

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2026-2028

Indice

PREMESSA	3
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5).....	7
1.2 ATTIVITA'	144
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	15
2.1 VALORE PUBBLICO	16
2.2 PERFORMANCE	26
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	29
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	48
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	479
3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2025-2027	579
3.3 LAVORO AGILE	60
3.4 PIANO AZIONI POSITIVE	602
3.5 FORMAZIONE	66
SEZIONE 4 - MONITORAGGI.....	68
4.1 MONITORAGGI	68

PREMESSA

In premessa occorre precisare che la Regione Liguria ha con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che a partire dal 1 Gennaio 2026 prevede la fusione delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 che sono incorporate in Liguria Salute che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria).

Le suddette aziende sanitarie perderanno la loro personalità giuridica e in particolare le AASSLL nn. 1, 2, 3, 4 e 5 diventeranno Aree Sociosanitarie Locali (ASL) che costituiranno articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della azienda sanitaria unica regionale ATS Liguria. Le Aree avranno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi.

L'attività di pianificazione e programmazione sarà in capo alla ATS Liguria che darà gli indirizzi alle AASSLL, gli obiettivi e le relative risorse per realizzarli.

In sede di prima applicazione, il P.I.A.O. dell'ATS Liguria risulta dalla composizione del P.I.A.O. delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.

In particolare, la sezione del P.I.A.O. Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP) dell'ATS Liguria risulta dalla somma dei PTFP delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.

Il P.I.A.O. si configura come un documento programmatico triennale che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse ed i relativi indicatori. Esso rappresenta per l'organizzazione lo strumento unitario e principale di programmazione e controllo, nel quale i diversi aspetti della programmazione sono articolati in una visione integrata, unitaria e complessiva.

Il presente piano rappresenta l'aggiornamento annuale di quello adottato per il triennio 2025/2027, ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, con l'obiettivo di realizzare la massima semplificazione ed integrazione tra gli strumenti di programmazione della Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL 5).

Il P.I.A.O., nella declinazione contenuta nella sopra citata disposizione, definisce:

- a) gli **obiettivi programmatici e strategici della performance** secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la **strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo**, anche mediante il ricorso al **lavoro agile**, e gli **obiettivi formativi** annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, **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), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla **piena trasparenza** dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di **contrasto alla corruzione**, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle **procedure da semplificare e reingegnerizzare** ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) 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;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della **parità di genere**, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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 ed altresì a produrre, 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 P.I.A.O. ha l'obiettivo, inoltre, di sintetizzare e rappresentare la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, rappresentando una sorta di "testo unico" della programmazione, in una logica integrata, considerando le scelte fondamentali di sviluppo dell'Amministrazione.

L'intento del P.I.A.O. è la riduzione delle spese per le Amministrazioni, migliorando i risultati delle attività degli Enti al servizio dei cittadini e delle imprese.

La durata del Piano è triennale e prevede un aggiornamento annuale.

Attraverso l'adozione del P.I.A.O., i suoi aggiornamenti periodici, i documenti attuativi e le Relazioni annuali di rendicontazione, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

Il presente Piano contiene la scheda anagrafica dell'Azienda ed è suddiviso in tre Sezioni

a contenuto sintetico e descrittivo delle azioni programmate, così come previsto dal Decreto della Presidenza del Consiglio (DPCM) n. 132 del 30 giugno 2022:

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

Il P.I.A.O. deve essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica.

SEZIONE 1
SCHEDA ANAGRAFICA
DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure
5 (ASL5)

1.2 ATTIVITA'

1.1 Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (ASL5)

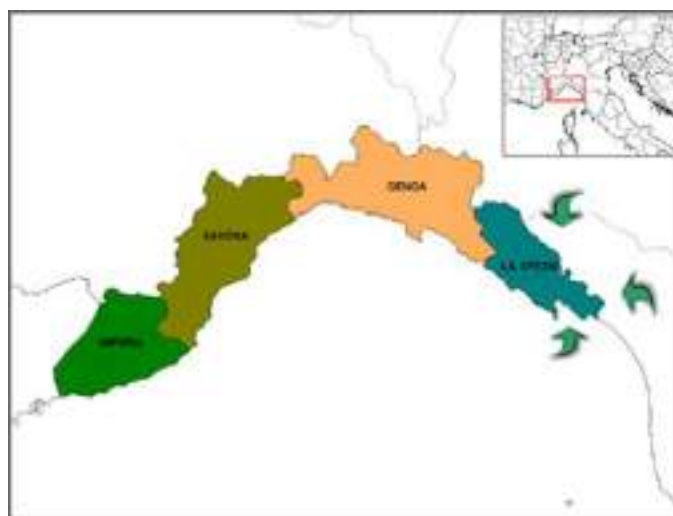
L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (di seguito denominata ASL5 o Azienda) è stata istituita nel 1993, a seguito della fusione tra la ex USL n. 19 della Spezia e la ex USL n. 20 di Sarzana, ai sensi del Decreto Legislativo n. 502/92 e della Legge Regionale (L.R.) n. 20/93. Il Decreto ha previsto la trasformazione delle precedenti USL in Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica, con conseguente riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) Ligure ed accorpamento delle precedenti 20 USL, nelle attuali 5 Aziende Sanitarie Locali. Con la 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 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 ed interesse della collettività.

