



Sistema Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Socio-sanitaria Ligure 5
La Spezia

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2024-2026

INDICE

PREMESSA	2
1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 CHI SIAMO	5
1.2 COSA FACCIAMO	11
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	13
2.1 VALORE PUBBLICO	14
2.2 PERFORMANCE	25
2.3 ANTICORRUZIONE: L'INTEGRAZIONE CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE – RISCHI CORRUTTIVI	35
2.4 TRASPARENZA	44
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	47
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	48
3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) anni 2024-2026	73
3.3 LAVORO AGILE	74
3.4 PIANO AZIONI POSITIVE	76
3.5 FORMAZIONE	76
4 MONITORAGGI	78

PREMESSA

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In questo contesto, si sono susseguiti diversi interventi normativi e ambiziosi progetti di riforma della Pubblica Amministrazione con l'obiettivo di avviare una marcata sburocratizzazione per ridurre i costi e i tempi, e in tale ambito si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) introdotto con l'articolo 6 del Decreto Legge 80/2021 detto Decreto Reclutamento e convertito con la Legge 113/2021.

Il P.I.A.O. si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione”.

Pertanto, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e in particolare del D.Lgs n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012, il P.I.A.O. deve essere obbligatoriamente adottato dalle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, D.Lgs. 165/2001 con più di cinquanta dipendenti, come adempimento semplificato volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa. IL P.I.A.O mira a migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese anche in materia di diritto di accesso e, altresì, a sostituire mediante l'assorbimento in un unico documento di programmazione e governance molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- Il Valore Pubblico e la Performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
 - all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- le attività di miglioramento organizzativo, le procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

Il P.I.A.O. contiene la scheda anagrafica dell’Azienda ed è suddiviso nelle seguenti sezioni:

1. Valore pubblico, performance e anticorruzione.
2. Organizzazione e capitale umano.
3. Monitoraggio.

Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali.

Sezione 1	Sezione 2	Sezione 3
1. Valore pubblico, performance e anticorruzione	2. Organizzazione e capitale umano	3. Monitoraggio
1.1. Valore pubblico	2.1 Struttura organizzativa	
1.2. Performance	2.2. Organizzazione del lavoro agile	
1.3. Rischi corruttivi e trasparenza	2.3. Piano triennale dei fabbisogno del personale	

SEZIONE 1

SCHEMA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 CHI SIAMO

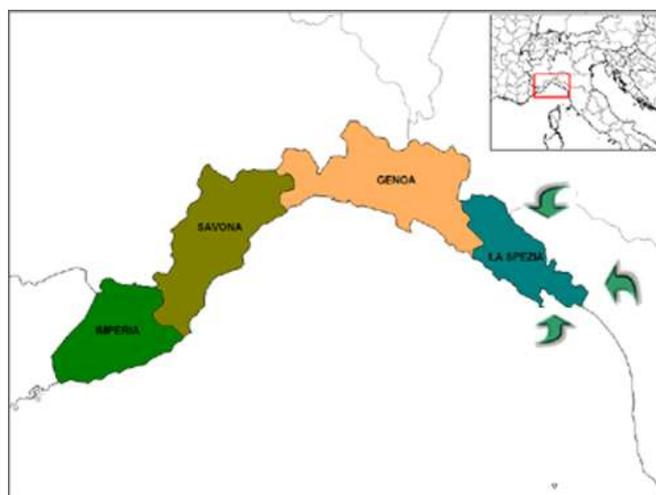
1.2 COSA FACCIAMO

1.1 CHI SIAMO

L'Asl 5 (di seguito denominata Azienda) nasce nel 1993 dalla fusione della ex USL n. 19 della Spezia con la ex USL n. 20 di Sarzana, a seguito dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo 502/92 e della Legge Regionale (L.R.) n. 20/93. Il Decreto ha sostituito alle precedenti USL, le Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica e ha portato a una riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) ligure e al conseguente accorpamento delle 20 USL nelle attuali 5 Aziende sanitarie locali; con L.R. n. 17/2016 e con la L.R. n. 27/2016, a modifica della L.R. n. 41/2006, istitutiva dell'attuale Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda è stata poi rinominata "Azienda Sociosanitaria Ligure 5".

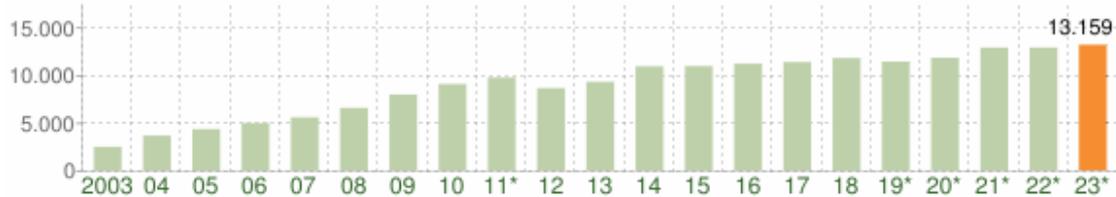
L'Azienda è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Liguria. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

ENTE	AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5
SEDE LEGALE	VIA FAZIO,30 19121 LA SPEZIA
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	http://www.asl5.liguria.it/
TELEFONO (CENTRALINO)	0187 5331
EMAIL URP:	urp@asl5.liguria.it
EMAIL PEC:	protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it
CODICE FISCALE / PARTITA IVA:	00962520110



Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2023, il bacino di utenza dell’Azienda è costituito su una superficie di circa 665,22 Km2. Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.486 abitanti.

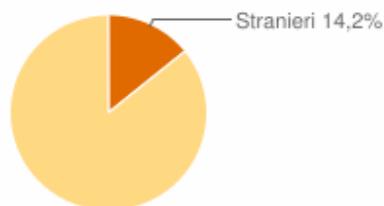
Un dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2023 risultavano 13.159 residenti stranieri che rappresentano il 14,2% della popolazione residente (sono da considerarsi stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia).



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2023

COMUNE DI LA SPEZIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2023 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



I principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia della Spezia sono i seguenti:

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>	<i>Indice di ricambio della popolazione attiva</i>	<i>Indice di struttura della popolazione attiva</i>	<i>Indice di carico di figli per donna feconda</i>	<i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i>	<i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	269,0	59,9	203,2	111,3	0,0	7,5	14,7
2003	266,3	61,5	214,7	115,1	0,0	6,6	14,7
2004	264,9	61,5	198,3	116,3	0,0	7,6	13,9
2005	258,5	60,9	186,5	118,8	0,0	7,6	14,3
2006	248,4	61,9	161,4	121,3	0,0	7,8	13,1
2007	244,0	62,8	163,4	126,1	0,0	7,4	12,9
2008	240,1	62,2	159,4	128,6	0,0	7,6	13,1

2009	236,0	62,2	160,8	131,3	0,0	7,5	13,7
2010	232,8	61,7	163,1	135,0	0,0	7,0	13,5
2011	231,9	61,5	168,5	138,8	0,0	7,5	14,1
2012	230,3	62,4	155,8	142,5	0,0	8,0	14,1
2013	231,0	62,7	149,1	143,3	0,0	7,3	13,4
2014	228,3	63,2	144,3	144,7	0,0	6,9	13,3
2015	232,3	63,2	138,6	145,8	0,0	7,3	14,0
2016	231,5	62,8	135,7	146,9	0,0	7,7	12,5
2017	229,6	62,7	141,8	149,4	0,0	7,3	14,1
2018	227,7	62,5	144,1	150,7	0,0	6,7	14,1
2019	229,0	62,3	148,2	150,0	0,0	6,5	13,3
2020	230,9	61,9	151,7	149,4	0,0	7,3	15,5
2021	224,9	61,7	152,4	146,4	0,0	6,5	14,0
2022	226,1	61,8	152,5	145,9	0,0	6,7	14,4
2023	226,6	61,2	154,6	144,1	0,0	-	-

<https://www.tuttitalia.it/liguria/38-la-spezia/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione>

- Indice di vecchiaia: rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni;
- Indice di dipendenza strutturale: rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni);
- Indice di ricambio della popolazione attiva: rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni);
- Indice di struttura della popolazione attiva: rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni);
- Carico di figli per donna feconda: è il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici;
- Indice di natalità: rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti;
- Indice di mortalità: rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

L'Azienda svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso la prevenzione e i servizi di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione avvalendosi anche di soggetti accreditati e convenzionati con la Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda si articola nel seguente modo:



- Il **Distretto 17** che comprende 7 Comuni della Riviera, 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara: Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice di Cornoviglio, Deiva Marina, Follo, Framura, Levante, Monterosso, Pignone, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, Severini, Vernazza e Zignago .
- Il **Distretto 18** che comprende i 3 Comuni del Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- Il **Distretto 19** comprende i 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

La rete ospedaliera, organizzata strutturalmente e funzionalmente in Dipartimenti, è costituita da un Presidio Ospedaliero (Presidio Ospedaliero del Levante Ligure) articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

- **Ospedale S. Andrea** della Spezia
- **Ospedale San Bartolomeo** di Sarzana

Nel territorio del Comune di Levante è inoltre presente una Struttura Sociosanitaria con posti ordinari di cure intermedie, posti tecnici di dialisi e un Punto di primo intervento (PPI). I Dipartimenti di Area Sanitaria dell'Azienda sono costituiti da Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e strutture Semplici contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche e gestionali finalizzate al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

Il Distretto Sociosanitario assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e dei servizi aziendali, incluso il Presidio Ospedaliero.

Il Distretto provvede a valutare, nel rispetto delle competenze attribuite ad Alisa, i bisogni e le domande di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; erogare prestazioni e servizi di base secondo modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali.

Nel Distretto si realizzano il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dalle farmacie convenzionate con le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del Distretto, nonché dagli ambulatori e dalle

strutture territoriali accreditate.

L'Azienda nell'Area ospedaliera opera, come ricordato, mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure) e mediante una casa di cura convenzionata nelle discipline di ortopedia, chirurgia e oculistica) e un centro convenzionato per la riabilitazione. Il Presidio ospedaliero presenta un Dipartimento di emergenza di primo livello che comprende due Pronto soccorso (S. Andrea e San Bartolomeo) e un punto di primo intervento (Levanto).

I posti letto a 1 Gennaio 2024 sono:

	S. Andrea			S. Bartolomeo			Presidio		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	198	198	0	191	165	26	389	363	26
DH	24	22	2	10	8	2	34	30	4
DS	10	10		5	5		15	15	
Totale	232	230	2	206	178	28	438	408	30
OBI	11			4			15		

Alma Mater La Spezia	Dicembre 2023			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	4	1		5
MEDICINA GENERALE	22	22		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	1		14
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1		2

Don Gnocchi	Dicembre 2023			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI	61	9	8	
NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI	23			

Le attività e i servizi territoriali dell'ASL , dislocati su tutto il territorio sono erogati da 3 Dipartimenti (Cure primarie , Prevenzione, Salute mentale). L'Azienda opera anche con l'ausilio di 45 strutture convenzionate.

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno-infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza agli anziani ***	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici
Ambulatorio e laboratorio	3	8						2	

Struttura residenziale					4	2	20	5	
Struttura semiresidenziale					1	2	2	8****	

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici **	Posti letto Assistenza ai minori*
Struttura residenziale	576	117	13
Struttura semi-residenziale	15	83	3

*i posti letto assistenza ai minori sono riferiti agli inserimenti presso strutture liguri ed extra-regionali

**i posti si riferiscono alle strutture liguri di cui ASL5 è capofila e alle strutture extra-regionali dell'ente gestore Cardinal Maffi

***sono ivi incluse anche le Strutture liguri in cui ASL5 non è capofila, nonché i contratti aziendali regionali ed extra-regionali

**** gli utenti inseriti nelle strutture per disabili sono misti (fisici e psichici)

Sono Organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

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

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, 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.

Il Collegio di Direzione assicura alla Direzione Aziendale il suo apporto 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.

In specifico, il Collegio di Direzione, esprime pareri e formula proposte nelle seguenti aree:

- indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;
- valutazione interna dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici prefissati;
- programmi di formazione del personale medico e sanitario;
- programmi di ricerca ed innovazione;
- modalità generali di esercizio per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
- organizzazione e sviluppo dei servizi assistenziali e valorizzazione delle risorse umane e professionali ad essi connesse.

Il Collegio inoltre esprime pareri obbligatori in merito a:

- l'Atto di autonomia aziendale e sue modifiche ed integrazioni;
- il Piano Strategico Aziendale;
- il Piano Attuativo annuale;
- gli atti del Bilancio;
- gli atti di amministrazione straordinaria o quelli che, comunque, comportino variazioni nella consistenza patrimoniale dell'Azienda.
- le modalità generali di esercizio per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie.

Il Collegio è composto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociosanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari e del Dipartimento Tecnico-Amministrativo, dal Direttore medico del Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Distretto e dal Dirigente delle Professioni Sanitarie.

Il Direttore Generale deve convocare il Collegio non meno di 4 volte l'anno e ogni qual volta ne sia fatta richiesta da almeno i due terzi dei componenti.

In relazione alla specificità degli argomenti trattati, possono essere invitati inoltre i responsabili delle funzioni di staff e di altre articolazioni organizzative aziendali, nonché esperti esterni. Le modalità di funzionamento e convocazione del Collegio di Direzione, la partecipazione all'azione di governo e le modalità per la formulazione di pareri e proposte, sono disciplinate con apposito Regolamento adottato dalla Direzione Aziendale.

Il Collegio Sindacale dura in carica 3 anni ed è composto da 3 membri, di cui uno designato dalla Regione, uno designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministero della Salute.

I componenti del Collegio Sindacale" ai sensi del D. Lgs n. 502/1992, sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica che abbiano esercitato per almeno 3 anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali".

I membri del Collegio Sindacale vengono nominati, su designazione delle competenti amministrazioni con deliberazione del Direttore Generale.

Rientrano tra le funzioni del Collegio sindacale:

- verificare l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigilare sull'osservanza della legge, accerta e regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- fare periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi Nazionali e Regionali;
- predisporre relazioni periodiche sui risultati dei riscontri eseguiti alla Regione e alla Conferenza dei Sindaci.

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, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di breve-medio termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

1.2 COSA FACCIAMO

L'Azienda, insieme alle altre Aziende Sanitarie pubbliche, alle Aziende ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ai farmacisti, agli Erogatori privati accreditati, agisce in un'ottica di solidarietà ed etica, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali.

L'Azienda garantisce la promozione della salute e la tutela del cittadino e della comunità locale, assicurando la disponibilità e l'accesso ad una rete integrata di servizi sanitari.

L'Azienda nel perseguire l'economicità ed efficienza produttiva, garantisce condizioni ed effettiva equità nell'accesso per tutti i cittadini, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, sia direttamente che indirettamente.

I "valori" principali cui si ispira sono:

- la centralità del paziente come obiettivo fondamentale;
- l'accoglienza e l'accessibilità ai servizi;
- l'affidabilità, la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni;
- l'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura e per produrre attività di eccellenza;
- la competenza, eccellenza ed autorevolezza professionale;
- la sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e degli operatori nel rispetto della normativa vigente;
- l'ascolto ed il coinvolgimento;
- l'equità e l'etica;
- la trasparenza e la responsabilità;
- la condivisione;
- la razionalità e la coerenza nei comportamenti;
- il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela del malato e le sinergie con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento;
- la partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori.

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE,ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.2 PERFORMANCE– PERFORMANCE INDIVIDUALE E
ORGANIZZATIVA

2.3 ANTICORRUZIONE: LA INTEGRAZIONE CON IL CICLO
DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

2.4 TRASPARENZA

2.1 VALORE PUBBLICO

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

L'Azienda:

- **consiste in una comunità di professionisti** impegnati ad accogliere il paziente come persona nella sua integrità. Obiettivo di tutti è costruire con la partecipazione del paziente percorsi di cura adeguati a rispondere ai suoi bisogni di salute.
- assume la responsabilità di **creazione del valore pubblico** mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti i professionisti per rendere efficaci, integrate, appropriate, sicure ed efficienti le azioni delle Strutture Sanitarie, Tecniche, Amministrative e di supporto.
- è un'**organizzazione multi-professionale e multidisciplinare** che ha un alto livello di complessità nella sua gestione.
- agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse che le sono affidate secondo criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari;
- promuove la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività e in condizioni di sicurezza le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona e nell'interesse delle collettività;
- concorre alla più vasta missione del Sistema Sanitario Regionale, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero;
- persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale dove l'indirizzo politico è relativo alla definizione gli obiettivi strategici mentre le scelte gestionali sono compiute dalla competente professionale;
- garantisce la relazione con i vari stakeholders che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di

associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto;

- sviluppa integrazioni, alleanze e strategie all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione.

Per realizzare questi obiettivi occorre:

- dare priorità alle **relazioni umane con i cittadini** che scelgono di curarsi nella nostra Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata **formazione** dei nuovi operatori sanitari che sono assegnati alle varie Strutture Aziendali;
- tendere alla **qualità**, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;
- accettare responsabilmente la sfida costituita dal superamento della visione "paziente-utente" verso la concezione della "**persona-cliente**"; capace cioè di scegliere (direttamente o attraverso il proprio medico di famiglia) la prestazione sanitaria più aderente alle proprie necessità ed aspettative, tra quelle presenti sul territorio e di divenire un interlocutore attivo per definizione di percorsi di cura condivisi;
- considerare che l'area ospedaliera e quella territoriale-distrettuale come punti di una rete che devono costantemente integrarsi nella loro di azione di prevenzione, cura e assistenza;
- considerare l'area territoriale come luogo sociale di relazioni e di sinergie con gli enti locali (espressione dei diritti di cittadinanza e del principio di sussidiarietà), con il terzo settore –volontariato e associazionismo – (espressione del principio di solidarietà) e con le organizzazioni di patronato e di tutela dei diritti (portatori di interessi generali e specifici).

