma 11-bis dello stesso articolo 20 - l'assunzione a tempo indeterminato di soggetti che abbiano rapporti di lavoro subordinato a termine o di lavoro flessibile presso le medesime P.A.;
- trattenimento in servizio di Dirigenti Medici: nella disciplina vigente (articolo 15- *nonies* del D.Lgs. 502/1992), la prosecuzione del servizio dei dirigenti medici del S.S.N. è consentita oltre il limite del sessantacinquesimo anno, su richiesta dell'interessato, fino al raggiungimento del quarantesimo anno di servizio effettivo - purché non si superi il limite dei 70 anni di età. Per fronteggiare la carenza di medici specialisti, l'articolo 5- *bis*, comma 2, del D.L. 162/2019 (c.d. Decreto proroga termini) ha modificato in via transitoria i limiti di età massima per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del S.S.N. In base alla nuova norma, tali soggetti, entro il 31 dicembre 2022, potevano fare domanda per proseguire il servizio fino al settantesimo anno di età anche se, prima di tale limite anagrafico, maturano i quarant'anni di servizio effettivo. La disciplina transitoria instaurata dal Decreto proroga termini ha inciso sulla programmazione assunzionale nella misura in cui sono stati adottati provvedimenti di prosecuzione del rapporto di servizio.

Ulteriori misure, in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane, relative all'anno 2023, ovvero alle annualità successive, sono rinvenibili nelle innovazioni normative disposte con la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 ("Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024") (c.d. Legge di Bilancio 2022), modificato dall'art. 1, comma 528 della Legge 29.12.2022 n. 197, tra le quali assumono particolare rilevanza la stabilizzazione del personale assunto a tempo determinato durante l'emergenza Covid (articolo 1, commi da 268 a 273): in questo caso, la norma prevede la possibilità per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale di stabilizzare il personale assunto a tempo determinato durante l'emergenza.

In pratica, Aziende, Enti ed Istituti del S.S.N. possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale

almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022.

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

Nel prospetto allegato A) sono riportate le procedure selettive indette o che si prevede di espletare nel corso del 2023.

### **3.3.4 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2023 (allegato n. 1)**

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

- dell'esigenza di garantire e mantenere i livelli essenziali di assistenza in questa fase post emergenziale da Covid-19 che ha determinato, tra l'altro, una nuova organizzazione delle attività assistenziali, che ha previsto il potenziamento del personale di supporto al fine di garantire doppi percorsi ed organici adeguati (sulla base del minutaggio) soprattutto nelle aree mediche, malattie infettive e aree dell'emergenza urgenza, che a tutt'oggi non è stata modificata, così come per le strutture territoriali dove, ad esempio, dal 2021 l'incremento del “Progetto Restart” con aumento dei posti letto, ha reso indispensabile il potenziamento del personale di supporto;
- della necessità di garantire la funzionalità ed ottimizzazione delle risorse compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio e nel rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di spesa di personale e di dotazioni organiche;
- dell'esigenza di assicurare un opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni, non tanto sotto il profilo della mera sostituzione delle “teste”, quanto in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, ponendo attenzione affinché il rapporto entrate/uscite non generi incrementi di spesa, attraverso l'adeguata pianificazione delle immissioni in servizio e una distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio.

Una particolare attenzione è stata inoltre posta alle Strutture aziendali che risultavano fortemente impegnate e coinvolte, in prima linea, nella fase di graduale ripresa delle attività per cercare di garantire l'erogazione dei servizi ai cittadini anche in coerenza con gli obiettivi del progetto regionale “Restart”, finalizzato a recuperare la domanda di prestazioni sanitarie pregresse e

ad aumentare la capacità di risposta dei servizi nell'ottica di riduzione delle liste si attesa e di rilancio del sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Pertanto, l'Azienda:

- a) ha valutato opportunamente le professionalità presenti e quelle mancanti nella propria dotazione organica, tenendo in debita considerazione gli inevitabili effetti del *turn-over* ed effettuando, *in primis*, un'analisi ponderata del proprio fabbisogno, previa individuazione di indicatori e parametri che, partendo dalle informazioni già in possesso o comunque acquisite dalle proprie banche dati con metodi ragionati e sistematizzati, hanno consentito di definire, ottimizzare e razionalizzare quantitativamente e qualitativamente i propri fabbisogni;
- b) ha individuato previamente le professionalità infungibili, non fondandole esclusivamente su logiche di mera sostituzione, ma orientando le scelte in base a criteri di priorità, di efficace ed efficiente organizzazione del lavoro e di miglioramento dell'offerta dei servizi al cittadino, focalizzando l'attenzione sui profili specifici la cui acquisizione non risulta procrastinabile per garantire il corretto funzionamento delle attività istituzionali e il perseguimento della *mission* aziendale.

In relazione al ricorso a forme di lavoro flessibile, si ravvisa la necessità di ricorrere anche nel corso del 2023, seppur in misura molto contenuta, alla somministrazione di lavoro e alla stipula di co.li.pro. e co.co.co. soprattutto in quei profili professionali necessari per far fronte ad esigenze di supporto o di carattere progettuale specialmente in ambito sanitario o in servizi di *line*.

Il ricorso a rapporti di lavoro a tempo determinato è stato previsto, in linea di massima, per sopperire alle seguenti tipologie di necessità:

- emergenza post COVID-19;
- incarichi nelle more dell'assunzione a tempo indeterminato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza;
- aree oggetto di possibile riorganizzazione per le quali in questa fase non è opportuno ricorrere a personale strutturato;
- sostituzione gravidanze ed aspettative.

L'anno 2023 sarà inoltre interessato dal:

- 1) processo di stabilizzazione del personale sanitario e sociosanitario assunto a tempo determinato con procedure selettive, previsto dall'art. 1, comma 268, Legge 30.12.2021, n. 234, e ss.mm.ii. ("Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024") (c.d. Legge di Bilancio 2022), modificato dall'art. 1, comma 528, della Legge 29 dicembre 2022, n. 197, ove in possesso del requisito dei 18

mesi di servizio alla data del 31.12.2023, che abbiano svolto almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 01.01.2020 e il 30.06.2022;

- 2) passaggio da tempo determinato a tempo indeterminato (in parte con assunzione a ruolo da graduatorie di altre aziende del S.S.N., in parte con assunzione a ruolo tramite utilizzo della graduatoria dei concorsi unificati espletati da A.Li.Sa.) delle unità di personale di vari profili, tra i quali infermieri e operatori socio sanitari.

Al fine di monitorare l'andamento della spesa del personale, il quadro assunzionale 2023 viene mensilmente verificato e confrontato con il tetto di spesa regionale fissato dalla D.G.R. n. 147 del 4.03.2022 in Euro 202.141.085, in attesa delle nuove indicazioni a livello regionale.

### **3.3.5 Quadro previsionale delle risorse umane anno 2024-2025 (allegato n. 1)**

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni 2024-2025 esso è stato elaborato in via previsionale sulla base dei dati storici delle cessazioni degli ultimi anni, con l'intendimento di coprire, innanzitutto, il turn over al 100%. Tuttavia occorre evidenziare che la previsione di spesa non tiene conto degli arretrati per rinnovi contrattuali (Dirigenza Sanitaria e PTA).

### **3.3.6 Riclassificazione del personale**

Come detto, il nuovo contratto, fra le altre cose, introduce una revisione del sistema di classificazione del personale, prevedendo cinque aree d'inquadramento, compresa quella ad elevata qualificazione, per cui la programmazione delle assunzioni dovrà tenere conto, nel momento in cui si tradurrà nelle relative procedure di selezione e reclutamento, delle nuove aree e dei relativi profili professionali afferenti alle categorie del personale del Comparto (**Allegato B**).

A seguito della sottoscrizione in data 2.11.2022 del nuovo C.C.N.L. relativo al personale del Comparto Sanità Triennio 2019-2021, il fabbisogno di personale è stato definito tenendo conto dei nuovi profili professionali ivi previsti, e sotto specificati, che consentiranno gradualmente il superamento del mero automatismo del *turn over* a favore di una valutazione che tenga maggiormente conto delle specifiche competenze.