Come citato in "Premessa" è in atto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che porterà a partire dal 2026 alla istituzione di un'unica Azienda Sanitaria Ligure (ATS).

ENTE		AZIENDA SOCIO SANITARIA 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 2025, la popolazione assistibile vive su una superficie di circa 665,22 Km quadrati. Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.711 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 per assistere la popolazione dei 29 Comuni della Provincia della Spezia, afferenti per competenza ad ASL5, si articola in 3 Distretti territoriali per una popolazione complessiva pari a 212.197

(Fonte: Istat - Popolazione residente al 1° gennaio 2025 (<http://www.demo.istat.it/>):



- **Distretto 17**, con una popolazione complessiva di 37.135, che comprende 19 Comuni, di cui: 7 Comuni della Riviera (Bonassola, Deiva Marina, Framura, Levanto, Monterosso, Riomaggiore,

Vernazza), 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara (Beverino, Bolano, Borghetto Vara, Brugnato, Carrodano, Follo, Pignone, Riccò del Golfo, Rocchetta Vara,) e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara (Calice al Cornoviglio, Sesta Godano e Zignago).

- **Distretto 18**, con una popolazione complessiva di 105.167, che comprende 3 Comuni nel Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- **Distretto 19**, con una popolazione complessiva di 69.895, che comprende 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

I 3 Distretti provvedono a:

- valutare 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 singolo Distretto si realizzano il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali e Professionisti sanitari Convenzionati e dalle Farmacie convenzionate con le prestazioni e i Servizi erogati dalle Strutture a gestione diretta del Distretto, nonché dai Centri Erogatori accreditati, dagli Ambulatori e Strutture Territoriali accreditate.

L'Assistenza territoriale, svolta nei 3 Distretti, è fortemente integrata con l'Assistenza Ospedaliera e l'Attività Tecnico Amministrativo aziendale. L'Assistenza Territoriale comprende anche i Servizi e le attività di Prevenzione della salute alla persona e alla Comunità, di diagnosi e cura in ambito ambulatoriale e domiciliare.

Le Case della Comunità, introdotte dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale", mirano a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale, sono state finanziate attraverso la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nell'ambito del programma sulla sanità previsto nel PNRR, la Casa della Comunità rappresenta quindi il nuovo punto di riferimento per i bisogni sanitari e sociosanitari del cittadino, essa implementa la rete che garantisce l'assistenza primaria e prende in carico in modo continuativo e coordinato i malati cronici. Si concentra sulla dimensione "salute", con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la qualità e l'equità del sistema sanitario italiano. Punta a colmare le disuguaglianze territoriali, potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e promuovere l'innovazione digitale, rendendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più resiliente e sostenibile.

In ambito regionale, stanno nascendo in Liguria 32 case della comunità, nelle quali si stanno insediando anche i medici di medicina generale, per la visita dei pazienti senza prenotazione, con accesso diretto per patologie a bassa complessità.

Tale inserimento si completerà entro il 2026 in tutte le case della comunità, aperte sia nel corso del 2025 che del 2026 e ciò tra l'altro, potrà contribuire anche a ridurre la pressione nei pronto soccorso, evitando accessi impropri nei luoghi destinati alle emergenze.

Come previsto dal D. M. n.77/2022, all'interno delle Case della Comunità si trovano : il punto unico di accesso per l'accoglienza e le informazioni, la previsione dell'effettuazione di visite con accesso diretto da parte di medici di medicina generale in applicazione dell'accordo regionale integrativo in fase di approvazione, servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari, servizi di assistenza domiciliare, servizi di specialistica ambulatoriale, servizi infermieristici, accesso ai servizi sociali, attività di screening e vaccinazione, punto prelievi.