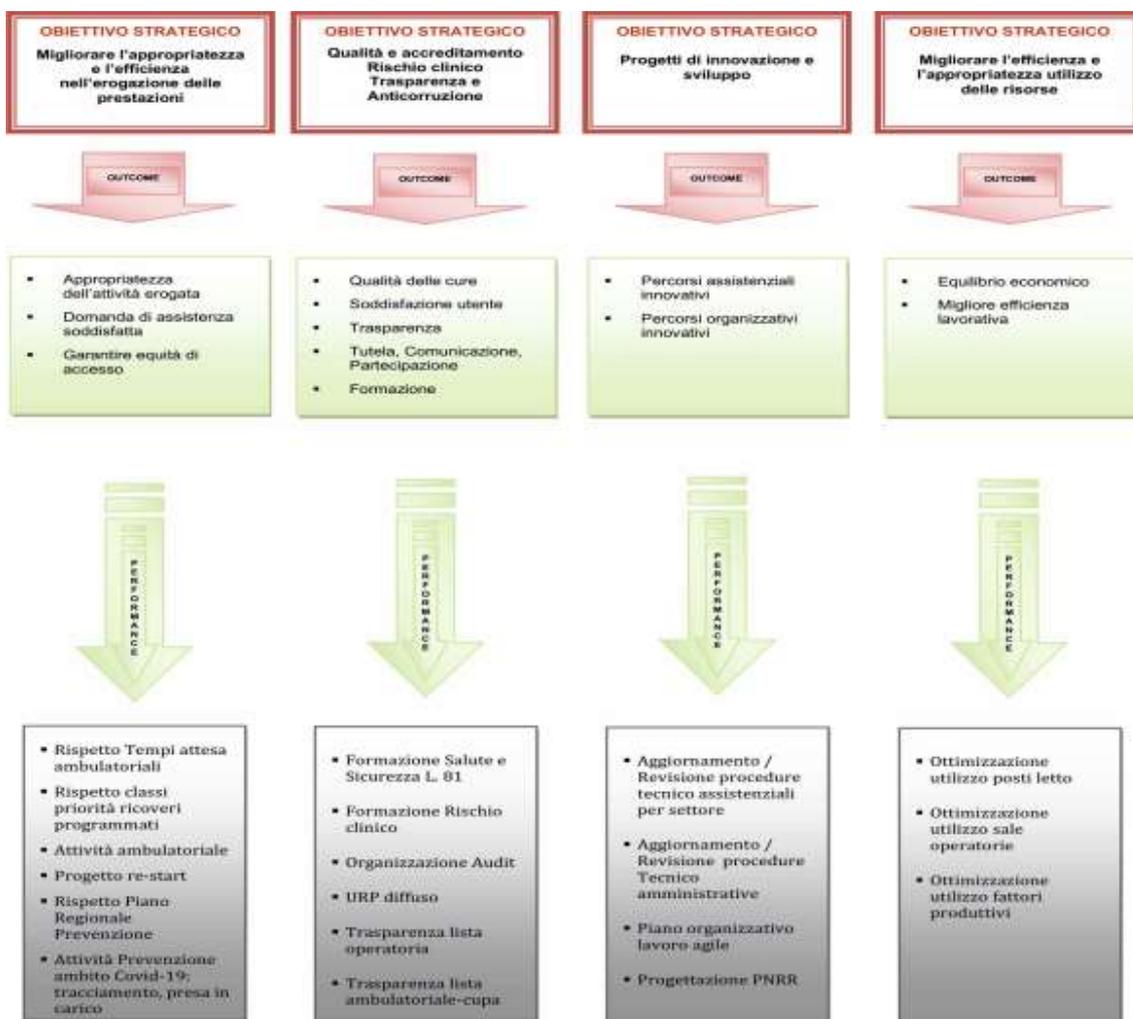
In particolare secondo le indicazioni regionali, ricevute negli anni scorsi, gli ambiti prioritari di azione dovranno essere:

- area economica: efficienza;
- piani di vaccinazioni;
- screening;
- Sanità animale ed Igiene degli alimenti;
- appropriatezza nell'erogazione delle cure;
- gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento nei Pronti Soccorsi);
- governo liste d'attesa;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- residenzialità.
-

La creazione di **Valore Pubblico** è quindi il primo obiettivo di ogni amministrazione e quindi anche della nostra Azienda.

Per Valore Pubblico in senso ampio s'intende, infine, l'impatto medio generato dalle politiche dell'ente sul livello di benessere complessivo in un'ottica di sostenibilità (multidimensionale: sanitario, sociale, ambientale e economico) di cittadini e imprese, ottenuto governando le performance in tale direzione, proteggendo dai rischi connessi, ottimizzando l'utilizzo delle risorse dell'Azienda. Performance, Management, Politiche di Anticorruzione e Trasparenza sono le leve di creazione del Valore Pubblico.

Di seguito sono indicati alcuni indicatori di Valore Pubblico:



Il PNRR mira in ambito sanitario a:

- adeguare il Servizio Sanitario Nazionale(SSN) a un mutato contesto demografico;
- garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute;
- rendere la rete dell'assistenza sanitaria primaria territoriale in grado di rispondere in modo efficace al fabbisogno di salute;
- rendere capillare l'offerta di salute sul territorio;
- impiegare l'innovazione tecnologica, l'avanzamento della ricerca in campo medico e la valorizzazione del personale del SSN.

La missione 6 è quella relativa alla Sanità:

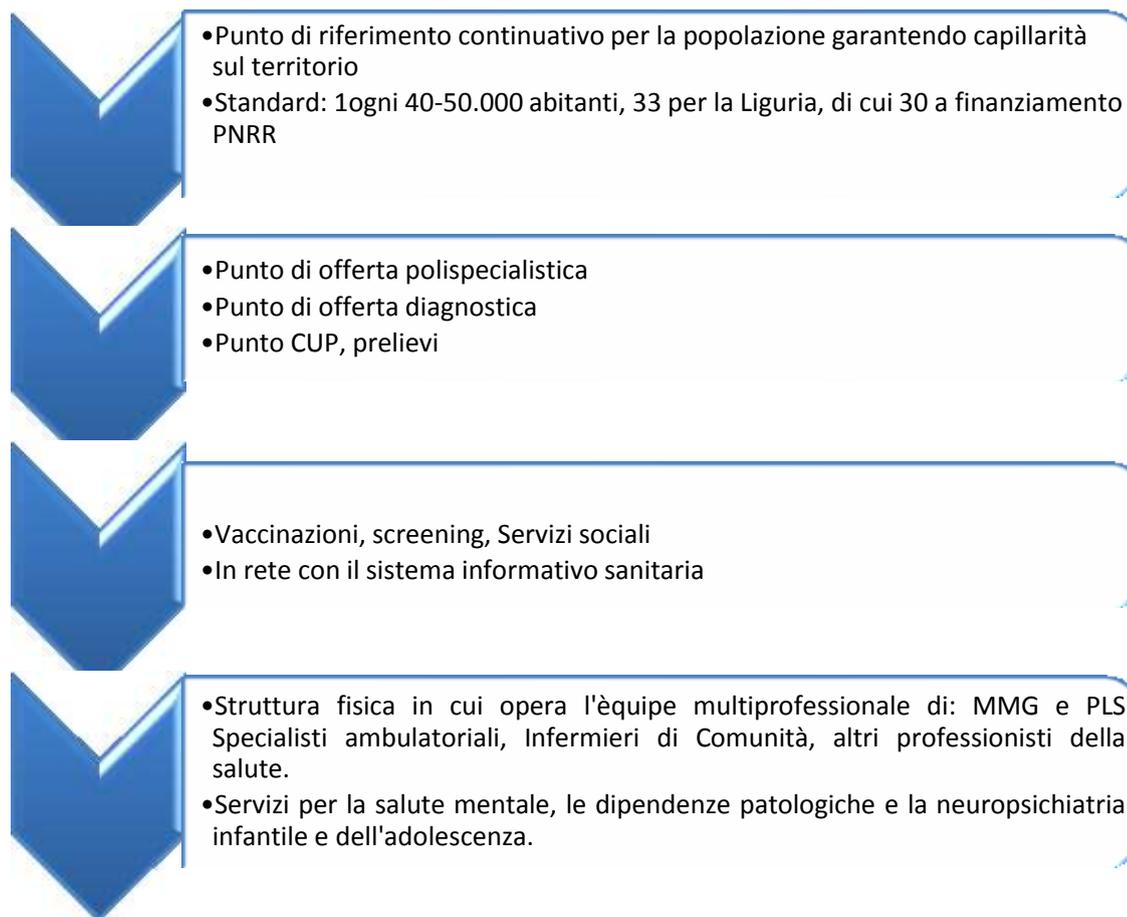


Gli investimenti riguarderanno quindi le strutture organizzative di seguito indicate:

Le **Case di Comunità** (CdC) sono le nuove strutture socio-sanitarie del Servizio Sanitario Regionale. Introducono un modello organizzativo che deve garantire un approccio integrato e multidisciplinare attraverso modalità operative quali l'équipe multiprofessionale territoriale.

Il quadro demografico ligure rende necessari percorsi di presa in carico complessi e, quindi un'offerta che garantisca, ad integrazione del disegno Ministero/ Agenas un potenziamento dell'offerta territoriale in primis con CdC in grado di offrire Servizi diagnostici e ambulatoriali potenziati.

L'Azienda ha previsto le CdC nei Comuni di Sarzana, Luni (Distretto Sociosanitario n. 19), La Spezia (Distretto Sociosanitario n. 18), Bolano località Ceparana (Distretto Sociosanitario n. 19).

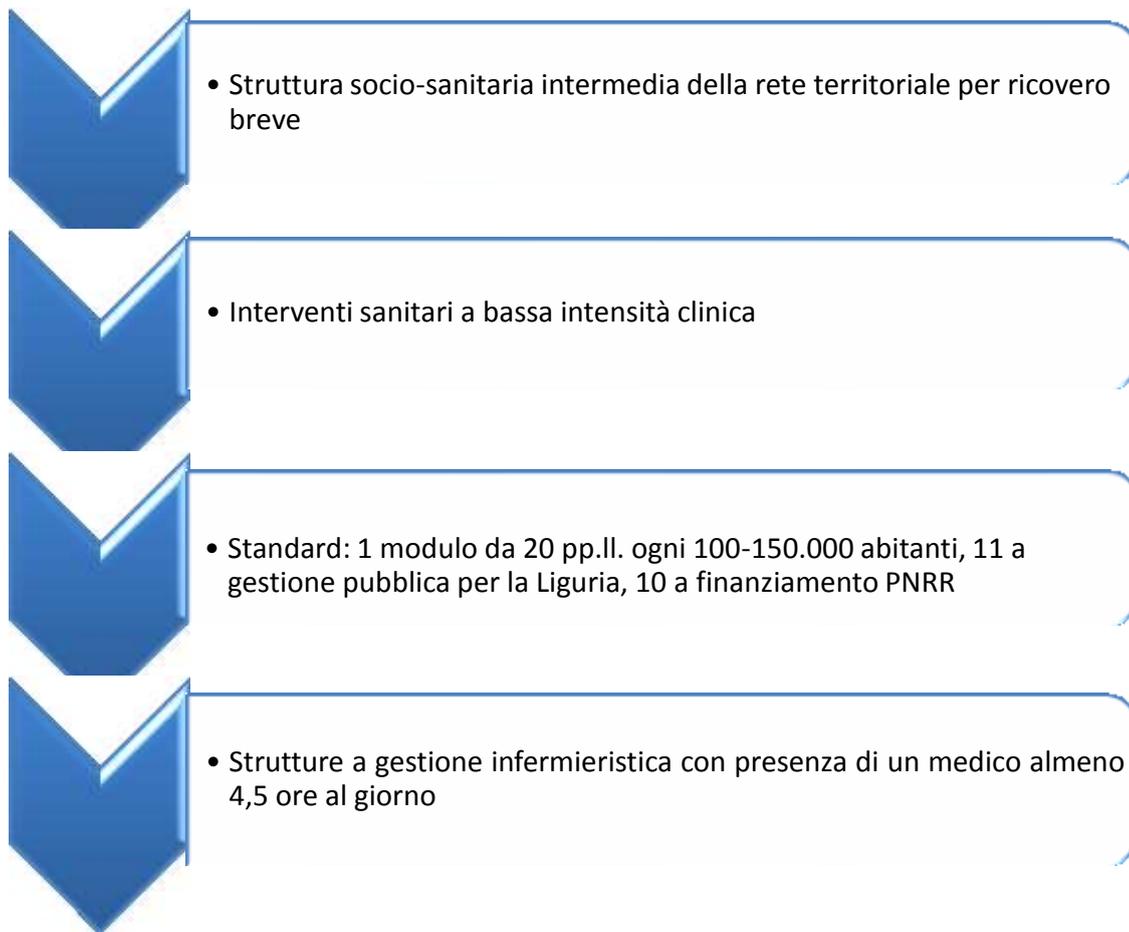


L'Ospedale di Comunità (OdC) è una Struttura sanitaria di ricovero appartenente alla rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in unità organizzative finalizzate alla stabilizzazione clinica di recupero funzionale e di autonomia.

Il quadro demografico ed epidemiologico che caratterizza la Liguria determina la necessità di percorsi di presa in carico più complessi e, quindi di un'offerta che garantisca, ad integrazione del disegno Ministero/ Agenas Strutture per l'assistenza riabilitativa multidimensionali post-acute, la domiciliarizzazione del paziente in continuità funzionale con gli OdC.

Al momento in Azienda è operativo n. 1 Ospedale di Comunità nel Comune di Levanto con 15 posti letto, che saranno portati a 20.

E' in fase di predisposizione un secondo Ospedale di Comunità attiguo l'Ospedale San Bartolomeo di Sarzana con 20 posti letto.

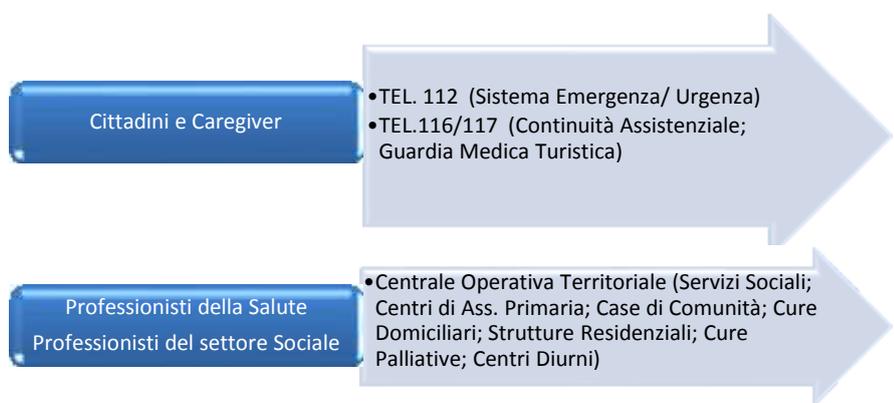


Le **Centrali operative territoriali (COT)** svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza – urgenza. E' una Struttura fisica in cui operano n. 6 infermieri e n. 2 amministrativi.

La COT si articola secondo un modello HUB-SPOKE

n.1 HUB sito in via XXIV Maggio

n.3 SPOKE Distrettuali (Sarzana- Distretto Sociosanitario 19, Follo Località Ceparana – Distretto Sociosanitario n. 17, La Spezia – Distretto Sociosanitario n. 18).





Sono altresì previsti altri interventi:





Un'altra linea di azione ad alta priorità è la gestione delle liste d'attesa.

L'Azienda, per il recupero delle prestazioni, ha attivato un servizio verde aziendale per i cittadini che non hanno la data dell'appuntamento che soddisfa la priorità prescritta dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dallo specialista ambulatoriale.

L'Ufficio recupero prestazioni si occupa di prenotare le prestazioni che da mesi sono rimaste in sospenso.

Prende in carico le ricette con priorità B, anche con una data recente.
 Numero di telefono 800185466 dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00
 Mail: recupero.prestazioni@asl5.liguria.it

RECUPERO PRESTAZIONI			
DATA	TELEFONATE RICEVUTE	MAIL RICEVUTE	CASI RISOLTI nel rispetto delle priorità
Dal 15/12/2022 Al 18/01/2024	35.791	10.986	27.687

Un altro progetto fondamentale per l'attivazione delle reti assistenziali e di cura è il Progetto "Qui Insieme".

Il Progetto di Rete di Comunità è stato finanziato con il bando "Intrecci – 2018" di Fondazione Compagnia di San Paolo.

Con modalità multidisciplinari e multiprofessionali, il Progetto realizza la Rete di Comunità "Qui, insieme", per rispondere ai bisogni di persone e nuclei familiari fragili di Val di Vara (Distretto 17) e Sarzana (Distretto Sociosanitario n. 19), attraverso interventi sociosanitari e di inclusione sociale. Enti Pubblici, Terzo Settore, Medici di Medicina Generale (MMG) e Comunità realizzano un modello culturale-organizzativo multidimensionale, differenziato, integrato e innovativo, capace in tempo reale di prendersi cura dei beneficiari, supportato da una piattaforma ICT e da una centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) interistituzionale, che gestisce segnalazioni, accessi, programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi. La Rete aiuta i beneficiari a permanere nella situazione che più li aiuta a vivere.



Fondamenti nelle attività di prevenzione con gli screening definiti a livello nazionale e regionale: 1) mammografico, 2) cervice uterina, 3) colon retto.

MAMMOGRAFIA

(*) Popolazione Femminile 45-49 anni invitata tutti gli anni. Popolazione femminile 50-69 anni invitata 1 volta ogni 2 anni.

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2023



2022	2023
POPOLAZIONE OBIETTIVO 2022* 24.489	POPOLAZIONE OBIETTIVO 2023* 24.521
INVITATE 30.767	INVITATE 19.500

Lo screening mammografico si inserisce anche nel percorso della Breast Unit dell'area del Levante Ligure in collaborazione con ASL 4

CERVICE

(*) Popolazione femminile 25-64 anni invitata 1 volta ogni 3 anni.

DATI AGGIORNATI AL
31/12/2023



2022	2023
POPOLAZIONE OBIETTIVO 2022* 19.919	POPOLAZIONE OBIETTIVO 2023* 17.031 (non comprende la fascia 25 – 29 anni)
INVITATE 18.444	INVITATE 8.257 (non è stata convocata la fascia 25 – 29 anni)



Un altro asse importante di intervento sono gli **obiettivi di digitalizzazione e informatizzazione**.

In linea con la strategia digitale nazionale, regionale e aziendale nel 2023 sono stati realizzati i seguenti obiettivi di digitalizzazione:

- Digitalizzazione del processo deliberativo;
- Adozione di nuovo sistema protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale;
- Attivazione nuovo sistema regionale contabilità;
- Adozione di un sistema di cartella clinica e infermieristica;
- Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I).

2.2 PERFORMANCE

Il **Piano delle Performance**, sancito con il Decreto Legislativo (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", 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.

L'art. 6 del Decreto Legge 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. 150/20098, 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 Processo di Misurazione e Valutazione della Performance, che prende avvio proprio dal Piano delle Performance, si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget;
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse;
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi;
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti;
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance.

La performance azienda è concettualmente distinta in performance organizzativa e performance individuale.

Relativamente alla **Performance Organizzativa**, l'Azienda realizza gli indirizzi strategici, regionali ed aziendali, attraverso la loro declinazione in obiettivi utilizzando il processo del budget annuale, declinazione della performance organizzativa.

Gli obiettivi strategici sono individuati in coerenza con le linee di indirizzo espresse dalla Regione Liguria; prevedono obiettivi consolidati di garanzia dei livelli di assistenza, della qualità delle prestazioni ed obiettivi legati ai nuovi indirizzi operativi definiti dalla Regione Liguria.

Il sistema di budget è lo strumento fondamentale che permette di calare gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale alla singola struttura, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in un percorso condiviso.

Il programma operativo annuale esplicita dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, azioni, indicatori e target) che caratterizzano le priorità dell'Azienda su cui si baserà poi la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati, in coerenza con le linee strategiche individuate a livello nazionale e regionale.