### **3.3.7 Progetti di attività' aggiuntiva**

Prendendo a specifico riferimento le frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda può fare ricorso è l'attivazione di specifici progetti di attività' aggiuntiva che possono interessare sia la Dirigenza che il Comparto.

### 3.3.8 Specialistica ambulatoriale

Pur non essendo in senso stretto un costo del personale, i contratti relativi alla disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) sono inclusi nell'analisi, nella programmazione e nel tetto di spesa fissato dalla Regione. Il preventivo per l'annualità 2023 è pari a€ 3.500.000,00.

Per il triennio 2023-2025 l'Azienda ha come obiettivo la modulazione dei costi a seconda della capacità di reclutamento di personale dipendente, nel senso che prima di procedere all'aumento di ore di specialistica ambulatoriale (notoriamente più onerose sotto il profilo economico-finanziario), si procederà alla previa verifica circa la sussistenza di graduatorie interne o di sistema alle quali attingere, ai fini del contenimento della spesa.

### 3.3.9 Fondi contrattuali

I Fondi sono lo strumento individuato dal C.C.N.L. per l'attuazione di istituti contrattuali di valorizzazione e sviluppo del personale dipendente e, anche se non direttamente collegati alla dimensione assunzionale in senso stretto, essi rientrano a pieno titolo nel quadro delle leve gestionali e dei mezzi posti a servizio dell'Azienda per dare concretezza alle proprie politiche di gestione delle risorse umane.

A livello normativo, rivestono particolare rilevanza le seguenti disposizioni, e precisamente:

- l'articolo 40 ("Contratti collettivi nazionali e integrativi") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., con particolare riferimento ai commi 1, 3-bis e 3-sexies, che disciplinano le procedure di contrattazione relativamente all'utilizzo dei Fondi contrattuali;
- l'articolo 8 (rubricato "Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie"), comma 5, lettera a), del C.C.N.L. 21 maggio 2018 Comparto Sanità, il quale prevede testualmente che "sono oggetto di contrattazione integrativa aziendale: a) i criteri di ripartizione delle risorse disponibili per la contrattazione integrativa tra le diverse modalità di utilizzo all'interno di ciascuno dei due fondi di cui agli artt. 80 (Fondo condizioni di lavoro e incarichi) e 81 (Fondo premialità e fasce) del presente CCNL".

Il C.C.N.L. del Comparto Sanità, sottoscritto in data 21 maggio 2018, al Titolo VII, Capo II, dettava specifiche disposizioni in materia di fondi contrattuali, prevedendo il passaggio dai precedenti n. tre Fondi per le competenze accessorie precedenti, di cui agli artt. 7, 8 e 9 del CCNL 31 luglio 2009, ai due Fondi di cui all'articolo 80 (Fondo condizioni di lavoro e incarichi) e articolo 81 (Fondo premialità e fasce), e disponendo pertanto:

- l’istituzione del nuovo “Fondo condizioni di lavoro e incarichi”, normato dall’articolo 80, nel quale confluivano, in unico importo, nei valori consolidatisi nell’anno 2017, come certificati dal Collegio dei Revisori, tutte le risorse del precedente “Fondo per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno”, ex articolo 7 C.C.N.L. 31 luglio 2009, nonché le risorse del precedente “Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell’indennità professionale specifica”, ex articolo 9 C.C.N.L. 31 luglio 2009, con la sola esclusione delle risorse destinate al finanziamento delle fasce retributive;
- l’istituzione del nuovo “Fondo premialità e fasce”, normato dall’articolo 81, nel quale confluivano, in unico importo, nei valori consolidatisi nell’anno 2017, come certificati dal Collegio dei Revisori, tutte le risorse del precedente “Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali”, ex articolo 8 C.C.N.L. 31 luglio 2009, nonché le risorse destinate al finanziamento delle fasce retributive, del precedente “Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell’indennità professionale specifica”, ex articolo 9 C.C.N.L. 31 luglio 2009.