Nel corso dell'anno 2025 in ASL 5 sono state già aperte le Case della Comunità della Spezia – Distretto n. 18, site in via XXIV Maggio ed in Via Sardegna. I servizi di Anagrafe Sanitaria, Cup , Cure Estero sono stati ritrasferiti nella sede originale di Via XXIV Maggio in data 20/11/2025 e hanno ripreso l'attività a partire dal 21/11/2025 con ampliamento del numero degli sportelli di front office da 7 a 11 così da poter implementare le attività di Cup ed Anagrafe Sanitaria.

In data 21/11/2025 la piastra ambulatoriale operante nella sede dell'Ospedale Militare Ex Falcomatà è stata trasferita nelle sedi della Casa della Comunità di Via XXIV Maggio e Bragarina in via Sardegna, in particolare sono state trasferite le seguenti specialità: Ortopedia, Urologia, Cardiologia, Neurologia, Dermatologia, Fisiatria, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze – Geriatria, Medicina dello Sport, presso la sede di Via XXIV Maggio ed Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Fisiatria, Reumatologia, Pneumologia presso la sede di Bragarina in Via Sardegna n. 45. I medici specialisti si alternano fra le due sedi sopra indicate in base alla turnazione.

L'inaugurazione delle altre Case della Comunità previste in ASL5, nel territorio della provincia della Spezia, si realizzeranno entro fine di marzo 2026, così come la presenza dei medici di medicina generale entro tali strutture che saranno le seguenti: Distretto n. 17 - Ceparana Bolano, Distretto n. 18 -La Spezia -Via Sardegna, La Spezia -Via XXIV Maggio, Distretto n. 19 - Sarzana, Luni.

La direzione, il coordinamento e l'integrazione dei livelli assistenziali e di supporto sono assicurati dal modello organizzativo Dipartimentale.

A tal fine, ASL5 ha attivato complessivamente 9 Dipartimenti, di cui sei afferenti alla Direzione Sanitaria (Dipartimento di Prevenzione, DEA - Emergenza ed Accettazione d' Urgenza, Medico, Chirurgico, Oncologico, Servizi Sanitari), due afferenti alla Direzione Sociosanitaria (Dipartimento Salute mentale e Dipartimento Cure Territoriali) e uno afferente alla Direzione Amministrativa (Dipartimento Tecnico-Amministrativo). I Dipartimenti sono articolati in Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche e gestionali, finalizzate al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

L'Assistenza ospedaliera è svolta nel Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

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

Inoltre, nel territorio del Comune di Levante, è presente la Struttura Sociosanitaria (ex Ospedale S. Nicolò) con posti tecnici della S.C. Nefrologia per il Servizio Dialisi e un Punto di Primo Intervento (PPI), dove sono presenti anche i Servizi e le Attività del Distretto 17.

L'Azienda nell'Area ospedaliera opera in rete con il Presidio Unico del Levante Ligure a gestione diretta e Strutture sanitarie private accreditate a contratto, in particolare:

- Casa di Cura Alma Mater in La Spezia, convenzionata nelle discipline di ortopedia, chirurgia, dermatologia e oculistica,

- IRCCS Don Gnocchi in La Spezia, convenzionato per la riabilitazione.

Il Presidio Unico del Levante Ligure presenta un Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello presso l'Ospedale S. Andrea, un Pronto Soccorso presso l'Ospedale San Bartolomeo e un Punto di Primo Intervento presso l'Ospedale S. Nicolò.

I posti letto al 1 Gennaio 2025 sono:

Posti letto al 01/10/2025 Presidio Ospedaliero del Levante Ligure (comprensivo dei Posti Letto (PL) a pagamento)

	POSTI LETTO	
ANNO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTI DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	399	51
2024	396	51
2023	391	49

Fonte: Flusso Posti Letto

Posti Letto al 01/10/2025 Privati Accreditati (esclusi PL a pagamento)

	POSTI LETTO	
ANNO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTI DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	100	30
2024	93	30
2023	88	30

Fonte: Flusso Posti Letto

Il dettaglio dei dati relativi ai posti letto anche delle strutture convenzionate sono contenuti nel Piano della Performance 2026-2028.

Le attività e i servizi territoriali di ASL5, dislocati su tutto il territorio sono principalmente erogati dai Dipartimenti (Cure Territoriali, Salute Mentale e Dipendenze, Oncologia e Emergenza 118). 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	4	10						3	
Struttura residenziale					4	2	25	8	

Struttura semiresidenz iale					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	599	109	9
Struttura semi-residenziale	15	67	4

*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)

ORGANI DELL'AZIENDA

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;
- gli atti di programmazione e di 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 Amministrativo, Direttore Sociosanitario, dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari e del Dipartimento Tecnico-Amministrativo, dal Direttore medico del Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Distretto e dal Dirigente Struttura 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 della Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'Economia e delle Finanze 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, accertare la 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 aziendale, 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 ATTIVITA'