In riferimento alla Performance Individuale, gli obiettivi della performance organizzativa sono declinati negli obiettivi individuali da attribuire ai dirigenti titolari di incarico, ai dirigenti amministrativi e al personale del comparto che ha funzioni di coordinamento o organizzative completando quindi la fase programmatoria del ciclo di gestione della performance.

Negli Accordi Integrativi Aziendali vigenti per le dirigenze dei diversi ruoli e per il comparto sono definite le quote di valutazione del diverso personale e precisamente quanto incide il risultato di budget: performance organizzativa e quanto incide la performance individuale di ogni risorsa umana.

All'interno della performance individuale è altresì stabilito quanto pesano gli obiettivi individuali (per il personale ai quali sono assegnati) e quanto pesano le valutazioni dei comportamenti organizzativi e professionali (competenze) sulla base di apposite schede di valutazione differenziate per incarico e profilo professionale sia per la dirigenza sia per il comparto.

Sono previste delle valutazioni intermedie in interazione con il valutato prima di arrivare al giudizio finale ed è previsto un comitato al quale il dipendente può ricorrere nel caso non ritenga corretta la sua valutazione.

Tale sistema vale sia per la distribuzione della retribuzione di risultato per i dirigenti e del fondo di produttività per il personale del comparto sia costituisce uno degli elementi di valutazione ai fini dell'attribuzione e valutazione degli incarichi.

Si riporta di seguito la sintesi degli accordi aziendali.

Si rimanda agli specifici accordi per un approfondimento su questo tema; gli accordi integrativi aziendali sono pubblicati sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente" e sono:

Personale del Comparto

Accordo di contrattazione decentrata integrativa fra Azienda, RSU e Organizzazioni Sindacali del Comparto: "criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance e criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche" del 27/11/2019

Le risorse destinate a premiare la performance organizzativa e quella individuale vengono quantificate annualmente.

La ripartizione della quota di Fondo di cui all'art. 81 destinata a premiare la performance collettiva ed individuale è così stabilita:

A Produttività collettiva e individuale : 95%

B Progetti speciali: 5%

Il Sistema di valutazione del personale dipendente del comparto è così articolato:

1. la valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura complessa o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione del fondo premialità e fasce;
2. la valutazione annuale sulla performance individuale pesa per il restante 30% del fondo premialità e fasce ed è a sua volta distinta in:
 - Obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione
 - Competenze organizzative e professionali con un peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione, e del 100% per il restante personale.

Dirigenza

Verbale di sui "Criteri generali ai fini della valutazione individuale del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, delle Professioni sanitarie, Professionale, Tecnica e Amministrativa "del 12/09/2018

1. La valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura compressa e/o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione della retribuzione di risultato.
2. La valutazione annuale sulla performance individuale che pesa per il restante 30% del fondo sulla retribuzione di risultato

Quest'ultima a sua volta viene distinta in:

- a) Obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% solo per i Direttori SC/SSD, Dirigenti di S.S., Dirigenti Amministrativi, Dirigenti del ruolo professioni sanitari titolari di incarichi di alta specializzazione (CX)
- b) Competenze manageriali e professionali con un peso del 50% per le figure di cui sopra e del 100% dei restanti profili.

Gli **obiettivi strategici per il Budget 2024** contenute nella pianificazione annuale 2024, in attesa delle indicazioni Regionali per il nuovo anno, poggia sui seguenti pilastri importanti:

- Piano Sociosanitario regionale Ligure 2023/2025: innovazione e potenziamento
- Indicazioni A.Li.Sa per programmazione 2024 (ad oggi in attesa di definizione);
- Obiettivi Direttore Generale anno 2024 (ad oggi in attesa di definizione);
- Obiettivi strategici aziendali definiti dalla Direzione Strategica Aziendale;

- Proposte dei Direttori Dipartimento, dei Direttori do Strutture Complesse e dei responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali;

Il Piano Sociosanitario ligure definisce le linee di indirizzo dell'evoluzione del Sistema sanitario ligure, di cui si propone una breve sintesi:

Ecosistema integrato, una visione interconnessa di salute

◆ One Health: Salute dell'uomo e Salute dell'ecosistema

◆ La nuova vision del territorio e l'innovazione dell'organizzazione dell'offerta:

- Dal modello di offerta "diagnosi e cura" alla "presa in carico personalizzata-coinvolgimento dei pazienti";
- Semplificazione nell'accesso alle prestazioni e ai servizi;
- Ricomposizione della frammentazione dei percorsi, dei modelli di offerta, delle relazioni.

Gli strumenti organizzativi: Distretto, rete territoriale di prossimità [Casa di comunità, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Centrale Operativa Territoriale, Ospedali di comunità]

◆ Innovazione del sistema informativo: integrazione territoriale del coordinamento unico regionale dell'assistenza IT-CURA - e l'implementazione degli strumenti di monitoraggio e governance

◆ I nuovi ospedali, modelli organizzativi e strumenti di governance

La programmazione dell'assetto ospedaliero:

◆ Costruzione dei nuovi Ospedali che andranno a modificare l'offerta del territorio del Levante, del Ponente e dell'Area Metropolitana Genovese;

◆ Pieno rispetto degli standard del DM 70/2015 al fine di garantire sicurezza per i pazienti, efficacia degli outcome, efficienza di sistema;

◆ Potenziamento del sistema emergenza/urgenza e modello "hub and spoke";

◆ Specializzazione delle vocazioni delle strutture e perfezionamento delle mission aziendali;

◆ Implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e post-acuti;

◆ Consolidamento di modelli di presa in carico multidisciplinare garantendo uniformità di standard e percorsi.

La Direzione Strategica Aziendale ha predisposto un documento di indirizzo contenenti le linee generali sulle quali caratterizzare il processo di budget 2024, condiviso nell'ambito del Collegio di Direzione allargato.

Una prima stesura delle Linee guida per il Budget 2024 e Piano della Performance è stata approvata dal Collegio di Direzione nel novembre del 2023 e ha riguardato lo stato dell'arte e vi è stato un aggiornamento nel dicembre 2024.

Si riportano alcuni report in riferimento alla suddetta analisi fatta nel novembre 2024:

Consumo prestazioni sanitarie(ricoveri) da parte di cittadini spezzini

Sede consumo	2022		2019	
	Ricoveri	Valorizzazione	Ricoveri	Valorizzazione
Asl5 Spezzino	19.059	66.611.500	22.073	74.768.298
Altri enti liguri	5.511	24.643.223	4.377	21.003.201
Fuori regione	7.551	32.663.164	7.819	32.108.849
Totale	32.121	123.917.887	34.269	127.880.347

Sede consumo	Ricoveri	Valorizzazione	Ricoveri	Valorizzazione
Asl5 Spezzino	59%	54%	64%	58%
Altri enti liguri	17%	20%	13%	16%
Fuori regione	24%	26%	23%	25%

Maggiori MDC per consumo prestazioni ospedaliere fuori regione (fuga) (anno 2022)

Mdc	Ricoveri	Valorizzazione
08-MAL.MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	1.832	9.605.540,48
05-MALATT.APPARATOCARDIOCIRC.	713	6.758.273,27
01-MALATT.DELSISTEMANERVOSO	378	2.366.183,71

Peso su totale 57%
(valorizzazione)

Fonte: DWH 6

Andamento indicatori ospedalieri 7 mesi 2023 vs 7 mesi 2022

	2023	2022
Ricoveri	11.652	12.302
Valorizzazione	41.295.141	40.698.081
Degenza Media Lorda	7,18	7,28
Peso medio	1,30	1,24
Punti Totali	12.436	12.283

Reparto	Ricoveri	Valorizzazione
Cure Int + Pediatria + Nido	783	1.652.502

**L'incremento della valorizzazione 2023
compensa anche i dati dei reparti attivi nel 2022**

Andamento indicatori ospedalieri per tipo DRG 7 mesi 2023 vs 7 mesi 2022

DRG CHIRURGICI		
	2023	2022
Ricoveri	3.953	3.685
Valorizzazione	18.197.300	16.612.298
Degenza Media Lorda	6,16	6,40
Peso medio	1,79	1,78
Punti Totali	5.073	4.678

DRG MEDICI		
	2023	2022
Ricoveri	7.699	8.617
Valorizzazione	23.097.841	24.085.783
Degenza Media Lorda	7,68	7,64
Peso medio	1,10	1,05
Punti Totali	7.362	7.605

Aumento casistica chirurgici + pesante + remunerativa
DM medici in aumento

Fonte: DWH 7

Andamento specialistica ambulatoriale 9 mesi 2023 vs 9 mesi 2022

Erogatore	Prestazioni				Valorizzazione			
	2023	2022	delta	delta %	2023	2022	delta	delta %
ACCREDITATI	151.390	136111	15.279	11%	3.703.219	3.034.142	669.077	22%
OSPEDALE	1.787.161	1.581.516	205.645	13%	23.781.337	19.768.129	4.013.208	20%
TERRITORIO	241.070	217.220	23.850	11%	2.356.480	2.128.314	228.166	11%
Totale complessivo	2.195.089	1.949.311	245.778	13%	29.841.036	24.930.585	4.910.451	20%

Aumento prestazioni ambulatoriali in particolare (42% dell'aumento complessivo)

Categoria	Prestazioni				Valorizzazione			
	2023	2022	delta	%	2023	2022	delta	%
0702-INTERVENTI OCULISTICI	3.151	2.427	724	30%	1.737.186	1.219.497	517.689	42%
0602-MEDICINA NUCLEARE	3.089	2.803	286	10%	1.974.296	1.640.277	334.019	20%
0701-INTERVENTI CHIRURGICI	11.914	11.089	825	7%	613.840	304.866	308.974	101%
0601-RADIOTERAPIA	21.287	19.271	2.016	10%	1.845.541	1.695.744	149.797	9%
0101A-PRIMA VISITA	64.382	58.895	5.487	9%	1.410.251	1.300.507	109.744	8%
0302-TAC	9.266	8.320	946	11%	956.673	854.428	102.245	12%
0303-RISONANZE MAGNETICHE	4.740	4.081	659	16%	793.140	700.504	92.635	13%
0101B-SECONDA VISITA	55.041	50.847	4.194	8%	692.672,82	644.524	48.149	7%

Fonte: Portale CCD

15

Prese in carico Centrale Operativa Territoriale al 20/11/2023

PERSONE IN CARICO	DISARRUOLATI
2.512	1.863

SCHEDE DI VALUTAZIONE	PRESTAZIONI
3.097	9.359

Dati ricoveri ospedale di comunità al 15/11/2023

Ricoveri	120
Età Media	82
Degenza Media	25
Pazienti segnalati da MMG	43%
Pazienti segnalati da Ospedale	57%

**Apertura ospedale comunità su
Levanto luglio 2022****Esito ricovero**

Domicilio	45%
RSA	23%
Decesso	11%
Trasferito in PS	10%
Trasferito in reparto ospedaliero	6%
Don Gnocchi	4%
Hospice	1%

Assistenza domiciliare – prese in carico (PIC) 10 mesi 2023 vs 10 mesi 2022

Distretti Sociosanitari 17-18-19			
Periodo	2023	2022	delta
Prese in Carico Domiciliari	4.299	4.571	-6%
<i>di cui over 65</i>	3.843	4.008	-4%
<i>% su popolazione ASL% over 65</i>	6,6%	6,9%	-0,3%
Giornate di assistenza effettive	65.340	56.385	16%
Accessi per tipologia di personale			
Periodo	2023	2022	delta
ASSISTENTE SOCIALE	4	1	300%
FISIOTERAPISTA	13.505	11.918	13%
LOGOPEDISTA	558	514	9%
PSICOLOGO	2	0	
INFERMIERE	45.951	40.662	13%
MEDICO	1.270	1.691	-25%
O.S.S.	2.390	2.766	-14%
Cure Palliative			
Periodo	2023	2022	delta
Prese in Carico Domiciliari	217	226	-4%

Fonte: Poliss 20

Hospice dati produzione 10 mesi 2023

S.S.D. Cure Palliative ed Hospice	
Periodo	2023
Posti Letto	10
Ricoveri	266
<i>di cui da ospedale</i>	134
<i>% da ospedale</i>	74%
<i>di cui da territorio</i>	48
<i>% da territorio</i>	26%
Tasso di occupazione	90%
Giornate totali degenza	2.728

Anno 2023 internalizzazione Hospice

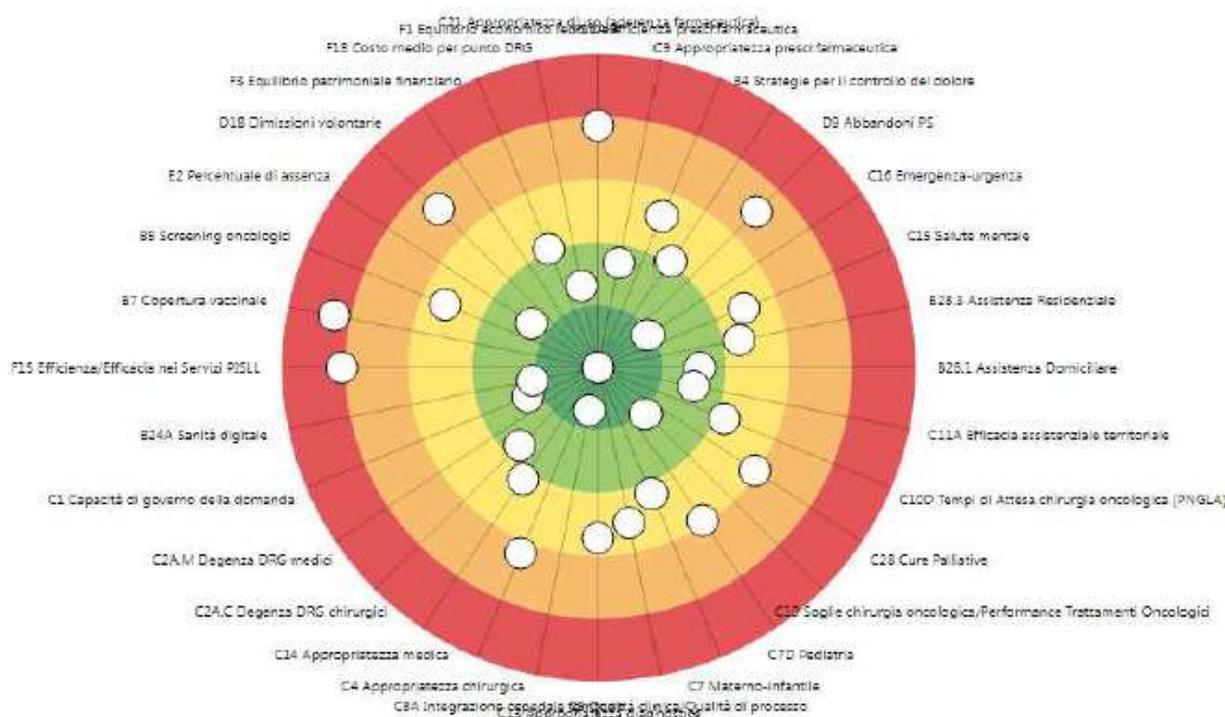
Campagna vaccinale

Vaccino	Copertura coorte (10 mesi 2023)	Copertura coorte (12 mesi 2022)
- ciclo di base (difterite, tetano, pertosse, polio, Hib, epatite B)	90%	90%
- 1° dose MPR	90%	90%
- antipneumococcica (3 dosi)	88%	88%
- antimeningococcica C (1 dose)	87%	86%
- HPV (maschi e femmine, 2 dosi)	64,5%	/
- HPV (maschi, 2 dosi)	58%	/
- HPV (femmine, 2 dosi)	71%	66%

Attività di Screening

Screening	Utenti	10 mesi 2023	Anno 2022
MAMMOGRAFICO	convocati	16.279	30.767
	aderenti	8.945	13.324
	% aderenza	55%	43%
COLON	convocati	29.519	31.219
	aderenti	6.320	9.912
	% aderenza	21%	32%
	Aderenza colonscopia dall'esito sangue occulto	91%	85%
	di cui colonscopia entro 30 giorni	94%	52%
PAP TEST	convocati	6.412	19.919
	aderenti	1.958	4.929
	% aderenza	31%	25%

Bersaglio 2022 - AUSL 5 Spezzino



A premessa della declinazione delle linee strategiche per l'elaborazione del budget 2024, è indispensabile chiarire che in attesa degli indirizzi di Alisa per l'annualità 2024, sono stati assunti e declinati per ciascuna struttura organizzativa, gli obiettivi del Direttore Generale assegnati per l'anno 2023 con Delibera 658/2023 del 7/7/2023 Assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023 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.

Per la presente annualità nelle schede di budget è stato inserito un pre-requisito che riguarda la condivisione della scheda di budget e il monitoraggio del processo di budget con tutto il personale afferente alla struttura. Il mancato rispetto di questo pre-requisito compromette l'accesso alla valutazione dei risultati raggiunti.

Per la sola parte ospedaliera è stato inoltre inserito l'obiettivo della chiusura, al primo invio, del 100% delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Per quanto riguarda le linee strategiche individuate dalla Direzione Strategica aziendale, nelle suddette Linee Guida del Budget 2024 aggiornamento del 14/12/2023, le stesse sono ricondotte alle seguenti 3 linee di indirizzo:

- Rispetto tempi attesa prestazioni "PNGLA", in coerenza con il Piano nazionale delle liste di attesa, è stato declinato per ciascuna struttura l'aumento delle prestazioni erogate nel rispetto delle priorità B e D. Per l'anno 2024 il miglioramento è stato targettizzato per le prime visite e per la diagnostica (TC, RM, Mammografie);

- Azzeramento ticket non riscossi al momento dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con conseguente controllo del pagamento ticket in fase accettazione;
- Potenziamento Centrale Operativa Territoriale (COT) attraverso l'incremento delle segnalazioni pazienti cronici over 65 cronici e/o fragili in dimissione dall'ospedale e dalle attività ambulatoriali.

Gli altri obiettivi specifici per ciascuna area aziendale sono sintetizzati come si seguito:

Area ospedaliera

Efficientamento dei costi

- Mantenimento rapporto costi diretti di produzione e ricavi con estensione del metodo ai servizi;
- Mantenimento dei costi dei dispositivi medici ed efficientamento dei costi dei farmaci.

Efficientamento dei processi ospedalieri

- Ottimizzazione della degenza media in relazione alla complessità della casistica;
- Efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie;
 - Aumento delle sedute operatorie con inizio entro le 08:30;
 - Riduzione del turn over ovvero del tempo che intercorre tra la fine di un intervento e l'inizio del successivo.

Area distrettuale

- Co-programmazione con Terzo Settore dei servizi territoriali come da DM 77 (case di comunità ambulatori prossimità ecc);
- Incremento dei percorsi COT e dei pazienti presi in carico con formazione continua degli operatori;
- Attivazione equipe aziendale di telemedicina;
- Potenziamento presenza IFEC nei 3 Distretto con sviluppo ambulatorio prossimità (ad oggi 4 su 29 comuni);
- Attivazione copertura infermieristica 24/h per le attività di cure palliative.