Con Deliberazione n. 777 del 21 luglio 2022, ad oggetto “Accertamento a consuntivo fondi contrattuali di cui agli artt. 80 e 81 del C.C.N.L. 21 maggio 2018 del personale del Comparto anno 2021 e costituzione anno 2022”, da ultimo, l’Azienda ha provveduto ad accertare a consuntivo per l’anno 2021 i Fondi contrattuali degli articoli 80 (“Fondo condizioni di lavoro e incarichi”) e 81 (“Fondo premialità e fasce”) del C.C.N.L. 21 maggio 2018 Comparto Sanità, secondo i criteri e le modalità descritti negli schemi ivi allegati, nonché ad attestare la consistenza provvisoria dei Fondi contrattuali degli articoli 80 (“Fondo condizioni di lavoro e incarichi”) e 81 (“Fondo premialità e fasce”) del C.C.N.L. 21 maggio 2018 Comparto Sanità per l’anno 2022.

Con il nuovo C.C.N.L. 2 novembre 2022 Comparto Sanità triennio 2019-2021 sono stati ora introdotti due tipi di Fondi, in sostituzione dei precedenti:

1. Il Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali.
2. Il Fondo premialità e condizioni di lavoro

In particolare, il nuovo C.C.N.L. prevede la rideterminazione del trattamento economico tabellare, con gli aumenti medi mensili previsti dallo stesso, disponendo al contempo la liquidazione degli arretrati dovuti, per il periodo dal 1° gennaio 2019 al 31 ottobre 2022. Gli

incrementi contrattuali, inoltre, hanno effetto integrale sulla tredicesima mensilità, sul trattamento di quiescenza, sull'indennità premio di servizio e sul trattamento di fine rapporto.

Nessuna innovazione risulta, invece, intervenuta per i Fondi dell'Area Funzioni Locali e per i Fondi dell'Area Sanità, rispettivamente approvati con Deliberazione n. 837 del 04.08.2022 e Deliberazione n. 836 del 04.08.2022.

Negli Allegati C), D), E), F), G), H) e I), sono riportati i Fondi contrattuali delle tre Aree negoziali (Comparto, Area Funzioni Locali e Area Sanità, costituiti a preventivo secondo l'ultima operazione di accertamento effettuata dall'Azienda (annualità 2022).

#### **4. MONITORAGGIO**

Misurare la performance significa monitorare le attività dell'azienda nel suo complesso, attraverso la definizione di specifici indicatori che siano in grado di mettere in relazione tutti gli elementi che fanno parte dell'attività aziendale e rappresentare tutte le dimensioni di misurazione.

Nella progettazione, costruzione e implementazione del sistema di misurazione delle performance l'azienda sottolinea e riconosce il ruolo fondamentale del Nucleo di Valutazione (OIV) che svolge un'azione propositiva e di stimolo verso la Direzione Strategica e di verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione aziendale.

Il modello di misurazione e valutazione delle performance adottato dall'Azienda si ispira pertanto ai seguenti principi:

- a) Importante connessione tra gli strumenti istituzionali regionali di programmazione annuale e pluriennale che rappresentano il primo riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali;
- b) valorizzazione della dimensione strategica che l'Azienda intende mettere in campo, nel medio- lungo periodo verso cui orientare le scelte programmatiche di breve periodo;
- c) Costante confronto di benchmarking tra aziende virtuose ed efficienti al fine di misurare i valori soglia sulla base dei valori di riferimenti nazionali ed internazionali.

- d) Valorizzare e riqualificare il sistema di budgeting aziendale inteso come strumento di programmazione collegato al piano delle performance, traducendo gli indirizzi strategici regionali ed aziendali in obiettivi di struttura;
- e) Garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance, assicurando un adeguato livello di comprensione anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità.

Nell'ambito delle attività di misurazione delle performance saranno monitorati gli *indicatori di struttura, di processo e di esito* sia in ambito ambulatoriale, che di ricovero e di offerta prestazionale territoriale, al fine di mantenere i valori allineati agli standard previsti.