L'Azienda, insieme alle altre 4 Aziende Sociosanitarie Liguri, alle Aziende Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali e Professionisti sanitari convenzionati, alle Farmacie private, agli Erogatori privati accreditati, in collaborazione con i Comuni e tutti i soggetti del terzo settore, 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, 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 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.1 VALORE PUBBLICO

In questa sottosezione vengono definiti i **risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici**, programmati in coerenza con gli altri strumenti di pianificazione quali il Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 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 Servizio 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 degli obiettivi strategici mentre le scelte gestionali sono compiute dalla competente professionale;
- garantisce la relazione con i vari stakeholder 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 gli obiettivi assegnati intende:

- 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).

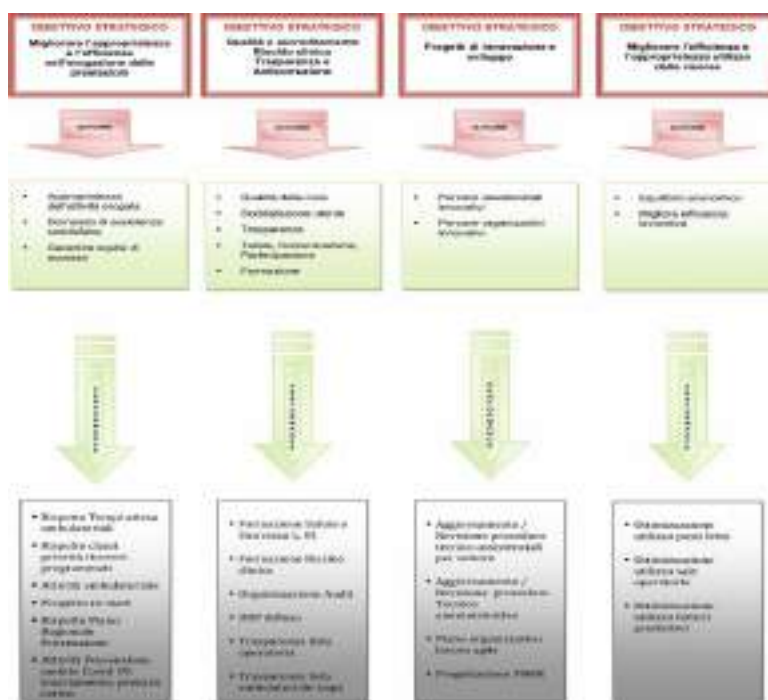
In merito alla creazione del Valore Pubblico costituiscono punti di riferimento gli atti sotto illustrati:

- D.G.R. n. 570 del 22 giugno 2023 con la quale è stato approvato il documento denominato “ Ambiti e Linee strategiche della Regione Liguria 2023-2025”, che detta gli indirizzi della pianificazione e della programmazione di legislatura da declinarsi anche nella programmazione del sistema regionale allargato, i cui documenti programmatori, tra cui il PIAO, dovranno essere coerenti nella loro elaborazione e nella formulazione di obiettivi, misure ed attività;
- Programma di governo per la XII legislatura (2024-2029), presentato dal Presidente della Regione alla Giunta il 3 dicembre 2024, che detta gli indirizzi per la pianificazione e per la programmazione di mandato. Il Programma illustra gli indirizzi, gli ambiti di intervento e gli obiettivi di legislatura che sono il riferimento per il PIAO e per gli altri strumenti di programmazione regionale, individuando cinque macro-aree strategiche tra cui “La Liguria del benessere” definendo specifici ambiti di azione e linee strategiche di intervento contestualizzate rispetto alle peculiarità ed alle caratteristiche del territorio ligure;
- P.I.A.O. 2025/2027 della Regione Liguria approvato con D.G.R. n. 63 del 30/01/2025, D.G.R. n. 146 del 27/03/2025 e D.G.R. n. 214 del 17/04/2025 il quale riconduce le linee strategiche di intervento del Programma di governo ai 21 Obiettivi di Valore Pubblico, aggregati in quattro dimensioni di valore pubblico (Ambiente e Territorio, Economia e Sviluppo, Benessere sociale e Salute, Istituzione e Governance), verso i quali convergere tutte le azioni ed obiettivi previsti dalle diverse sezioni di tale documento.

La creazione di **Valore Pubblico** è quindi il primo obiettivo di ogni amministrazione e quindi anche di ASL5.