Area prevenzione

- Mantenimento standard richiesti da griglia LEA;
- Mantenimento standard nazionali sugli screening/vaccinazioni.

Area amministrativa / supporto

- Dotazione organica delle strutture
- Riorganizzazione servizi logistica
 - Trasporto
 - Pazienti (taxi sanitari)
 - Materiale sanitario
 - Dematerializzazione archivi cartacei
- Gestione del patrimonio
- Avvio nuova organizzazione POA
- Potenziamento supporto amministrativo per il governo delle liste di attesa

Area organizzazione

Consolidamento e diffusione modelli organizzativi innovativi di presa in carico del paziente quali Primary nursing / Modular nursing.

Area Prevenzione della corruzione e trasparenza

- Assicurare una corretta ed efficiente gestione del patrimonio evitando il rischio di interferenze esterne
- Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR
- Rafforzare le reti intraziendali nei rapporti tra RPCT, organi e dipendenti

come è esplicitato nella successiva sezione sull'anticorruzione.

Area Governo clinico rischio clinico

- Riorganizzazione sistema i prevenzione e controllo infezioni
- Audit aree critiche PNE

E' importante sottolineare che nel 2023 è stato avviato un percorso formativo sulle tematiche della programmazione annuale e del budget dedicato al personale con incarichi di funzione e organizzazione delle Professioni Sanitarie e ai funzionari amministrativi che ha prodotto proposte concrete per gli obiettivi di budget 2024 secondo una logica bottom-up.

Quanto sopra esposto, è contenuto nel Piano della Performance pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente" e nelle Linee Guida al Budget 2024 che integrano la presente sezione.

2.3 ANTICORRUZIONE: L'INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE - RISCHI CORRUTTIVI

Nel **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** (Triennio 2024-2026 con l'aggiornamento del 2024), ai sensi della Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e successive modificazioni e integrazioni, sono individuate le strategie principali e gli strumenti operativi per prevenire e contrastare la corruzione e garantire la trasparenza.

Il suddetto piano aziendale deve tenere conto degli indirizzi espressi dal Piano Nazionale Anticorruzione e dagli obiettivi strategici definiti dalla Regione Liguria.

La Regione Liguria ha individuato per il 2024 le seguenti aree di intervento:



Regione Liguria – Giunta Regionale

Atto N° 15-2024 - Seduta N° 3848 - del 12/01/2024 - Numero d'Ordine 6

Prot/2024/40622

Oggetto: OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E TRASPARENZA PER IL 2024

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato.

A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR.
- Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'anticiclaggio e alla verifica del titolare effettivo.
- Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.
- Promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.

OBIETTIVO 2 - Codici di comportamento e cultura dell'integrità

Nella strategia di prevenzione della corruzione la cultura dell'integrità e i comportamenti degli operatori pubblici rivestono un ruolo fondamentale.

Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- Rinnovare i codici di comportamento dei singoli enti alla luce del DPR n. 81/2023, garantendo la procedura aperta di consultazione, rivolta sia all'interno dell'ente che all'esterno ed alla società civile e l'integrazione e la specificazione del codice nazionale.
- Garantire il collegamento tra le disposizioni del codice di comportamento e le azioni programmate dal Piano Anticorruzione (ora sezione del PIAO).
- Realizzare corsi, laboratori ed eventi formativi sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale.

OBIETTIVO 3 - Conflitto di interessi

Le situazioni di conflitto di interessi sono uno degli elementi principali di cui tenere conto nell'analisi del rischio e previsione delle misure di prevenzione.

Considerata la "trasversalità" di tale fenomeno sia nell'ambito dei contratti pubblici, sia in altre fattispecie, è necessario un costante presidio.

A tal fine occorre fissare i seguenti obiettivi/azioni:

- Migliorare le misure connesse alla verifica di potenziali conflitti di interesse e garantire l'aggiornamento della modulistica e le procedure di controllo delle dichiarazioni.
- Integrare la fase di analisi preventiva del conflitto di interesse quale parte essenziale del processo.

OBIETTIVO 4 - Segnalazione violazioni (Whistleblowing)

Tra le misure di prevenzione ritenute più importanti a livello europeo vi è la procedura di segnalazione di violazioni di norme che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

In questo ambito inoltre occorre dare piena attuazione alla nuova normativa nazionale di recepimento della direttiva europea n. 2019/1937.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- Garantire l'applicazione della nuova normativa di cui al D.Lgs n.24/2023, con le tutele ivi previste, e l'adeguamento degli strumenti di segnalazione.
- Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto delle segnalazioni nei confronti dei soggetti interni ed esterni interessati dalla normativa anche con riferimento ai servizi di accompagnamento e supporto ai *whistleblower* forniti dagli enti del Terzo Settore che hanno stipulato convenzioni con ANAC.

OBIETTIVO 5 - Anticorruzione e strumenti di programmazione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ex art. 6 del DL 80/2021 è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell'Ente finalizzate al valore pubblico finale, analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all'approvazione del PIAO.

In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti.

A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:

- Predisporre la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” secondo le direttive del Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC e in coerenza con le altre sezioni del PIAO o documento analogo.
- Garantire l’aggiornamento della mappatura dei rischi, la loro valutazione e il loro trattamento.
- Prevedere il monitoraggio periodico dell’attuazione delle misure di prevenzione e del rispetto degli obblighi di trasparenza.
- Promuovere la cooperazione tra gli enti al fine di un approccio comune alla programmazione contenuta nel PIAO.

OBIETTIVO 6 – Governance delle politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza

L’efficacia dell’attuazione del complessivo sistema di disposizioni che scaturiscono dalla legge n. 190/2012 può essere migliorata con lo sviluppo di un modello a rete territoriale a supporto dei responsabili della prevenzione della corruzione.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- Rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale.
- Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.
- Promuovere l’ascolto e il confronto con la società civile e gli *stakeholders* anche con riferimento all’analisi del contesto esterno alla base del PIAO.

I suddetti ambiti di intervento sono recepiti nelle misure generali e specifiche che sono contenute nel PTPCT aziendale 2024-2026.

Nel corso del 2023 sono stati realizzati gli obiettivi contenuti nel PTPCT 2023-2025 e specificatamente:

- è stato elaborato dall’ufficio del Responsabile della Prevenzione, dell’Anticorruzione e della Trasparenza (RPCT) il nuovo Codice di Comportamento Aziendale che tiene conto delle novità normative (D.P.R. 81/2023); include al proprio interno la disciplina del conflitto di interessi e delle misure per il pantouflage; tale regolamento ha ricevuto il parere favorevole dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ed è di prossima adozione;
- è stato elaborato dall’ufficio RPCT il Regolamento sulle segnalazioni whistleblowing che ha ricevuto il parere favorevole dell’OIV ed è di prossima adozione, e, sono state riviste le relative procedure per le segnalazioni;
- è stato attivato il registro informativo degli accessi da parte delle Struttura Complessa Affari Generali e Legali;
- è stato elaborata la bozza di Regolamento sull’utilizzo dei servizi informatici, dei social e della videosorveglianza dal parte della Struttura Complessa Servizi Informativi Aziendali (SIA);
- sono stati elaborati i nuovi patti di integrità da parte della Struttura Complessa S.C. Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino Economale che saranno applicati alle nuove procedure di gara;
- sono stati svolti n. 3 corsi di cui n. 2 corsi in FAD: conflitto di interessi, incompatibilità e disposizioni in materia di anticiclaggio applicate alle Aziende Sanitarie che hanno visto il coinvolgimento di n. 220 discenti e sono stati realizzati n.1 corso con n. 2 edizioni in house (con organizzazione e docenza da parte dell’ufficio RPCT) sull’anticorruzione e trasparenza che hanno riguardato i neoassunti e tutti coloro che non avevano ancora ricevuto una formazione in materia di anticorruzione per n. 83 discenti presenti;
- è proseguito il lavoro con il Gruppo Regionale nell’ambito delle materie di interesse comune

per una uniforme interpretazione della normativa in materia.

Sulla linea delle attività svolte nel 2023 e delle misure ancora da implementare e in ragione dell'analisi delle maggiori aree di rischio relative alle attività aziendali, si sono definiti gli obiettivi e le misure specifiche di anticorruzione per l'anno 2024.

Va sottolineato che l'Azienda ha avviato un processo di riorganizzazione interna che ha portato all'elaborazione di un nuovo Piano Organizzativo Aziendale (POA).

Tale processo riorganizzativo riguarda tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale Ligure e avviene sotto la regia della Regione Liguria.

Il nuovo POA dell'Azienda è all'analisi della Regione Liguria che ne deve dare la propria approvazione.

Gli atti aziendali degli enti sanitari di cui il POA ne costituisce la sostanza, configurando l'organizzazione delle Aziende e pur essendo atti di autonomia dell'Azienda, devono essere approvati con apposito provvedimento dalla Regione Liguria come prevedono le disposizioni e le prassi in materia.

Tale approvazione regionale legittima quindi l'organizzazione aziendale di tutti gli enti sanitari appartenenti al Sistema Sanitario Regionale Ligure.

Quando il nuovo organigramma aziendale e relativo funzionigramma saranno approvati con le nuove unità organizzative e/o nuove attribuzione delle funzioni alle nuove strutture, sarà necessario procedere ad una nuova analisi di rischi mappando lo svolgimento effettivo dei processi secondo la nuova configurazione organizzativa.

Tale attività di analisi si svolgerà nel corso del 2024 e porterà a nuove misure specifiche di prevenzione della corruzione che costituiranno oggetto dell'aggiornamento al PTPCT per l'anno 2025.

Nel caso in cui emergessero rilevanti fattori critici, si procederà ad un altro aggiornamento del suddetto Piano già nell'anno 2024, in modo da legittimare l'implementazione di nuove misure specifiche di prevenzione del rischio necessarie per fronteggiare le criticità emergenti.

Per il momento, gli obiettivi strategici del 2024 si muovono lungo tre linee di azione strategiche:

- 1) prevenire interferenze esterne, irregolarità, azioni inefficienti nella gestione del patrimonio aziendale che comportino una gestione non redditizia dello stesso;
- 2) prevedere misure di presidio delle procedure a rischio di corruzione correlate agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento ai conflitti di interessi, all'integrità del processo/procedimento e alla verifica degli indicatori di anomalia antiriciclaggio (obiettivo già delineato nel 2023);
- 3) garantire un costante rapporto tra RPCT e Direttori, Responsabili di Struttura e referenti aziendali anticorruzione al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione.

Per quanto riguarda la azione n. 1 relativa alla gestione del patrimonio immobiliare, è la S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio che deve garantire il raggiungimento dell'obiettivo strategico adottando la misura specifica anticorruzione appositamente individuata.

Per quanto concerne la azione n. 2 relativa gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono interessate alla adozione di specifiche misure di prevenzione e contrasto della corruzione le seguenti strutture: S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Approvvigionamenti, S.C. Servizio Informativo Aziendale (SIA), S.C. Gestione Risorse Umane.

Relativamente all'azione n. 3 riferita allo sviluppo di una costante collaborazione tra RPCT e strutture aziendali al fine di prevenire e individuare prontamente irregolarità o eventi corruttivi, sono le unità organizzative: S.C. Distretto 18, Distretto 19, Distretto 17, S.C. Approvvigionamenti, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. SIA, S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio, S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.S.D. Medicina Legale, S.C. Sanità Animale, S.C. I.AO.A., S.C. IAN, S.C. PSAL, S.C. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi, S.S.D. Laboratorio Specialistico e Tossicologia che devono garantire una continua e proficua collaborazione.

Le ulteriori misure specifiche di prevenzione della corruzione che vanno ad integrare quelle già definite nei precedenti piani sono le seguenti:

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA'	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPLESSO	AREA PNA O ULTERIORE	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI ATTUAZIONE	RESPONSABILE MISURE PREVENZIONE	MONITORAGGIO INDICATORI
Investimenti del PNRR	Gestione degli investimenti evitando i rischi corruttivi con particolare riferimento al conflitto di interessi, all'integrità del processo/procedimento e alla verifica degli indicatori di anomalia anticiclaggio	Poco probabile	Grave	ALTO	ULTERIORE	Garantire il rispetto delle disposizioni che disciplinano i processi/procedimenti e la trasparenza di tutte le fasi provvedendo anche alla pubblicazione delle diverse informazioni.		Direttori / Responsabili S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Approvvigionamenti, S.C. SIA, S.C. Gestione Risorse Umane,	Monitoraggio o al 30/06/24 e al 31/12/24
Gestione del Patrimonio Immobiliare	Gestire il patrimonio in modo non redditizio: lasciare immobili non impiegati con locazioni e non procedere alla loro alienazione, locazioni attive e passive non adeguate ai prezzi di mercato	Molto probabile	Significativo	ALTO	ULTERIORE	Gestire il patrimonio evitando interferenze esterne che potrebbero comportare una gestione non redditizia del patrimonio immobiliare		S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio	31/12/2024 Relazione annuale a RPCT
Rapporto tra RPCT e Direttori/Responsabili delle Strutture e referenti dell'anticorruzione	Garantire un costante rapporto con il RPCT al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione	Poco probabile	Significativo	Medio	Ulteriore	Ottenere informazioni e risposte in merito ai processi operativi gestionali delle aree di rischio (95% risposta valide)		Direttori / Responsabili: S.C. Distretto 18, S.C. Distretto 19, S.C. Distretto 17, S.C. Approvvigionamenti, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio, S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.S.D. Medicina Legale, S.C. Sanità Animale, S.C. I.A.O.A., S.C. IAN, S.C. PSAL, S.C. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi, S.S.D. Laboratorio Specialistico Tossicologia	30/06/24 e 31/12/24 Organismo Indipendente e di Valutazione (controlli eventi di irregolarità e corruzione)

Al fine di realizzare efficacemente le sopra delineate azioni strategiche, le stesse sono state declinate in obiettivi di performance organizzativa ossia obiettivi di budget 2024 da assegnare alle Strutture Complesse (SS.CC.) coinvolte nei processi sopra individuati.

Precisamente il Controllo di Gestione ha chiesto al RPCT di individuare degli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza da assegnare alle Strutture in ragione delle aree di rischio a maggior

rilevanza.

Come sottolineato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) nei Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) passati, l’efficacia del PTPCT dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione. In particolare risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani che riguardano:

- la performance,
- gli standard di qualità dei servizi,
- la trasparenza e alla integrità,
- le misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione;
- il piano formativo aziendale;
- il fabbisogno e le selezioni del personale.

La valutazione delle strutture aziendale e delle relative risorse umane assegnate avverrà quindi anche sulla performance che hanno realizzato per contrastare i rischi di corruzione e garantire la trasparenza. In tale modo si allineano i profili della efficienza e della integrità al fine di ottenere un’azione integrata finalizzata ad una crescita del Valore Pubblico generato dall’Azienda.

Gli obiettivi di budget dell’anno 2024 che divengono quindi anche goal di anticorruzione e trasparenza per alcune strutture sono rappresentati nella tabella seguente che è sostanzialmente coincidente con le misure anticorruzione sopra illustrate che sono state inserite nel Registro dei Rischi.

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore	Strutture coinvolte	Stima dei costi	Note
S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio	Efficienza, anticorruzione e trasparenza	Gestire il patrimonio in modo redditizio: dare in locazione gli immobili vuoti (non impiegati) o provvedere alla loro alienazione, fare una valutazione delle locazioni passive e attive per verificare se i canoni di locazione sono adeguati al mercato e se si possono ridurre le locazioni passive utilizzando il proprio patrimonio.	Miglioramento del reddito da fabbricati e terreni derivante dalla gestione del patrimonio immobiliare.	N.immobili dati in locazione o venduti/n. immobili Scostamento tra i canoni di locazione attive e valori di mercato Scostamento tra i canoni di locazione passive e valori di mercato Presentazione di una relazione motivata che spieghi le azioni che sono state intraprese.	S.C. Risorse Economiche e Finanziarie	Valutazione di mercato degli immobili, importi dei canoni di locazione secondo i valori di mercato	Gestire il patrimonio immobiliare evitando interferenze esettrne che potrebbero comportare una gestione non redditizia del patrimonio.
S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Approvvigionamenti, S.C. SIA, S.C. Gestione Risorse Umane,	Efficienza, anticorruzione e trasparenza	Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio di corruzione correlate agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento al conflitto di	Garantire il rispetto delle disposizioni che disciplinano i processi/procedimenti e la trasparenza di tutte le fasi provvedendo anche alla pubblicazione delle diverse informazioni.	N. 2 relazioni e fornitura dei dati. Esito dell’audit con RPCT	S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e responsabili e anticiclagg		

		interessi, all'integrità del processo/procedimento e alla verifica degli indicatori di anomalia anticiclaggio.			io		
S.C. Distretto 18, S.C. Distretto 19, S.C. Distretto 17, S.C. Approvvigionamenti, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Gestione Tecnica e Patrimonio, S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio, S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.S.D. Medicina Legale, S.C. Sanità Animale, S.C. I.A.O.A., S.C. IAN, S.C. PSAL, S.C. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi, S.S.D. Laboratorio Specialistico Tossicologia	Efficienza, anticorruzione e trasparenza	Garantire un costante rapporto con il RPCT al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione.	Ottenere informazioni e risposte in merito ai processi operativi-gestionali delle aree di rischio (95% risposte valide)	risposte valide fornite al RPCT/ricieste RPCT – controlli eventi di irregolarità e corruzione	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)		

Si ritiene utile esporre in modo sintetico la metodologia che sarà utilizzata per effettuare il monitoraggio e il controllo sugli investimenti PNRR focalizzandosi sulla prevenzione e contrasto agli eventi corruttivi.

Il metodo di monitoraggio ha il suo riferimento nei documenti elaborati dal Ministero della Salute in merito alla Missione 6 del Next Generation UE (Ministero della Salute – PNRR manuale della attività di controllo sugli interventi del PNRR – procedura di campionamento dei controlli amministrativi in loco sulle spese – marzo 2023 e manuale della attività di controllo in loco – marzo 2023).

Il RPCT in costante collaborazione con i Direttori, Responsabili delle Strutture coinvolte e dei referenti dell'anticorruzione effettuerà dei monitoraggi e controlli finalizzati alla rilevazioni dei rischi, con particolare riguardo alla prevenzione, alla individuazione e rettifica delle frodi dei casi di corruzione e dei conflitti di interesse nonché il rischio del doppio finanziamento.

Si procederà quindi con i seguenti controlli interni a campione con “scelta ragionata” di secondo livello:

1. verifiche formali sulla correttezza e completezza della documentazione amministrativa, tecnico contabile e probatoria dell'avanzamento di spese (anticipazione, rimborso, saldo);
2. lo stato di attuazione dei progetti applicando indicatori di prodotto e risultato;
3. coerenza avanzamento fisico e procedura di spesa, rispetto del cronoprogramma, dei target e milestone.