Al fine di misurare le performance organizzative, è necessario avvalersi di sistemi di confronto dei valori attesi, sia a livello nazionale che internazionale, attraverso valutazioni di benchmark a cui è quindi possibile fare riferimento nella definizione degli indicatori e degli standard per valutare la performance aziendale.

L'ASL 2 utilizza indicatori e standard che provengono da diverse tipologie di sistemi, quali:

- il sistema degli indicatori progettato sin dal 2004 in **Regione Toscana, dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**, che misura in un network le aziende sanitarie di alcune regioni, studiandone annualmente i risultati conseguiti in un'ottica multidimensionale, dagli aspetti tipicamente clinici e sanitari a quelli economici e finanziari, dalla "voce" dei cittadini e degli operatori agli orientamenti strategici regionali per migliorare lo stato di salute della popolazione;
- le misure annuali del **Programma Nazionale Esiti (PNE) di AGENAS** (iniziate nel 2010 dopo una sperimentazione nel Lazio e poi estese a livello nazionale) che sono strumenti di supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale e riguardano indicatori di esito delle cure, valutando sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di ospedalizzazione;
- Indicatori del **Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)**, descritto al punto 6 del documento.
- **Indicatori Regionali A.Li.Sa** previsti negli obiettivi di mandato della Direzione Generale
- **Indicatori derivati da Linee guida Europee**, in riferimento ad argomenti specifici.

#### **4.1 IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI (PNE)**

Attraverso i dati del PNE 2021, AGENAS restituisce una fotografia dettagliata dello stato di salute del nostro Sistema sanitario, che sembra aver resistito all'impatto della pandemia e che si appresta oggi a ripartire con le nuove sfide poste dal PNRR.

Il Report PNE 2021, in questa prospettiva, introduce una sua serie di novità e nuove valutazioni, volte alla valutazione ospedaliera, attraverso un sistema di monitoraggio dell'assistenza sempre più focalizzato sui professionisti sanitari a partire dalle nuove variabili integrative del tracciato record Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) così da stimare l'impatto delle singole expertise sugli esiti assistenziali.

Da sottolineare, la nuova attenzione attribuita da AGENAS ai temi della comunicazione, non solo nei riguardi dei decisori e degli operatori, ma anche nei confronti della popolazione generale.

Su questo fronte, il PNE si ricollega, pur nella distinzione delle funzioni e dei ruoli, con un'altra importante iniziativa intrapresa dall'Agenzia: il Portale della Trasparenza, recentemente aperto alla consultazione pubblica, nell'ottica di una circolazione virtuosa delle informazioni sulla distribuzione dell'offerta sanitaria e su alcune caratteristiche inerenti ai servizi e alle prestazioni. Le due iniziative condividono la medesima filosofia di fondo, con riferimento al fine ultimo di tutela della salute pubblica esercitata dal SSN, che da una parte crea le condizioni affinché i soggetti erogatori possano operare al meglio (e in presenza di criticità interviene per sostenere i processi di riqualificazione dell'assistenza); e dall'altra, si adopera affinché le persone siano messe nelle condizioni di compiere scelte informate e responsabili, non in solitudine, ma nell'ambito di percorsi efficaci ed equi di presa in carico.

Emerge, infine, la necessità di sviluppare per il futuro nuove misure, a partire dall'integrazione dei dati provenienti dalle SDO con quelli di altri flussi informativi, provenienti, ad esempio, dall'assistenza territoriale, che in prospettiva consentirà, tra le altre cose, di valutare l'impatto dei nuovi modelli organizzativi implementati con il PNRR.

## **5.ALLEGATI**

### **5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3**

**Allegato 1:** Obbligo di pubblicazione

**Allegato 2:** Catalogo mappatura processi e valutazione rischi

**Allegato 3:** Programmazione misure prevenzione

**Appendice**

### **5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.2**

**Allegato A:**MOD 1485 Modulo di richiesta;

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

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

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

### **5.3 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3.3.**

**Allegato 4:** Piano triennale dei fabbisogni del personale (Procedure di reclutamento anno 2023, classificazione del personale, Fondi Comparto, Area Sanità e Area Funzioni Locali 2022)