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:



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:



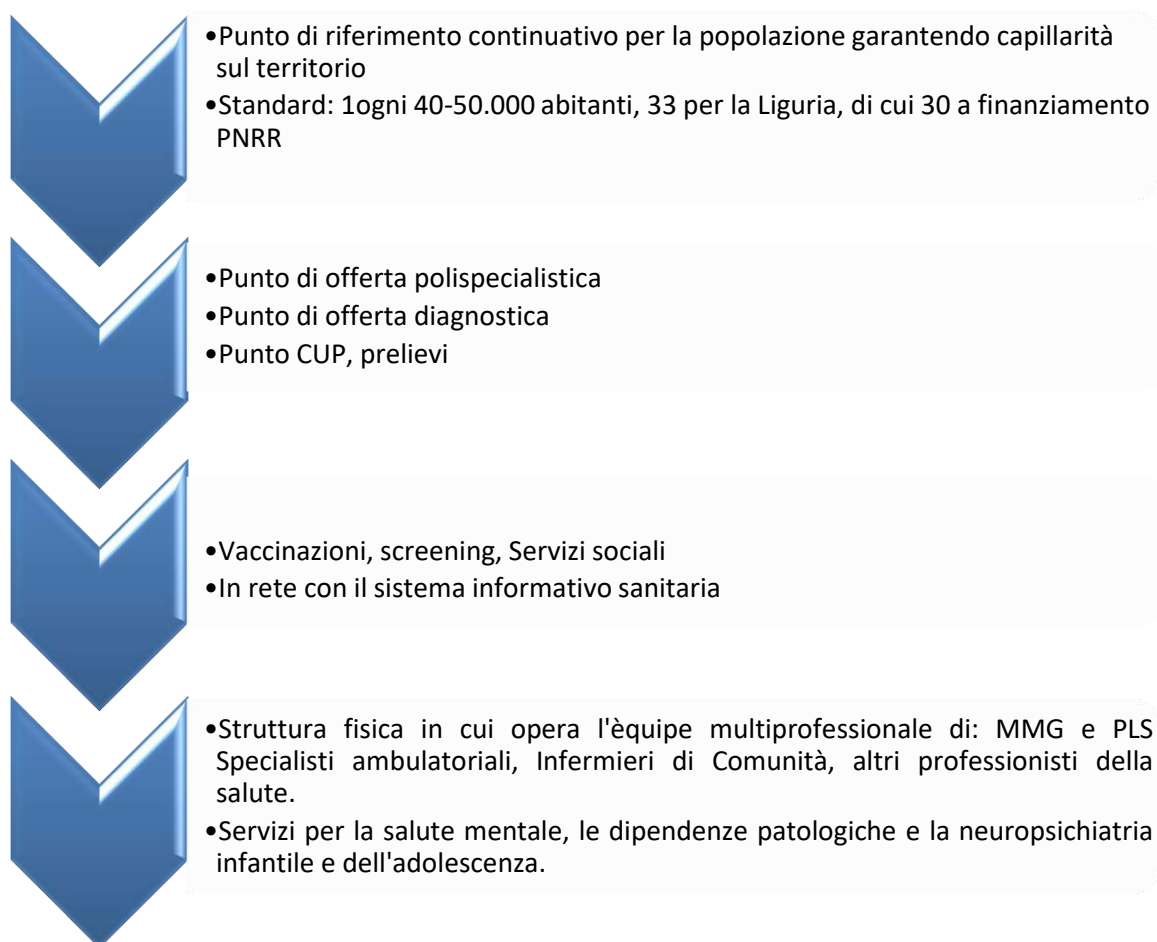
Gli investimenti riguardano quindi le strutture organizzative di seguito indicate:

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.