La “scelta ragionata” sui progetti al quale dedicare le attività di controllo terrà conto di diverse variabili quali: elementi di rischio intrinseci ai progetti finanziati relativamente alla corruzione, alla frode, al conflitto di interesse.

Relativamente alla metodologia per analizzare ciascun singolo procedimento amministrativo/sanitario aziendale e individuare le relative misure specifiche di integrazioni del rischio, durante l'anno 2024, si utilizzerà una nuova metodologia in linea con quanto suggerito dall'ANAC.

La stessa suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, superando un approccio meramente quantitativo basato sull'attribuzione di punteggi (scoring) dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo massima trasparenza.

I criteri di valutazione per la esposizione al rischio di eventi corruttivi devono essere determinati da ogni Amministrazione che deve tradurli in indicatori di rischio (key performance indicators) quali: 1) livello di interesse esterno: la presenza anche di interessi economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo; 2) grado di discrezionalità del decisore interno: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; 3) manifestazione di evento corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi; 4) opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio; 5) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività di costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare una opacità sul reale grado di rischiosità; 6) grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Le valutazioni sui rischi devono essere sempre motivate esplicitando bene il giudizio e devono avvenire sulla base di evidenze, con il supporto di dati oggettivi.

L'analisi di tipo qualitativo deve quindi essere supportata da dati statistici al fine di stimare la possibilità di accadimento futuro di eventi corruttivi: 1) dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'Azienda (reati contro la P.A., falso e truffa, procedimenti per responsabilità amministrativo-contabile, ricorsi amministrativi in tema di affidamento dei contratti pubblici); 2) le segnalazioni pervenute (esempio whistleblowing) e gli esiti delle indagini di customer satisfaction che possono evidenziare possibili malfunzionamenti o malgestioni di taluni processi organizzativi.

L'analisi dei processi avviene applicando i criteri sopra descritti e tenendo conto dei dati oggettivi tra cui quelli sopra citati.

Per definire il livello di rischio di ognuno si adotta una scala di misurazione ordinale: basso, medio, alto, elevato.

I criteri/indicatori applicati dovranno essere sintetizzati in una valutazione complessiva di esposizione del rischio per ciascun processo/attività o evento rischioso.

La tabella seguente rappresenta gli elementi necessari alla valutazione dei rischi.

Schema di valutazione di esposizione al rischio

Processo/attività/fase o evento rischioso	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore n	Giudizio sintetico	Dati, evidenze e motivazione della misurazione applicata

Tale valutazione consiste in giudizi di valore espressi con formule verbali che trovano una sintesi in uno spettro di possibilità definite (probabilità: quasi certo, molto probabile, poco probabile, raro e impatto: irrilevante, moderato, significativo, grave).

Specifiche misure dovranno essere delineate con gli stakeholders istituzionali in merito alla costruzione del Nuovo Ospedale del Felettino.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Delibera del Direttore Generale n. 525 dell'08/06/2023, il Dottor Carlo Oliva, Dirigente Amministrativo della S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio è stata nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della

Trasparenza.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) anni 2024-2026 pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

2.4 TRASPARENZA

La Trasparenza rappresenta il principale strumento di contrasto alla corruzione. Essa è intesa come accessibilità totale all'attività dell'azienda e favorisce una forma diffusa di controllo sul corretto svolgimento delle funzioni svolte dall'azienda e sull'utilizzo delle risorse economico-finanziari e pubbliche.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda per il triennio 2024-2026 in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

Vengono pertanto individuati in materia di trasparenza i seguenti macro obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle modalità di erogazione, mirando a rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia dell'operato dell'Azienda;
- consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;
- garantire piena accessibilità e pubblicità di tutti i provvedimenti adottati;
- assicurare un pieno diritto di accesso;
- favorire un rapporto diretto tra amministrazione, cittadini e portatori di interessi (stakeholders).

Tali obiettivi strategici si devono tradurre in obiettivi operativi che devono consentire:

- la responsabilizzazione dei Dirigenti /funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- la possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle procedure e modalità di svolgimento degli stessi;
- la possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- la possibilità di controllare in modo diffuso l'operato della pubblica amministrazione.

Nel settembre del 2023, il RPCT ha elaborato una **Piano di azioni di miglioramento della**

trasparenza da realizzare negli anni 2023-2024, sul quale l'OIV ha espresso il proprio parere favorevole, articolato nelle seguenti azioni che saranno portate a termine nell'anno 2024:

AZIONE N. 1
SEZIONE "DISPOSIZIONI GENERALI"
SOTTOSEZIONE "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza" https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/Anticorruzione/PianoTriennalePrevenzioneCorruzioneetrasparenza(PTPCT)2023-2025.aspx
LIVELLO DI GRAVITA' DELLA CRITICITA'
(alto – medio – basso)
basso
TIPOLOGIA DI CRICITA'
Mancanza di alcuni formati aperti.
DESCRIZIONE DELLA CRITICITA'
Alcuni allegati al piano non hanno un formato aperto di tipo word ed excel che consentano agevolmente e con immediatezza al cittadino (anche meno esperto informaticamente) di esportare ed elaborare i dati. Tali allegati sono: 1) i registri dei rischi; 2) lo scadenziario degli obblighi; 3) elenco degli obblighi di pubblicazione; 4) tabella specifica per obblighi di pubblicazione dati patrimoniali e reddituali elaborata da Gruppo regionale RPCT Liguri.
AZIONE DI MIGLIORAMENTO
I sopra citati allegati sicuramente nell'anno 2024 saranno pubblicati in formato aperto word o excel al fine di favorire la massima diffusione delle informazioni attraverso il riutilizzo dei cittadini.
INDICATORE
Allegati indicati sopra con n. 1), 2), 3) e 4)

allegati n. 1), 2), 3) e 4) con formato aperto
OBIETTIVO
VALORE 1 DELL' INDICATORE

1

AZIONE N. 2
SEZIONE "DISPOSIZIONI GENERALI"
SOTTOSEZIONE "Personale" https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente/Personale/Incarichiconferitieautorizzatiadipendenti.aspx
LIVELLO DI GRAVITA' DELLA CRITICITA'
(alto – medio – basso)
medio
TIPOLOGIA DI CRICITA'
Mancanza di formati aperti.
DESCRIZIONE DELLA CRITICITA'
I report degli incarichi extraistituzionali conferiti ai dipendenti non hanno un formato aperto di tipo excel. Si tratta dei report denominati "Incarichi conferiti ai dipendenti nel (anno)".
AZIONE DI MIGLIORAMENTO
I sopra citati allegati relativi all'anno 2023 saranno pubblicati in formato aperto excel. Essendo indicati dati quantitativi come gli importi dei compensi, il formato excel consentirà la agevole e piena elaborazione delle informazioni da parte dei cittadini.
INDICATORE
Pubblicazione in formato excel del report "Incarichi conferiti ai dipendenti nell'anno 2023"
OBIETTIVO
Pubblicare in formato excel del report "Incarichi conferiti ai dipendenti nell'anno 2023".

AZIONE N. 3
SEZIONE "BENI IMMOBILI E GESTIONE DEL PATRIMONIO"
SOTTOSEZIONE "Patrimonio immobiliare" e "canone di locazione e affitto"
https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente/Beniimmobiliagestionepatrimonio/Patrimonioimmobiliare.aspx https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente/Beniimmobiliagestionepatrimonio/Canonidilocazione.aspx
LIVELLO DI GRAVITA' DELLA CRITICITA'
(alto – medio – basso)
medio
TIPOLOGIA DI CRICITA'
Mancanza di formati aperti.
DESCRIZIONE DELLA CRITICITA'
I report delle sottosezioni sopra indicate che sono state pubblicati si riferivano al 2022 e non hanno un formato aperto tipo word o excel.
AZIONE DI MIGLIORAMENTO
I sopra citati allegati relativi all'anno 2023 saranno pubblicati in formato aperto word o excel entro la fine di settembre. Tali formati aperti consentiranno la agevole e piena elaborazione delle informazione da parte dei cittadini.
INDICATORE
Pubblicazione in formato word o excel dei seguenti report: 1) fabbricati da reddito; 2) immobili di proprietà, 3) terreni istituzionali; 4) terreni da reddito; 5) sedi istituzionali; 6) locazioni attive; 7) locazioni passive.
OBIETTIVO
Pubblicare in formato excel i seguenti report: 1) fabbricati da reddito; 2) immobili di proprietà, 3) terreni istituzionali; 4) terreni da reddito; 5) sedi istituzionali; 6) locazioni attive; 7) locazioni passive.

AZIONE N. 4
AREA COMPLESSIVA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"
https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente.aspx
LIVELLO DI GRAVITA' DELLA CRITICITA'
(alto – medio – basso)
medio
TIPOLOGIA DI CRICITA'
Difficoltà in alcuni casi a reperire le informazioni considerato l'articolato percorso che deve compiere il cittadino.
DESCRIZIONE DELLA CRITICITA'
In alcuni casi, il cittadino deve fare molti passaggi per raggiungere l'informazione che vuole consultare e tali passaggi
non sono sempre facilmente comprensibili. Tale difficoltà potrebbe impedire l'accesso al dato.
AZIONE DI MIGLIORAMENTO
Si vogliono introdurre nel 2024 delle mappe concettuali grafiche che aiutino il cittadino nel percorso di reperimento delle informazioni.
INDICATORE
Pubblicazione di n. 3 mappe concettuali: 1) una mappa generale per orientarsi nell'Amministrazione Trasparente; 2) Bandi di gara e contratti; 3) Opere pubbliche.
OBIETTIVO
Realizzazione di almeno n. 3 mappe concettuali: 1) una mappa generale per orientarsi nell'Amministrazione Trasparente; 2) Bandi di gara e contratti; 3) Opere pubbliche.

I principali aggiornamenti già realizzati nel 2023 hanno riguardato:

- nella sezione pagamenti sono stati inseriti i dati di pagamento del 2022;
- è stata avviata la revisione della sezione del sito aziendale dedicata alle segnalazioni del Whistleblowing.
- Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) anni 2024-2026 pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.2 PIANO TRIENNALE FABBISOGNO PERSONALE (PTFP)

3.3 PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE (POLA)

3.4 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

3.5 PIANO DELLA FORMAZIONE

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Azienda: organigramma, livelli di responsabilità organizzativa (incarichi dirigenziali e comparto), specificità del modello organizzativo, eventuali interventi e azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi aziendali. Inoltre contiene una tabella con i dati aggregati relativi al personale.

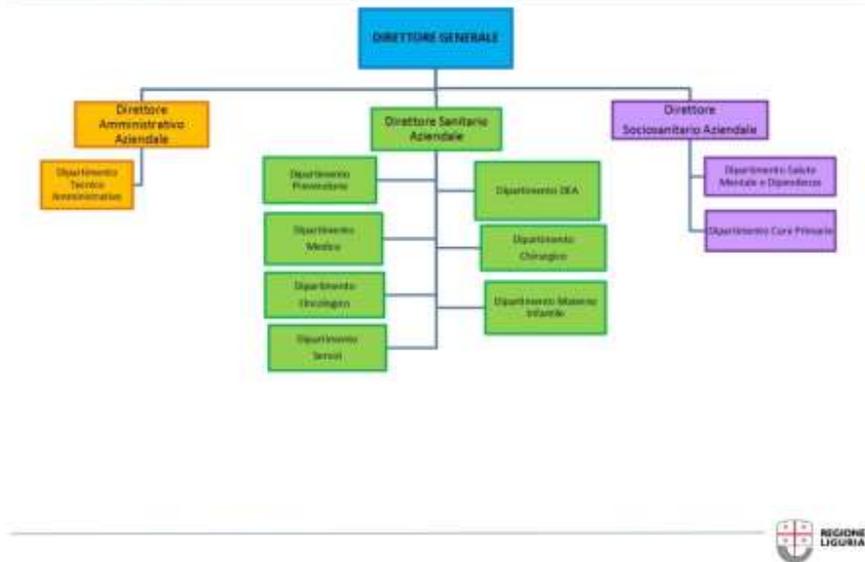
La struttura organizzativa di ASL 5 è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture complesse (SC), Strutture Semplici a valenza dipartimentale (SSD), Strutture Semplici (SS) e uffici. La vigente organizzazione è espressione dell'atto aziendale approvato con delibere n. 167 dell'08/03/2019 e n. 464 del 18/06/2019 che individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità che sottendono l'intero sistema.

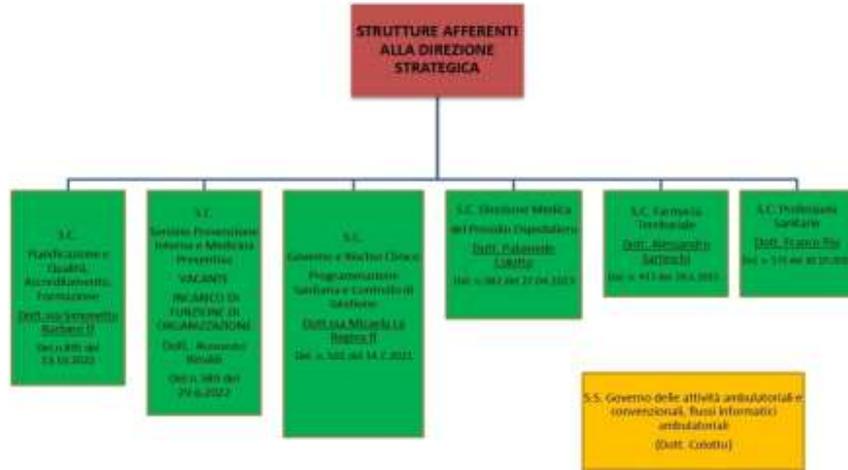
La Direzione aziendale definisce la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica. La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

I principali indirizzi strategici in materia di struttura organizzativa possono essere così sintetizzati:

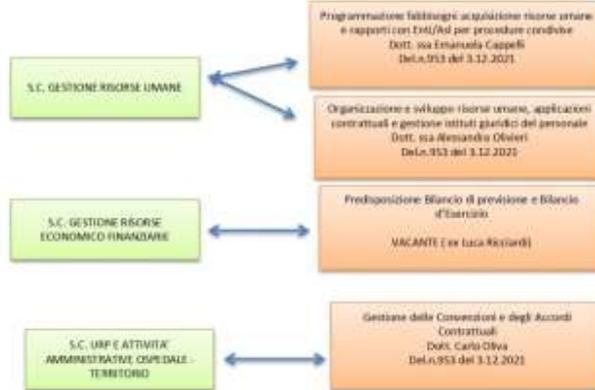
- **razionalizzazione dell'articolazione organizzativa;**
- **adeguamento dinamico** della struttura organizzativa ai fabbisogni ed esigenze correlate al contesto esterno (per esempio il PNRR), alle situazioni emergenziali, agli obiettivi strategici e dal valore pubblico che si vuole perseguire;
- **snellimento e ottimizzazione dei processi decisionali;**
- **razionalizzazione delle competenze** assegnate alle strutture di vario livello al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività;
- maggiore **integrazione** tra le diverse articolazioni organizzative in una logica orizzontale anziché esclusivamente verticale.

ORGANIGRAMMA ASL5 aggiornato al 31 DICEMBRE 2023

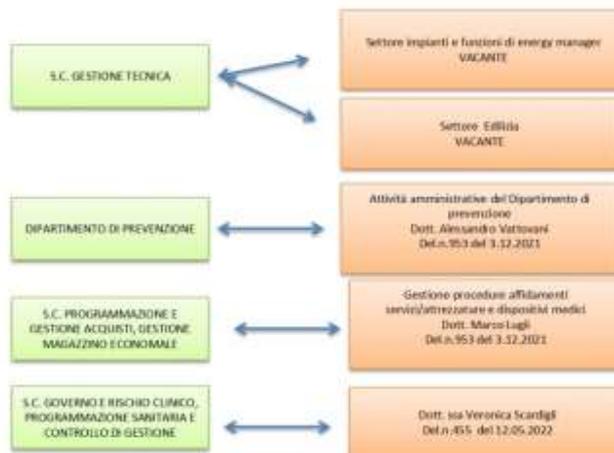


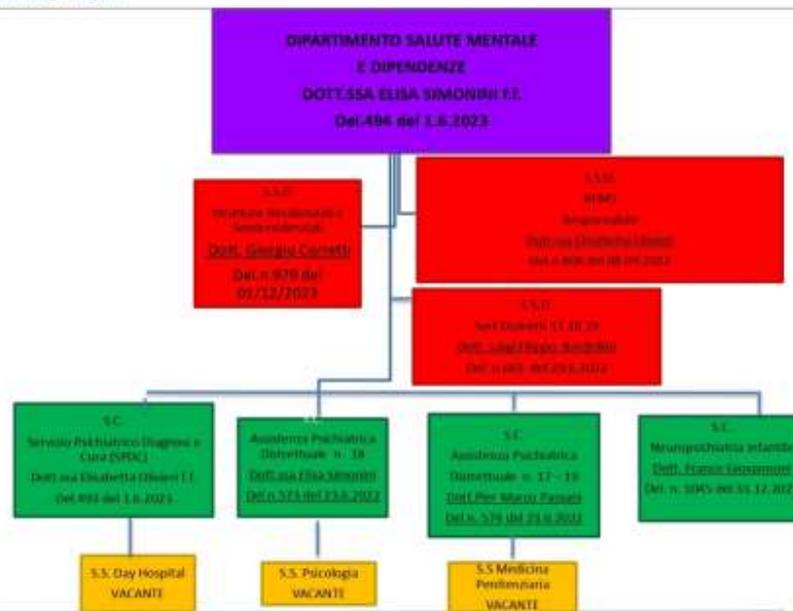
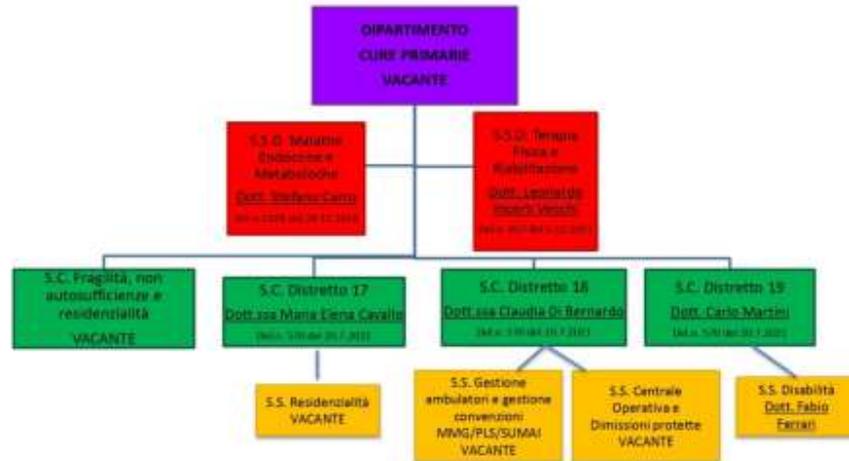