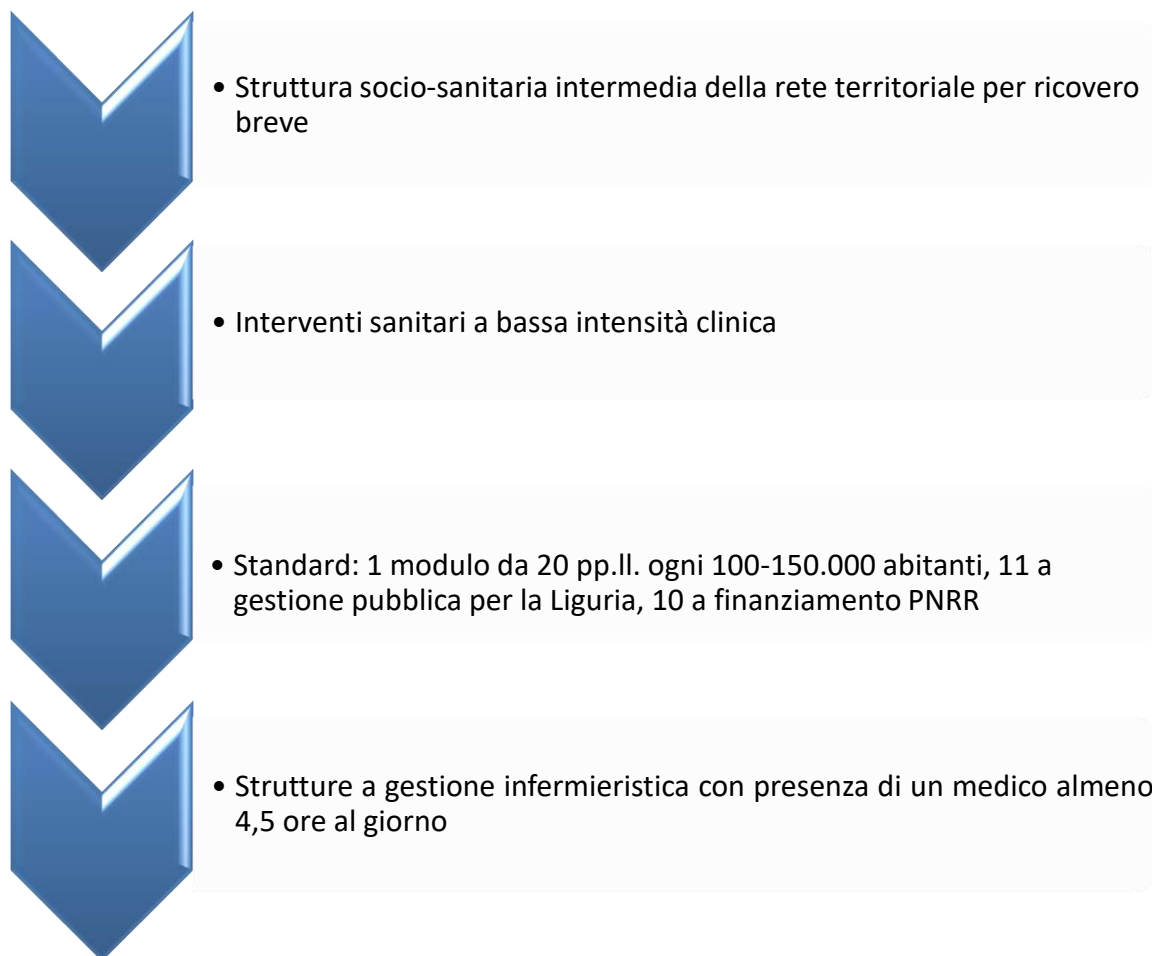
Le CdC dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 sono le seguenti: nei Comuni di Sarzana, Luni (Distretto Sociosanitario n. 19), La Spezia (Distretto Sociosanitario n. 18), Bolano località Ceparana (Distretto Sociosanitario n. 17).



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-acuti, la domiciliarizzazione del paziente in continuità funzionale con gli OdC.

Al momento in Azienda è operativo n. 1 Ospedale di Comunità nel Comune di Sarzana (inizialmente la sua attivazione era nella sede di Levanto, ma è stato necessario un momentaneo trasferimento, in quanto al S. Nicolò si stanno svolgendo lavori di ristrutturazione).



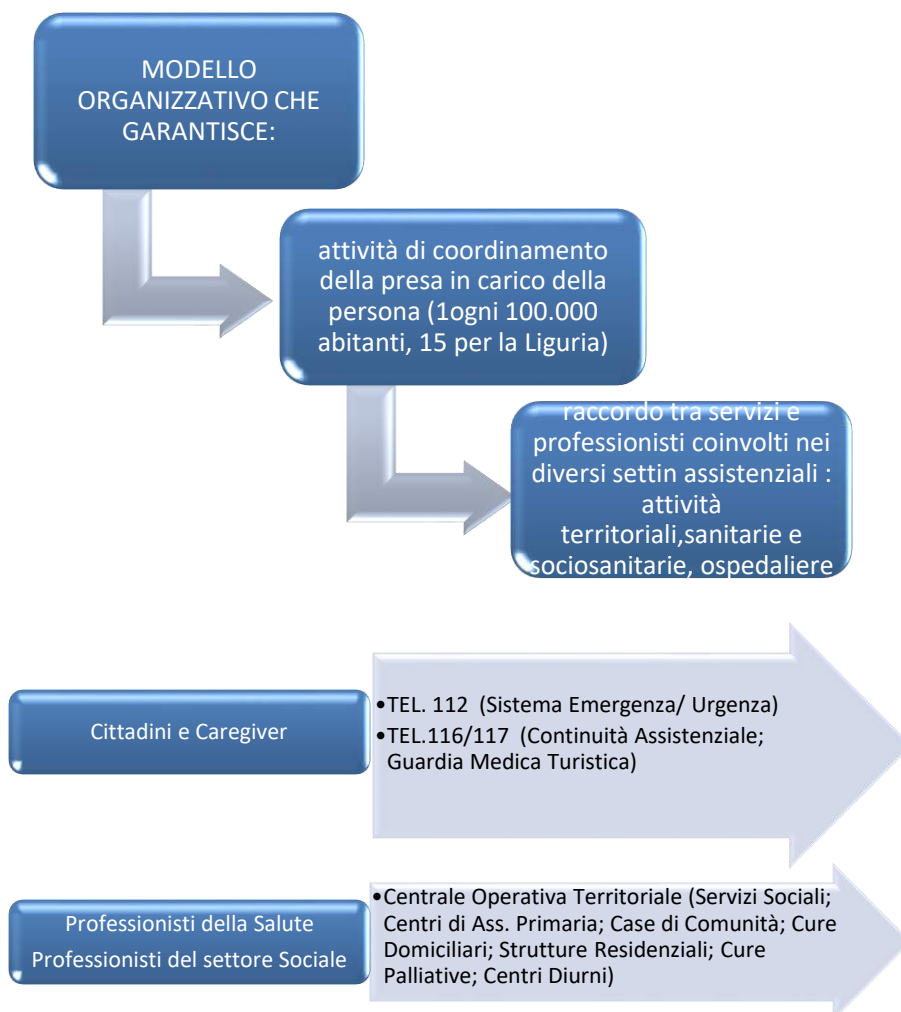
Le **Centrali operative territoriali (COT)** svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza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

La COT si articola secondo un modello HUB-SPOKE:

n.1 COT HUB/SPOKE sito in via XXIV Maggio (La Spezia – Distretto Sociosanitario 18);

n.2 COT SPOKE Distrettuali (Sarzanà – Distretto Sociosanitario 19, Follo Località Ceparana – Distretto Sociosanitario 17).

La Regione Liguria fornirà indirizzi sulla nuova configurazione organizzativa definitiva dei presidi HUB e SPOKE anche con l'adozione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) sulla Medicina Generale.



ASL 5 – Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT



ASL5: Case ed Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali



Sono altresì previsti altri interventi:

Attualmente nella sede di Sarzana per lavori di ristrutturazione.

Interventi per antisismica

Risorse assegnate alla Regione Liguria
50.167.663,02
euro

per **17**
interventi
di adeguamento sismico delle strutture ospedaliere

Interventi ASL5 1 intervento



STRUTTURA

EX PRESIDIO OSPEDALIERO S. NICOLÒ
Tutta la Struttura
LEVANTO (SP)



ASL 5 - Rinnovo apparecchiature



L'Azienda, per il recupero delle prestazioni, ha attivato un servizio aziendale (con numero verde telefono 800185466, dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 12.30), per i cittadini che hanno una data di prenotazione della prestazione che non soddisfa la priorità presente sull'impegnativa.

Questo Servizio prende in carico le impegnative con priorità B e D.

In alternativa si può mandare una mail al seguente indirizzo: recupero.prestazioni@asl5.liguria.it

RECUPERO PRESTAZIONI			
DATA	TELEFONATE RICEVUTE	MAIL RICEVUTE	CASI RISOLTI nel rispetto delle priorità
Dal 01/01/2025 Al 01/12/2025	19.054	2.559	13.228

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.

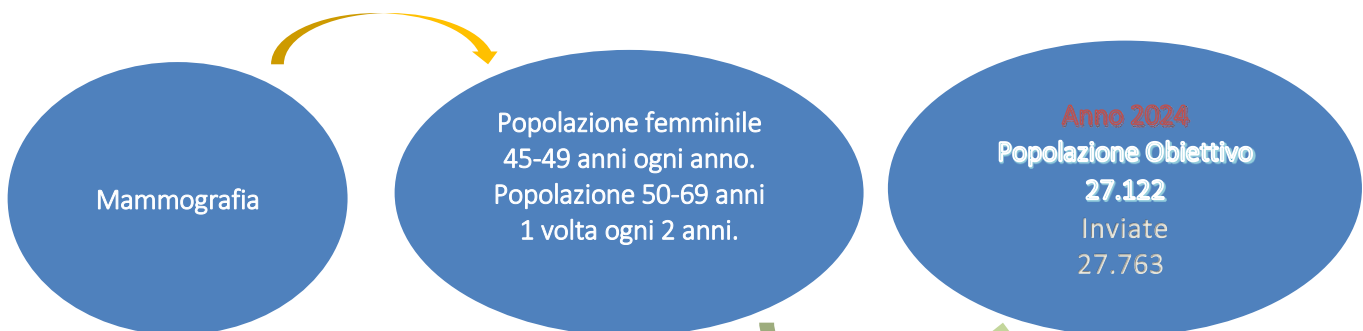
Con modalità multidisciplinari e multiprofessionali, il Progetto realizza la Rete di Comunità "Qui, insieme", per rispondere ai bisogni di persone e nuclei familiari fragili di Val di Vara (Distretto 17) e Sarzana (Distretto Sociosanitario n. 19), attraverso interventi sociosanitari e di inclusione sociale. 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.