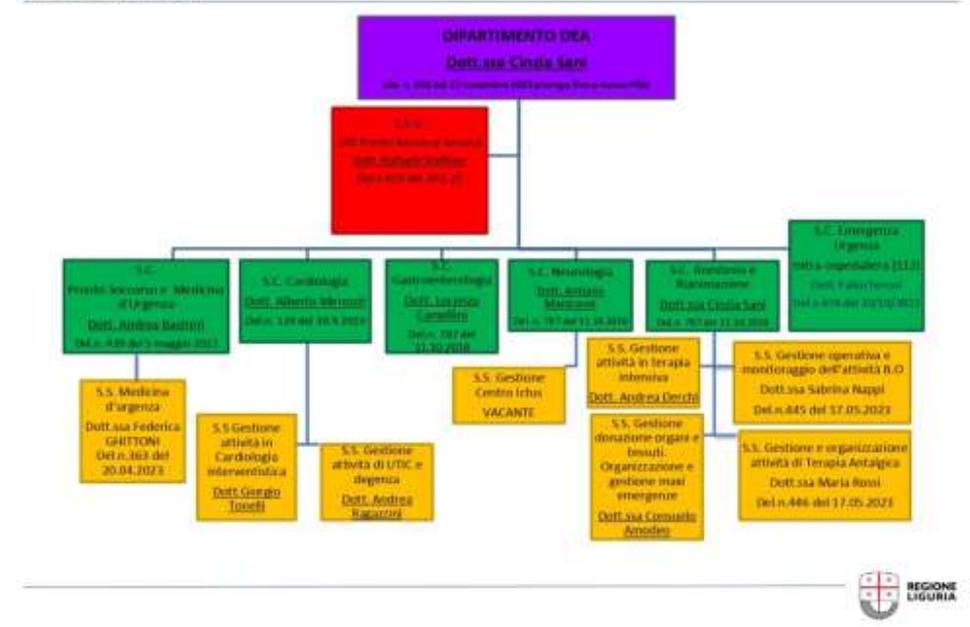
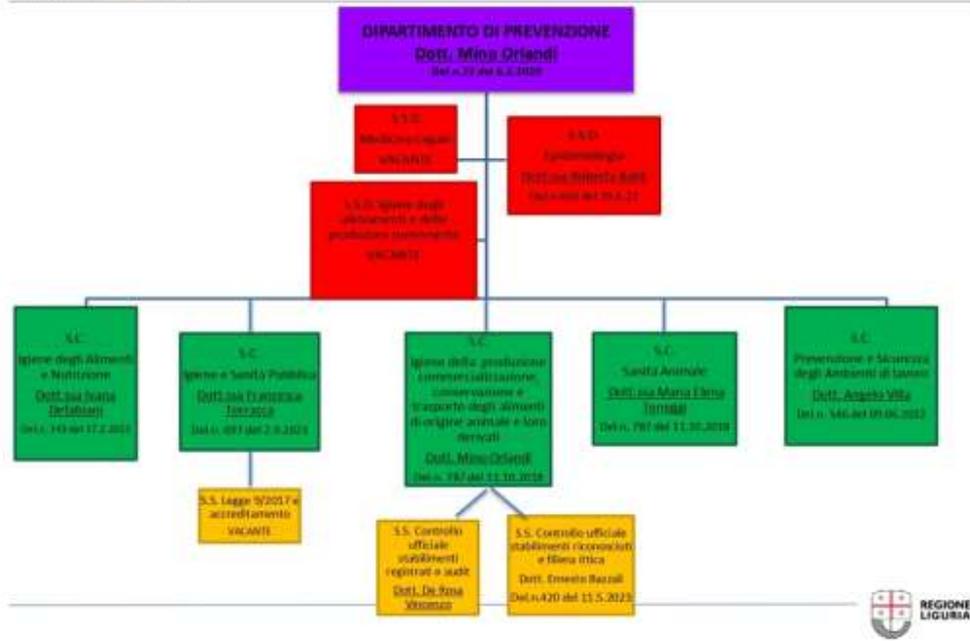
DIRIGENTI AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA

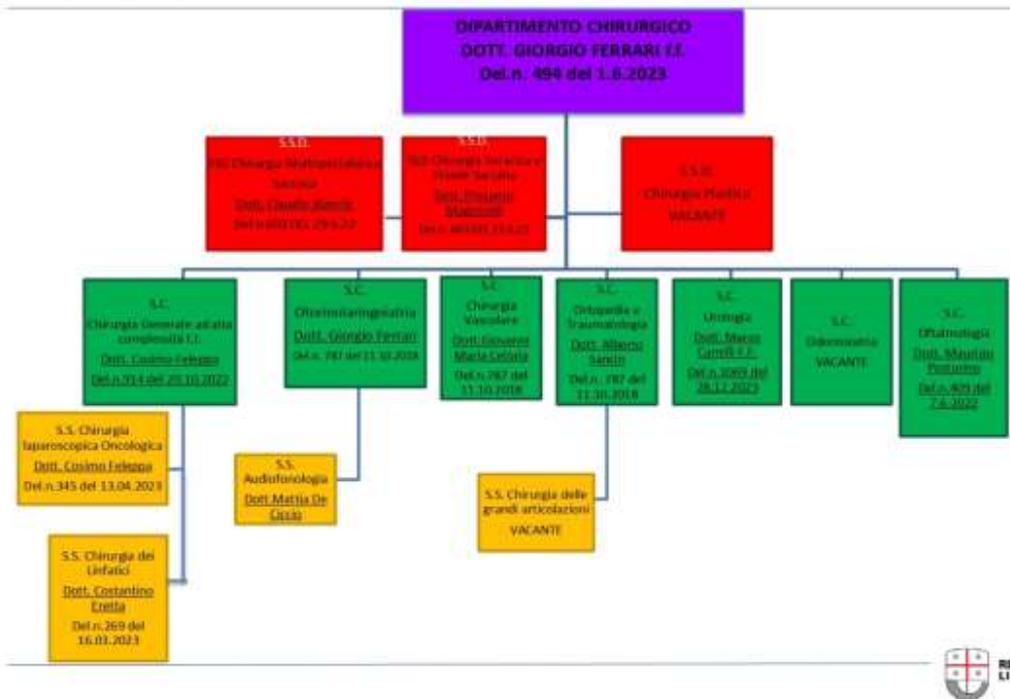
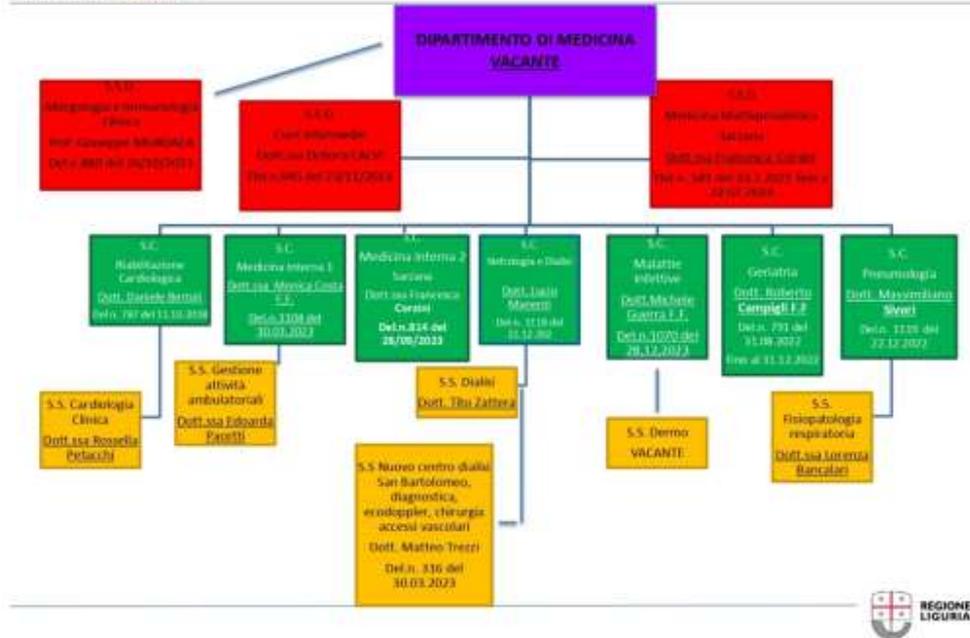


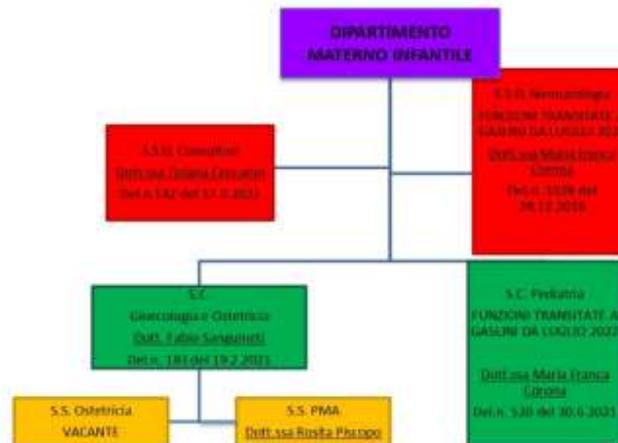
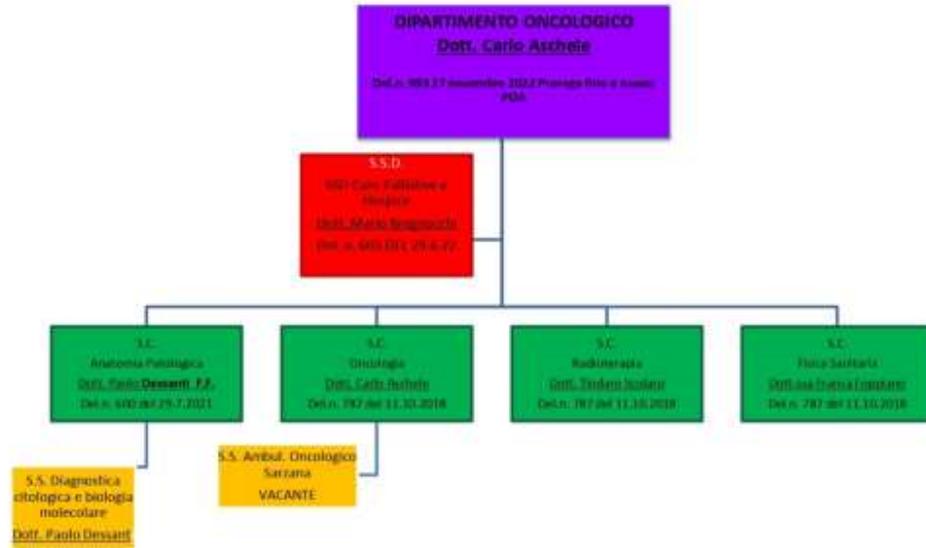
DIRIGENTI AREA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA

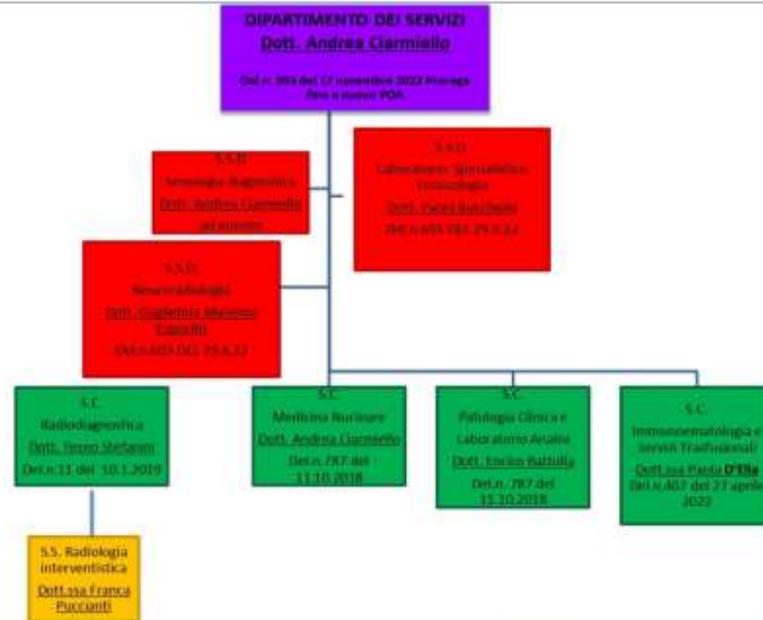












INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE (EX POSIZIONI ORGANIZZATIVE)
 Delibera n. 589 del 29 giugno 2022
 Decorrenza incarichi da 01.01.2022 (per quelli riconfermati) oppure 01.07.2022 (per i nuovi)
 Per 3 anni

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
PROFESSIONI SANITARIE**

RESPONSABILE RISCHIO CLINICO E ASPETTI NORMATIVI E PROFESSIONALI FALLI FRANCESCO	RESPONSABILE MODELLI ORGANIZZATIVI RICERCA SVILUPPO PROFESSIONALE CHIOCCA ASSUNTA	RESPONSABILE AREA LOGISTICO ALBERGHERIA ROSSI PADIA
RESPONSABILE AREA PROFESSIONALE CHIRURGICA MATTEUCCI GILBERTO	RESPONSABILE DIPARTIMENTI SERVIZI E ONCOLOGICO SILVA ANDREOTTI Del. n. 1052 del 21/12/2023	RESPONSABILE AREA DIPARTIMENTALI MATERNO INFANTILE MARTINETTI MICHAELA
RESPONSABILE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE LANDINI EMANUELA	RESPONSABILE AREA TERRITORIALE NARDINI MICHELA	RESPONSABILE AREA PROFESSIONALE PREVENZIONE NATALE CLAUDIO
RESPONSABILE DIP. EMERGENZA ACCETTAZIONE DI MARCO SAMANTHA	RESPONSABILE AREA PROFESSIONALE MEDICA E ONCOLOGICA SERONI MONICA	RESPONSABILE PROF. NI SANITARE DELLA RIABILITAZIONE BENACCI FEDERICA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

RESPONSABILE GESTIONE E PROGRAMMAZIONE PROCESSI - DISTRETTO 17 SANCHINI FIORENZA	RESPONSABILE GESTIONE E PROGRAMMAZIONE PROCESSI - DISTRETTO 18 BINELLI DANIELA	RESPONSABILE GESTIONE E PROGRAMMAZIONE PROCESSI - DISTRETTO 19 GHERARDI CHIARA	RESPONSABILE RESIDENZIALITA' AGNOLUCCI FRANCESCA
--	--	--	--

INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
DIPARTIMENTO PREVENZIONE

RESPONSABILE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE E TERRITORIALI DIF. PREVENZIONE
RIGHETTI LUDMILA



INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA

- | | | |
|---|--|---|
| RESPONSABILE SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE
BISSACCO MILENA | RESPONSABILE GESTIONE FORMAZIONE DI BASE UNIVERSITARIA INFERMERISTICA E CORSI OSS
CANTINOTTI ENRICA | RESPONSABILE GEST. FORM. DI BASE UNIVERSITARIA IN FISIOTERAPIA
FARAGUTI LAURA |
| RESPONSABILE FORMAZ. AGG. CONTINUO NEL SETTORE SALUTE DEL PERSONALE DIPENDENTE
MIDURI ANGELA | RESPONSABILE GESTIONE RISORSE STRUTTURALI IGIENE OSPEDALIERA E RIFIUTI AZIENDALI
FRICELLI ROSA | RESPONSABILE GESTIONE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DIMP
CALZOLARI LAURA |
| RESPONSABILE BED MANAGER
URAS JORIS | RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE RISP
RIVALDI ALESSANDRO | RESPONSABILE ATTIVITA' AMM. FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE
GIANARDI GESSICA |
| | RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DEGLI ESITI CLINICI E DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE
VACANTE | |



INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE SC
PROGRAMMAZIONE E GEST.ACQUISTI, MAGAZZINO
ECONOMALE

RESPONSABILE GESTIONE
CONTRATTI
FONTANA STEFANO

RESPONSABILE GESTIONE
ACQUISTI FARMACI E DISPOSITIVI
E SERVICE DIAGNOSTICI
VACANTE

RESPONSABILE ECONOMATO
SCALETTI DANIELA

INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE SC
GESTIONE RISORSE UMANE

RESPONSABILE GESTIONE DEL
PERSONALE
BATTISTINI IRENE

RESPONSABILE TRATTAMENTO
ECONOMICO DEL PERSONALE
DIPENDENTE
RAFFI RITA MARIA

RESPONSABILE SELEZIONE DEL
PERSONALE
MARIOTTI VALENTINA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC AFFARI GENERALI E LEGALI**

RESPONSABILE UFFICIO LEGALE E
RECUPERO CREDITI

TOSI DANIELE

RESPONSABILE GESTIONE ATTI
AMMINISTRATIVI E CONTRATTI

PODESTA' ROBERTA

RESPONSABILE GESTIONE
ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO
PER RISARCIMENTO DANNI

SALINES GIOVANNA

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC URP ATTIVITA' AMM. OSPEDALE TERRITORIO**

RESPONSABILE GESTIONE UFFICIO
RELAZIONI CON IL PUBBLICO E
TERZO SETTORE

CARNACINA ALESSANDRA

RESPONSABILE ATTIVITA'
OSPEDALE E TERRITORIO
GESTIONI CONVENZIONI E
RECUPERO CREDITI

PAOLA ARDIGO'

RESPONSABILE GESTIONE
ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE
FLUSSI E SUPPORTO
AMMINISTRATIVO ALLE ATTIVITA'
OSPEDALIERE

CERRETTI SABRINA

INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIE

RESPONSABILE REGISTRAZIONE
CONTROLLO E LIQUIDAZIONE
FATTURE

BARILLI DANIELA

RESPONSABILE GESTIONE
AUTORIZZAZIONI, SISTEMA DEI
PAGAMENTI RAPPORTI CON IL
TESORIERE

ZUCCHELLO CINZIA

RESPONSABILE ADEMPIMENTI
FISCALI, MONITORAGGIO DEI
COSTI DI GESTIONE DEL CICLO
ATTIVO

FONTANA MATTEO

INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

RESPONSABILE AREA PROGETTIE
INFRASTRUTTURA

DE MICHELIS FABIO

RESPONSABILE AREA APPLICATIVA

RESASCO LAZZARO

**INCARICHI DI FUNZIONE DI ORGANIZZAZIONE
SC GESTIONE TECNICA**

RESPONSABILE TECNICO
ANTINCENDIO
AMBROSINO FRANCESCO

RESPONSABILE GESTIONE
PATRIMONIO
VACANTE

INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO

Delibera n. 1064 del 6 dicembre 2022

Delibera n. 1112 del 15 dicembre 2022

Delibera n. 455 del 25 maggio 2023

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF.LE CHIRURGICA**

CHIRURGIA GENERALE/VASCOLARE LA SPEZIA E ODONTORIATRIA FIORI JOSETTE	ORTOPEDIA/ORL SPEZIA BERTOLOTI LAURA Del.n.455 del 25.5.2023	OFTALMOLOGIA SARZANA MARCIANO ANGELICA	CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA SARZANA PIRANO CATERINA
--	---	--	---

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP.SERVIZI E ONCOLOGIA**

ANATOMIA PATOLOGICA PELLEGRINELLI DANIELE	RADIOTERAPIA BREDA BARBARA	RADIOLOGIA SPEZIA VENTO FABIO	RADIOLOGIA SARZANA/NEURORADIOLOGIA AMADEI CRISTINA
PATOLOGIA CLINICA E LAB. SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA MANESCHI MIRCO	IMMUNOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI FAVERO MARIA	MEDICINA NUCLEARE NOBILI DINA Del.n.455 del 25.5.2023	

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP. MATERNO INFANTILE**

GINECOLOGIA E OSTETRICIA
DI LENARDO PATRIZIA

PEDIATRIA/NEONATOLOGIA
SCALZO ILARIA

CONSULTORI
CATALDI PATRIZIA

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**

SPOC
LOMBARDO LILIANA

SERT DISTRETTI 17/18/19
MALASPINA MONICA

ASSISTENZA PSICH. DISTRETTUALE
17/19
ASSIST. PENITENZIARIA E RE MS
LAUCIELLO PIERPAOLO

ASSISTENZA PSICHIATRICA
DISTRETTUALE 18
ANTOGNETTI FEDERICA

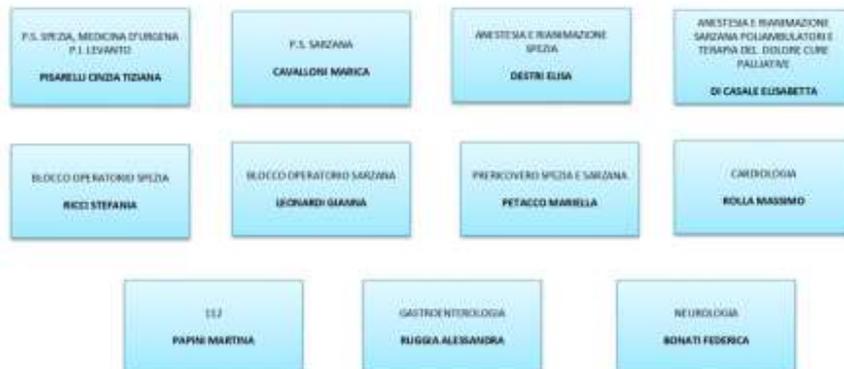
**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
PROF.NI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE GRAZOSO MANUELA	FRAGILITA' NON AUTOSUFFICIENZA E RESIDENZIALITA' ROMANO FLORIANA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZA PIASTRI SILVIA
---	--	--

**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF.LE MEDICA E ONCOLOGICA**

MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA MELIS SILVANA	MEDICINA INTERNA 1 D'AMICO STEFANIA Del.n. 455 del 25.5.2023	DIALISI E NEFROLOGIA CASTELLINI ELVIRA
GERIATRIA GRISANTI STEFANIA	PNEUMOLOGIA ARPESELLA ALESSANDRA	MEDICINA INTERNA 2 BARATTA SIMONETTA
MEDICINA MULTISPECIALISTICA E CURE INTERMEDIE CERCHI SONIA	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FINI ORNELLA	ONCOLOGIA BALDI VALERIA

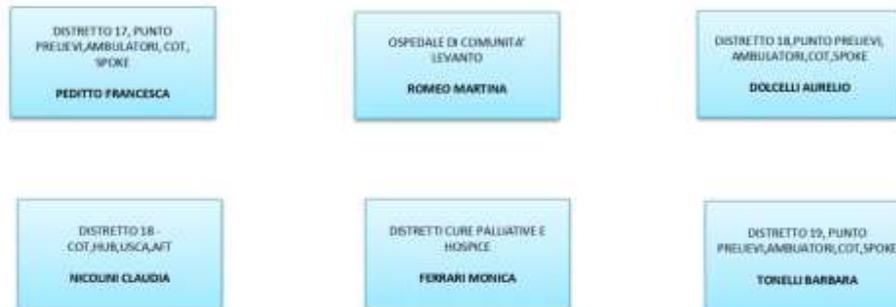
**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
DIP. EMERGENZA ACCETTAZIONE**



**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA PROF. LE PREVENZIONE**



**INCARICHI CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AREA TERRITORIALE**



L'assetto organizzativo dell'Azienda è attualmente oggetto di una parziale rivisitazione sulla base delle "Linee di indirizzo regionale sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale (Delibera Giunta Regionale n. 1380 del 28/12/2022)" che comporterà l'attivazione di nuove Strutture Complesse e Dipartimentali (**S.S.D.**), la ridefinizione delle competenze di alcune strutture, lo spostamento e accorpamento di funzioni, processo in fase di completamento e in attesa di approvazione da parte degli organi regionali.

Attualmente, la struttura organizzativa dell'Azienda prevede anche le seguenti **Strutture Semplici (S.S.) aziendali, altri incarichi dirigenziali e incarichi di funzione.**

Con deliberazione n. 152 del 17/02/2022 l'Azienda ha proceduto alla Riorganizzazione delle Strutture Semplici afferenti le strutture complesse dei Dipartimenti sanitari il cui assetto risulta il seguente:

DIPARTIMENTI	STRUTTURE	INCARICHI STRUTTURE SEMPLICI IN ESSERE (ottobre 2022)	N.	STRUTTURE	N.	INCARICHI STRUTTURE SEMPLICI - NUOVI PROPOSTI	
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	ANATOMIA PATOLOGICA	SS Diagnostica citologica ed anatomia (Resp. Dr. Dessanti)	1	ANATOMIA PATOLOGICA	1	SS Diagnostica citologica e biologia molecolare	
	FISICA SANITARIA		0	FISICA SANITARIA			
	ONCOLOGIA	SS Ambul. Oncologia Sarcana (cassato F 23/07/2021)	1	ONCOLOGIA	1	SS Ambul. Oncologia Sarcana	
	RADIOTERAPIA		0	RADIOTERAPIA			
TOTALE			TOTALE	2			
DIPARTIMENTO MEDICO	MEDICINA I	Sezione attività ambulatoriali	1	MEDICINA I	1	Sezione attività ambulatoriali	
	NEFROLOGIA E DIALISI	Dialisi (Zattara)	1	NEFROLOGIA E DIALISI	1	SS Responsabile Nuovo Centro Dialisi San Bartolomeo, diagnostica ecodoppler, chirurgia accessi vascolari	
	PNEUMOLOGIA	Fisiopatologia Respiratoria	1	PNEUMOLOGIA	1	Fisiopatologia Respiratoria	
	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	Cardiologia clinica	1	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1	Cardiologia clinica	
TOTALE	TOTALE		TOTALE	4			
DIPARTIMENTO EMERGENZA E URGENZE	S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE	1) Gestione attività in Terapia Intensiva SP	1	S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE	1	1) Gestione attività in Terapia Intensiva	
		2) Gestione Ossigenazione Organi e Tessuti	1		2) Gestione Ossigenazione Organi e Tessuti, Organizzazione e Gestione Monitoraggio		
		3) gestione sale operatorie SZ e monitoraggio dell'attività del Blocco Operatorio Sp/IZ	1		3) gestione operatorie e monitoraggio dell'attività del B.O		
		4) Gestione sale operatorie SP	1		4) Gestione ed organizzazione attività di Terapia Analgesica		
	S.C. NEUROLOGIA	1) Gestione Centro ictus	1	S.C. NEUROLOGIA	1	1) Gestione Centro ictus	
S.C. P.S. MEDICINA D'URGENZA	1) Gestione posti letto monitorati in Medicina d'Urgenza	1	S.C. P.S. MEDICINA D'URGENZA	6			
S.C. CARDIOLOGIA	1) Gestione attività cardiologia interventistica	1	S.C. CARDIOLOGIA	2	2) Medicina d'urgenza		
TOTALE	TOTALE	6	TOTALE	8	2) Gestione attività in cardiologia interventistica 3) Gestione attività di UIC e Digena		
DIPARTIMENTO M.I.	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	SS PMA	1	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	SS PMA	
		SS Patologia della Gravidanza	1		SS Ostetricia (al posto di SS Patologia della gravidanza)		
TOTALE			2	TOTALE	2		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	CHIRURGIA ALTA SPECIALITA'		0	CHIRURGIA ALTA SPECIALITA'	1	Chirurgia Laparoscopica Oncologica e Robotica	
			0		Chirurgia de Infantis		
			0				
			0				
DIPARTIMENTO RADIOLOGICO	RADIOLOGIA	SS Interventistica	1	RADIOLOGIA	1	SS Interventistica	
		SS PRONTO SOCCORSO	1		Patologia Clinica		
DIPARTIMENTO SERVIZI	SINT	SS TAC	1	SINT	1		
		SS Ambulatorio tradizionale	1				
TOTALE			4	TOTALE	1		
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	DISTRETTO 17		0	DISTRETTO 17	1	SS RESIDENZIALE	
			2		SS ASSISTENZA AMBULATORIA E ASSISTENZA CONVENZIONALI (MMA/PL/CLINICA)		
			0		SS CENTRALE OPERATIVA E DIMISSIONI PROTETTE		
TOTALE		2	TOTALE	1	SS DIMISSIONI		
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E SERVI	ASS. PSICH. DISTRETTUALE N. 18		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N. 18	1	Psicologia	
			0		ASSISTENZA PSICHIATRICA E DISTRETTUALE 17 - 19	1	Medicina Penitenziaria
		SERV. DISTRETTO 17 SS 19	0		SERV. DISTRETTO 17 SS 19	0	
		SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	0		SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	1	Day Hospital Disturbi Alimentari
TOTALE		1	TOTALE	2			
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE, IGIENE PRIGI, COMAR, CONSERVAZ. E TRASP. DI ALIMI DI ORIGINE ANIMALE E LORO SERVIZI	Analoga Zootecnica M. infettive in ambito zootecnico	2	IGIENE PRIGI, COMAR, CONSERVAZ. E TRASP. DI ALUM. DI ORIGINE ANIMALE E LORO SERVIZI	1	Analoga Zootecnica	
		F.S.A.I.	1		F.S.A.I.	0	
		SANITA' ANIMALE	0		SANITA' ANIMALE	0	
		SECUREZZA ALIMENTARE	0		SECUREZZA ALIMENTARE	0	
		IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1		IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1	SS. legge 9/2017 e sconvilamento
		TOTALE			4	TOTALE	2
STAFF	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO CLINICO, COO	Governo delle attività ambulatoriali e convenzionali, flussi informativi ambulatoriali	1	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO CLINICO, CONTROLLO DI GESTIONE	1	Governo delle attività ambulatoriali e convenzionali, flussi informativi ambulatoriali	
TOTALE			1	TOTALE	1		
COMPLESSIVO			30	COMPLESSIVO	33		

Con deliberazione n. 1097 del 15/12/2022 è stato approvato il Regolamento aziendale per il conferimento/e revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e professioni sanitarie per cui, nel corso del 2023 si è proceduto alla conferma dei precedenti incarichi di responsabilità di S.S. (previa verifica positiva da parte dei responsabili di competenza) e all' assegnazione dei nuovi incarichi di struttura semplice mediante emissione di avvisi interni di procedura comparativa. Nel corso dell'anno 2023 sono stati banditi e assegnati i seguenti incarichi di responsabile di S.S.D. e di S.S:

- SSD Cure Intermedie;
- SSD Strutture residenziali e Semiresidenziali;
- SS Nuovo centro Dialisi San Bartolomeo, diagnostica ,ecodoppler,chirurgia e accessi vascolari;

Denominazione incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Oncotrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profilo della Riabilitazione (Classe 2)	Profilo Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevensi one/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profilo Tecnico/ Amministr ativi
		5 DISTRETTO 19		€ 4.227,81	X					
V AREA PROFESSIONALE MEDICA E ONCOLOGICA	€ 10.000,00									
		1 MEDICINA INTERNA 1		€ 4.500,00	X					
		2 DIAGNOSI E PATOLOGIA		€ 6.000,00		X				
		3 MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		4 GENITIVA		€ 4.500,00	X					
		5 PNEUMOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		6 MEDICINA INTERNA 2		€ 4.500,00	X					
		7 MEDICINA MULTISPECIALISTICA E CURE INTERMEDIE		€ 4.500,00	X					
		8 AREA GESTIONE INFIRMIERISTICA		€ 4.500,00	X					
		9 CARDIOLOGIA RIABILITATIVA		€ 4.500,00	X					
		10 ONCOLOGIA		€ 3.227,81	X					
		11 CURE INTERMEDIE LEVANTO		€ 3.227,81	X					
VI AREA PROFESSIONALE PREVENZIONE	€ 7.000,00									
		1 PUL		€ 4.500,00				X		
		2 Igiene e Sanità Pubblica, Epidemiologia Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Sorveglianza, Trasmissione agenti patogeni, Igiene Sull'ambiente		€ 4.500,00	X			X		
VI DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	€ 10.000,00									
		1 PS SPIZZA, MEDICINA D'URGENZA, P.I. LEVANTO		€ 6.000,00	X					
		2 PS SARZANA		€ 4.500,00	X					
		3 ANESTESIA E RIANIMAZIONE SPIZZA ANESTESIA E RIANIMAZIONE SARZANA, POLIAMBULATORI E TERAPIA DEL DOLORE-CURE PALLIATIVE		€ 6.000,00	X					
		4 PALLIATIVI		€ 3.227,81	X					
		5 BLOCCO OPERATORIO SPIZZA		€ 4.500,00	X					
		6 BLOCCO OPERATORIO SARZANA		€ 4.500,00	X					
		7 PRECICOLO SPIZZA E SARZANA		€ 3.227,81	X					
		8 CARDIOLOGIA		€ 4.500,00	X					
		9 ILL		€ 6.000,00	X					
		10 GASTROENTEROLOGIA		€ 3.227,81	X					
		11 NEUROLOGIA		€ 4.500,00	X					
VI PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE	€ 7.000,00									
		1 TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE		€ 3.227,81			X			
		2 PSICITA', NON AUTOFIDC. E RESIDENZIALITA'		€ 3.227,81			X			
		3 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		€ 3.227,81			X			

Denominazione incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Oncotrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profilo della Riabilitazione (Classe 2)	Profilo Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevensi one/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profilo Tecnico/ Amministr ativi
TOT. INCARICHI CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO		12								
DIP. CURE PRIMARIE										
13 Gestione e Programmazione Processi - Distr 17	€ 7.000,00				X	X			X	X
14 Gestione e Programmazione Processi - Distr 18	€ 7.000,00				X	X			X	X
15 Gestione e Programmazione Processi - Distr 19	€ 7.000,00				X	X			X	X
16 Riabilitabilità	€ 4.500,00				X	X			X	X
DIP. PREVENZIONE										
17 Attività amministrative e Territor. Dip. Prevenzione STAFF	€ 4.500,00									X
18 Segreteria di Direzione aziendale	€ 6.000,00									X
19 Servizio Sociale Professionale	€ 4.500,00								X	
Gestione Formazione di base universitaria										
20 Infermieristica e corsi OSS	€ 8.500,00				X					
Gestione Formazione di base universitaria in										
21 Fisioterapia - Polo didattica Via dei Filasari	€ 7.000,00					X				
Farmaceutica e aggiornamento nel settore Servizi										
22 del personale dipendente	€ 7.000,00				X	X	X	X	X	X
Gestione risorse strutturali - Igiene ospedaliere e										
23 rifugi aziendali	€ 4.000,00				X					
24 Gestione attività amministrative DMPO	€ 4.500,00									X
25 Biol Manager	€ 7.000,00				X					
26 Corso di Controllo e Gestione flussi	€ 8.500,00				X					X
27 Supporto nell'ambito del governo clinico	€ 8.500,00				X					X
Attività Amministrative Farmaceutica Ospedaliere										
28 e Territoriale	€ 4.500,00									X
Risponabile Servizio di Prevenzione e Protezione										
29 (DOPPI)	€ 8.500,00							X		X
DIP. TECNICO AMMINISTRATIVO										
S.C. GESTIONE TECNICA										
30 Responsabile tecnico artigianale	€ 8.500,00							X		X
S.C. SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE										
31 Area Progetti e Infrastrutture	€ 10.000,00									X
32 Area applicativa	€ 10.000,00									X
S.C. PROGRAMMAZIONE E GEST. ACQUISTI, MAGAZZINO ECONOM.										
33 Gestione contratti	€ 7.000,00									X
34 Economato	€ 10.000,00									X
Gestione Acquisti Farmaci e Dispositivi e Servizi										
35 Magazzini	€ 7.000,00									X
S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZ										
36 Registrazione, controllo e Liquidazione fatture	€ 6.000,00									X

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Ostetrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profilo della Riabilitazione (Classe 2)	Profilo Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevend on/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profilo Tecnico/ Amministr ativi
Gestione autorizzazioni, durata dei pagamenti e rapporti con il tesoriere	€ 8.500,00									X
Adempimenti fiscali, monitoraggio dei costi e gestione del ciclo attivo	€ 8.500,00									X
S.C. GESTIONE RISORSE UMANE										
Trattamento economico personale dipendente e convenzionato										
43 Soluzione del personale	€ 12.900,00									X
41 Gestione del personale	€ 8.500,00									X
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI										
Gestione atti amministrativi e contratti										
42 Gestione assicurazioni e commissioni per risarcimento danni	€ 7.000,00									X
44 Gestione del Patrimonio	€ 7.000,00									X
45 Ufficio Legale e Recupero crediti	€ 4.500,00									X
S.C. UMF E ATTIV AMMIN. OSPEDALE-TERRITORIO										
Gestione attività di libera professione, flussi e supporto amministrativo alle attività ospedaliere										
Gestione Ufficio Relazioni con il Pubblico a terzo settore	€ 8.500,00									X
47 settore	€ 3.327,85				X	X	X	X	X	X
48 Attività ospedale e territorio, gestione convenzioni e recupero crediti	€ 6.000,00									X
TOTALE INCARICHI DI FUNZIONE IN ORGANIZZAZIONE, IN COORDINAMENTO E PROFESSIONALI										
				101						

Denominazione Incarichi di Organizzazione	INDENNITA' ANNUA LORDA	Denominazione Incarichi di Organizzazione con funzioni di coordinamento	Denominazione Incarichi Professionali	INDENNITA' ANNUA LORDA	Profilo Infermiere /Ostetrica /Inf. Ped. (Classe 1)	Profilo della Riabilitazione (Classe 2)	Profilo Tecnico Sanitari (Classe 3)	Profilo Tecnico Prevend on/Ass. Sanit./Di etista (Classe 4)	Profilo Assisten te Sociale	Profilo Tecnico/ Amministr ativi
Gestione autorizzazioni, durata dei pagamenti e rapporti con il tesoriere	€ 8.500,00									X
Adempimenti fiscali, monitoraggio dei costi e gestione del ciclo attivo	€ 8.500,00									X
S.C. GESTIONE RISORSE UMANE										
Trattamento economico personale dipendente e convenzionato										
43 Soluzione del personale	€ 12.900,00									X
41 Gestione del personale	€ 8.500,00									X
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI										
Gestione atti amministrativi e contratti										
42 Gestione assicurazioni e commissioni per risarcimento danni	€ 7.000,00									X
44 Gestione del Patrimonio	€ 7.000,00									X
45 Ufficio Legale e Recupero crediti	€ 4.500,00									X
S.C. UMF E ATTIV AMMIN. OSPEDALE-TERRITORIO										
Gestione attività di libera professione, flussi e supporto amministrativo alle attività ospedaliere										
Gestione Ufficio Relazioni con il Pubblico a terzo settore	€ 8.500,00									X
47 settore	€ 3.327,85				X	X	X	X	X	X
48 Attività ospedale e territorio, gestione convenzioni e recupero crediti	€ 6.000,00									X
TOTALE INCARICHI DI FUNZIONE IN ORGANIZZAZIONE, IN COORDINAMENTO E PROFESSIONALI										
				101						

Nel corso del 2022, sono state espletate selezioni interne per titoli e colloquio per l'assegnazione di n. 46 incarichi di funzione e n. 50 incarichi di coordinamento.

Nel corso del 2023, si è proceduto alla sostituzione per pensionamento del responsabile incarico di funzione " Dipartimento oncologico e dei servizi " previo bando di avviso interno e procedura comparativa. Pertanto gli incarichi previsti dall'attuale organizzazione aziendale risultano tutti assegnati.

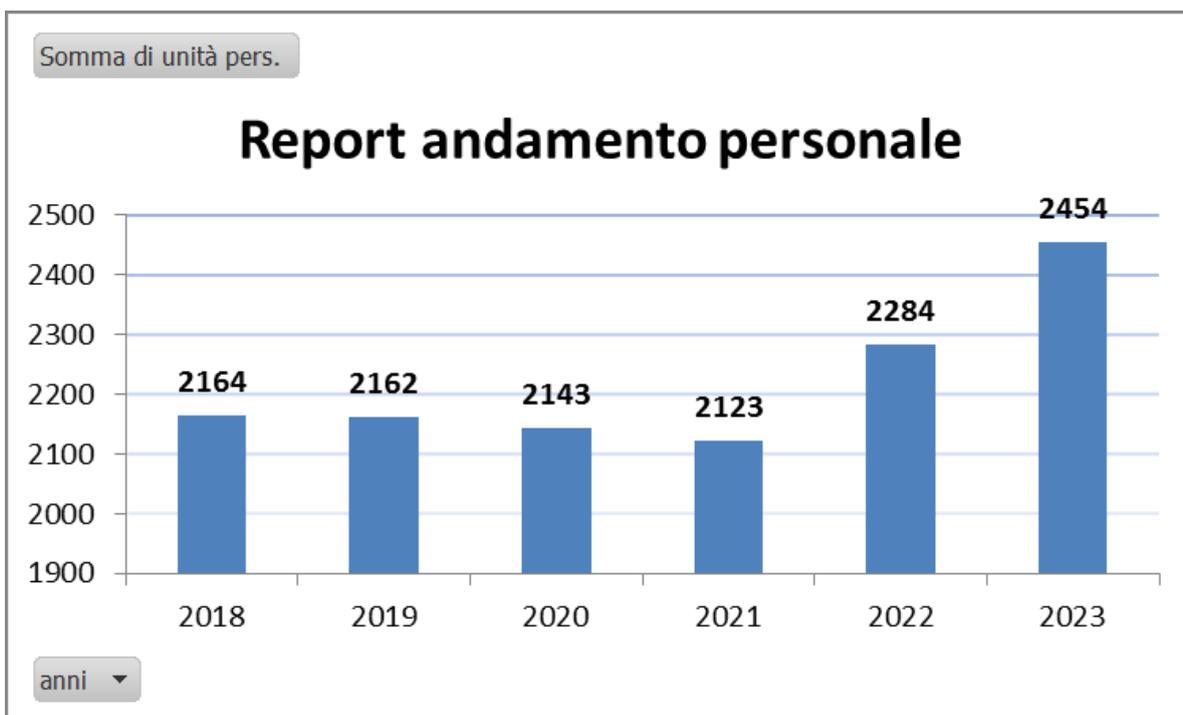
La dotazione organica negli anni 2018-2023 ha avuto l'andamento sotto rappresentato:

Personale a tempo indeterminato - Dati riepilogativi anni 2018-2023 ASL 5

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DIRETTORI GENERALI	4	4	4	4	4	4
MEDICI	381	363	358	346	330	331
VETERINARI	11	10	10	11	12	15
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	49	41	39	37	43	58
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	0	2	2	1	1	1
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1042	1063	1054	1020	1077	1137
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	132	141	135	141	133	138
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	38	31	35	28	27	33
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	87	83	89	93	86	101
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1	1	2	3	3	3
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2	2	2
DIR. RUOLO TECNICO	0	1	1	1	1	1
PROFILI RUOLO TECNICO	165	160	160	190	336	126
PROFILI RUOLO SOCIO SANITARIO	0	0	0	0	0	283
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	11	11	11	11	11	11
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	240	248	240	234	217	209
PERSONALE CONTRATTISTA	1	1	1	1	1	1
TOTALE	2164	2162	2143	2123	2284	2454
oltre SUMAI	104	102	98	99	95	87

Personale Tempo Determinato e Flessibile - Dati riepilogativi anni 2018-2023

Unita'/n. contratti	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Personale a tempo determinato	23	14	7	82	140	103
L.S.U./L.P.U.	0	0	0	0	0	0
Lavoratori interinali	18	21	51	20	3	2
Con Contratti formazione lavoro	3	9	0	0	0	0
N. contratti Co.Co.Co./Colipro	1	0	270	114	2	11
TOTALE TEMPO INDETERM + PERSONALE FLESSIBILE	2313	2308	2569	2438	2524	2657



3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2024-2026

Il Piano triennale dei fabbisogni 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 di personale.

È un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 che, al comma 2, stabilisce che: << *Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2>>.*

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”.

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 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”* che prevede la predisposizione del PIAO, la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione.

Il comma 2 del medesimo articolo 6, infatti, recita che il PIAO definisce, tra l'altro: <<*compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali>>.*

Il Piano Triennale dei Fabbisogni , tenuto conto di quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 147/2022, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda per gli anni 2024, 2025 e 2026 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 *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

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 PTFP l'Azienda si pone l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP 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 in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili, e 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 frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie.

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

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal PTFP anni 2024-2026 pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.3 LAVORO AGILE

Il lavoro agile (*smart working*) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla L. 7 agosto 2015, n. 124 (cd Riforma Madia) che all'art. 14 ha previsto nell'ambito della P.A. la necessità di introdurre misure atte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

Tra le misure individuate dalla Legge in argomento per l'armonizzazione e conciliazione dei tempi di vita e lavoro, figuravano appunto il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell'attività lavorativa.

La disciplina del lavoro agile è stata poi fornita dal Legislatore nel 2017, con la L. 22 maggio 2017, n. 81 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"*, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come *"modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa"*.

Indirizzi attuativi per la sperimentazione di tale modalità organizzativa sono stati impartiti alla Pubblica Amministrazione dal Dipartimento della Funzione Pubblica con Direttiva n. 3/2017.

Tuttavia è solo a causa della situazione connessa all'epidemia da COVID-19 del 2020 - e della conseguente esigenza di evitare, laddove possibile, i contatti personali - che il lavoro agile è divenuto una tipologia di esecuzione della prestazione lavorativa largamente diffusa anche nel Pubblico Impiego.

Ciò ha consentito la coesistenza tra distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all'utenza, complice anche la modalità semplificata di attuazione del lavoro agile.

In periodo di pandemia, infatti, il Legislatore ha consentito di prescindere dalla sottoscrizione dell'accordo individuale datore – lavoratore e dal rispetto degli obblighi informativi previsti dal capo II della citata Legge n. 81/2017.

Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Per tutto quanto non disciplinato dal Legislatore nel 2017, è stato applicato il contenuto di contratti collettivi e norme in materia di rapporto di lavoro.

A mero titolo esemplificativo, per l'individuazione dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale ha trovato applicazione la normativa nazionale e comunitaria in materia e la contrattazione collettiva nazionale.

Dal 15 ottobre 2021 la presenza in servizio è tornata ad essere la modalità ordinaria della prestazione lavorativa nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Venuta meno la previsione di eccezionalità della prestazione in presenza, il lavoro agile ha pertanto cessato di essere "la" modalità ordinaria di svolgimento della prestazione", per divenire "una" delle modalità ordinarie.

Occorre pertanto disegnare oggi una struttura organizzativa del lavoro avanzata, orientata ai risultati, e basata su responsabilizzazione e flessibilità, in forza di un rapporto fiduciario tra lavoratore e datore basato sul principio guida "far but close". Il lavoro agile deve assumere una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

La vera chiave di volta sarà l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito.

Fermo restando quanto sopra, l'accesso a tale modalità potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- l'Azienda deve assicurare il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei dirigenti, dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- 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;
- l'Azienda deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo comunque essere prevalente, per ciascun lavoratore l'esecuzione della prestazione in presenza.

Quanto al principio di rotazione corre l'obbligo sottolineare che solo qualora le dimensioni e le qualifiche presenti nella Struttura lo consentano, possono essere individuate misure per garantire una rotazione del personale in modo da assicurare una equilibrata alternanza dello svolgimento delle attività nelle due modalità (a distanza e in presenza);

- ove le misure di carattere sanitario dovessero richiederlo nuovamente, l'Azienda dovrà prevedere comunque la rotazione del personale impiegato "in presenza";
- l'Azienda deve mettere in atto ogni adempimento finalizzato a fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta ed idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore con lo svolgimento della prestazione in modalità agile;
- l'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, tra l'altro:
 - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile,
 - le modalità e criteri di misurazione delle prestazioni medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile,
 - le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore degli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce orarie di contattabilità.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano Organizzativo Lavoro Agile pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.4 PIANO AZIONI POSITIVE

L'art. 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna) prevede che le pubbliche amministrazioni predispongano Piani di Azioni Positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne e che favoriscono il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.

L'art. 42 del medesimo Codice definisce le azioni positive come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'uguaglianza sostanziale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena e effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Altresì si possono definire "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano di Azione Positive pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.5 FORMAZIONE

La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante aggiornamento delle competenze e delle performance dei professionisti in linea con i cambiamenti determinati dall'evoluzione dei bisogni sanitari; è inoltre condizionata dalla costante richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche all'interno di un contesto in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze, nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali. La formazione continua comprende pertanto l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità, attitudini utili per una pratica competente ed esperta e si sviluppa con una duplice visione: da un lato una visione organizzativa, centrata sui bisogni dell'organizzazione, per cui gli operatori sono chiamati ad adeguarsi alle esigenze culturali, tecniche ed organizzative dell'azienda stessa; dall'altro una visione educativa (educazione permanente), ovvero basata sui bisogni di sviluppo dei singoli professionisti, la cui funzione pertanto è quella di incrementare le competenze professionali, indispensabili ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'aggiornamento rappresenta uno strumento insostituibile per mantenere un adeguato livello di conoscenza e di competenza del personale sanitario, per garantire un elevato livello di qualità delle prestazioni sanitarie e per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale; deve inoltre tener presente l'introduzione delle nuove tecnologie, delle maggiori aspettative dei pazienti, della qualità ed esiti delle cure.

La capacità di un'azienda sanitaria di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di riferimento è legata alle conoscenze e alle competenze dei professionisti che la costituiscono. L'Azienda sviluppa le attività formative facendo propri alcuni principi tra cui il ruolo strategico della formazione continua. A tal fine, attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA), si impegna a mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne necessarie a migliorare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti nella piena attuazione del Sistema di Educazione Continua in Medicina, che richiede la

valorizzazione del Know-how esistente e la promozione di una cultura diffusa della formazione. Il PFA prevede l'articolazione degli eventi formativi in tre tipologie di obiettivi: obiettivi strategici, obiettivi obbligatori, obiettivi specifici dipartimentali.

Le principali tematiche proposte relativamente agli obiettivi formativi dipartimentali per l'anno 2024 sono: la gestione clinica dei pazienti, la comunicazione interna tra operatori e con l'utenza, la discussione multidisciplinare di casi clinici, la formazione per gli operatori delle cure palliative la condivisione e l'aggiornamento di procedure, di metodologie e di tecnologie innovative; l'appropriatezza prescrittiva; il benessere psicofisico del lavoratore; l'approfondimento delle competenze informatiche e il loro utilizzo uniforme sulle strutture; le normative contrattuali.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

SEZIONE 4 MONITORAGGI

4 MONITORAGGI

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

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del Decreto Legislativo n.150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall’OIV.

In merito al **monitoraggio del valore pubblico e della performance**, occorre misurare il Valore Pubblico, generato dall’Azienda mediante le proprie azioni strategiche; tale attività si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l’intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell’Azienda attraverso le assegnazioni alle strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori sono classificati in base alla loro fonte:

- da flussi il cui risultato deriva dalla fonte stessa,
- obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta

Parallelamente al monitoraggio della **Performance di Struttura** sopra richiamata, si ha quello relativo al Sistema di Valutazione della **Performance Individuale** assicurato dalla produzione di reportistica periodica relativa ai risultati raggiunti per ogni step del processo di valutazione individuale che passa dall’assegnazione degli obiettivi/comportamenti, attraverso una loro valutazione intermedia, alla fase della valutazione finale, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità bloccanti l’iter di processo ed avviare opportune azioni di intervento atte a ripristinare il normale excursus e completamento del ciclo annuale. Si ha anche una rendicontazione di monitoraggio periodica predisposta anche ai fini della correlazione con il sistema di Budgeting aziendale che prevede tra gli obiettivi operativi il rispetto dei tempi di processo tra cui quello della Performance Individuale.

Il Monitoraggio si completa con la Rendicontazione finale delle risultanze conseguite dal personale dipendente sia dell’area della Dirigenza che dell’area del Comparto predisposta anche ai fini della verifica annuale da parte dell’OIV e per la stesura della Relazione sulla Performance.

Relativamente al **monitoraggio dei rischi corruttivi**, l’attività consiste nella “razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti”, verificando l’efficacia/efficienza dell’intero sistema. Si tratta inoltre di un’azione continuativa di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure specifiche di trattamento del rischio.

Durante l’anno spetta al RPCT verificare l’osservanza e l’applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del

successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo paragrafo del PTPCT.

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione e apportare i necessari correttivi, è stato messo a regime un adeguato sistema di monitoraggio semestrale che comporta la valutazione del livello di rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio viene effettuato:

- dai soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione;
- dall'RPCT;
- dagli Organismi di valutazione.

Il monitoraggio non si sostanzia soltanto nella verifica dell'attuazione del Piano, ma si estende alla verifica dell'efficacia delle misure previste, al fine di definire gli interventi di implementazione e miglioramento dei suoi contenuti.

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

- la predisposizione da parte del RPCT, entro la data stabilita da ANAC, di una relazione annuale che riporta il rendiconto, anche sulla base dei rendiconti presentati annualmente dai Direttori/Responsabili di struttura, dai Referenti Aziendali sull'anticorruzione, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel PTPCT. Lo svolgimento di audit e/o controlli a campione da parte dei Referenti delle macro-aree e del RPCT, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo. Il sistema di monitoraggio e la definizione delle relative modalità operative verrà sviluppato ulteriormente nel triennio di validità del presente Piano.

La relazione sul monitoraggio della prevenzione alla corruzione, secondo il modello ANAC, è pubblicato sul sito istituzionale alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Passando all'analisi del **monitoraggio della Trasparenza e relativa attestazione OIV**, si evidenzia che il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico che deve essere stabilmente garantita, sia da parte del RPCT, che dei soggetti interni all'amministrazione E dall'OIV.

Lo stesso (nominato con Deliberazione del Direttore Generale n.515 /2022; con Deliberazione del Direttore Generale n. 891/2022 vi è stata la sostituzione di un componente con funzioni di Presidente), svolge importanti compiti di verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009 ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità e alla corretta applicazione delle linee guida. Ogni anno l'OIV svolge verifiche mirate sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione sulla base delle indicazioni fornite con delibera ANAC e utilizzando specifici modelli di rilevazione e attestazione.

Con deliberazione n. 1111 del 13.12.2017 è stato approvato il regolamento per il funzionamento dell'OIV.

Nell'aggiornamento PNA 2017 (delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017) al paragrafo 4.2 , viene ribadita (come già art. 44 D.Lgs.33/2013, art.1,comma 8 bis Legge 190/2012 introdotto da D.Lgs. 97/2016)"la necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza" e " che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei

documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza”.

Per l'anno 2023, con Delibera ANAC 203/2023 “ *Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità*”, sono state fornite indicazioni alle Amministrazioni Pubbliche e ai rispettivi OIV in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

L'OIV ha proceduto alla verifica sul sito istituzionale dei dati pubblicati, della loro esattezza e coerenza rispetto al disposto normativo come modificato da FOIA; è stata redatta la sintesi di rilevazione che insieme alla griglia è stata pubblicata sul sito aziendale entro il 30 giugno 2023.

Il RPCT effettua il monitoraggio interno delle attività del PTPCT assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e segnalando all'organo d'indirizzo politico, all'OIV e all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

A tal fine provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui riscontri inadempienze significative rispetto alla completezza, chiarezza, aggiornamento delle informazioni pubblicate, il RPCT solleciterà il referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato. In caso di mancato riscontro provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari.
- predisporre una relazione con cadenza semestrale sullo stato di attuazione del programma che sarà pubblicata sul sito aziendale.
- supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza,
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio effettuate.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del programma attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario.

La relazioni semestrali sulla Trasparenza sono pubblicate sul sito istituzionale alla sezione “Amministrazione Trasparente”.

In relazione al **monitoraggio sulle attività formative**, l'Accordo Stato Regioni del 2/2/2017 ha reso espliciti i criteri di verifica della progettualità formativa per singola azienda. La Struttura Formazione per quanto di competenza predispone annualmente, come strumento di verifica aggiuntiva, una relazione di fine anno relativa alle attività formative svolte, inviata alla Direzione Generale, ai Direttori di Dipartimento, ai Referenti Attività Formative (RAF) Dipartimentali e pubblicata sul sito aggiornamento/formazione, per una analisi dei risultati quali:

- n° di eventi programmati \realizzati;
- n° di personale programmato\ effettivo;
- tipologie formative programmate\ realizzate;
- n° totale crediti complessivi assegnati;
- n° crediti assegnati /crediti effettivi;
- n° ore di formazione erogate sul totale edizioni;
- n° totale edizioni accreditate/realizzate.

La Spezia, 25 Gennaio 2024