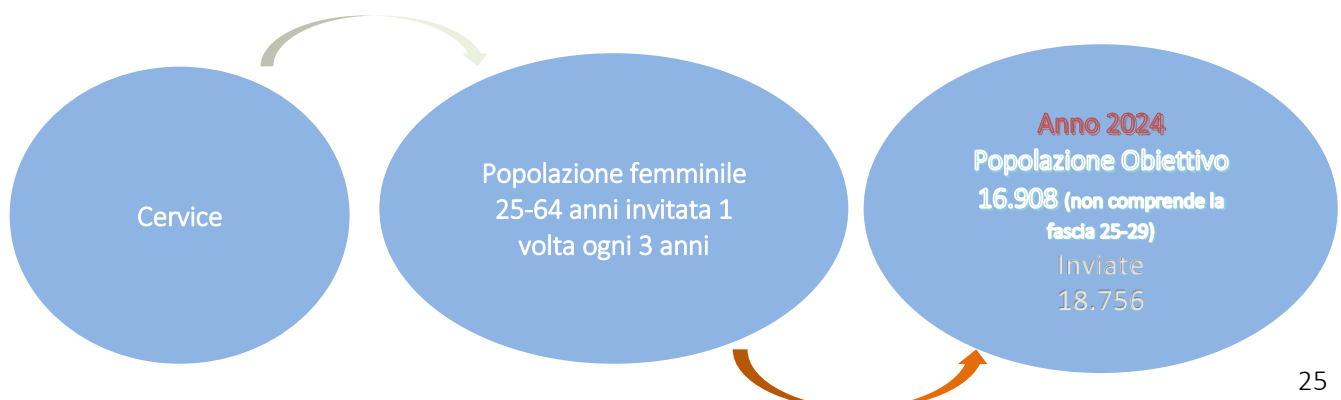


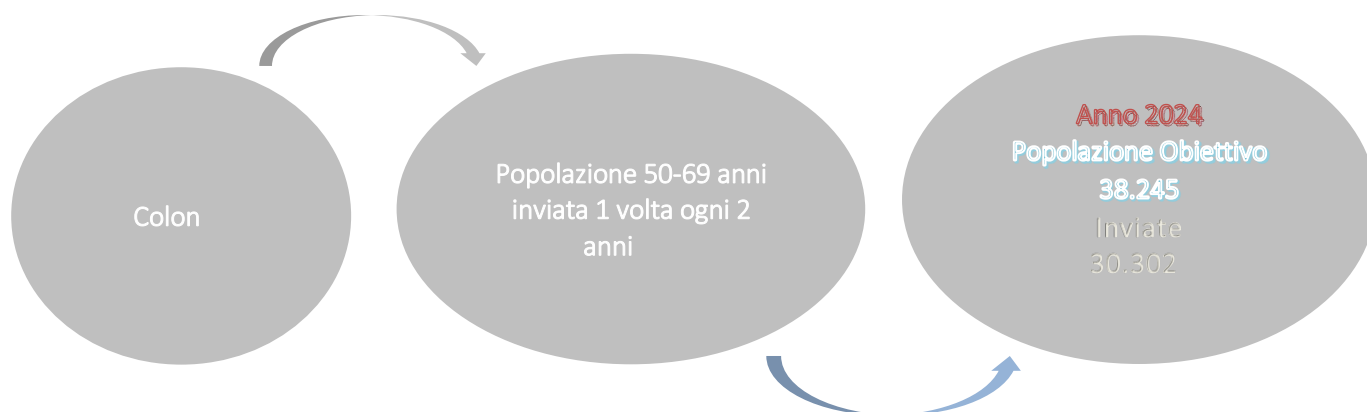
Screening

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



Lo screening mammografico si inserisce anche nel percorso della Breast Unit dell'area del Levante Ligure in collaborazione con ASL4.





I dati degli screening relativi al 2025 devono essere ancora validati.

2.2 PERFORMANCE

Il Piano delle Performance, sancito con il Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150 e modificato con il Decreto Legislativo del 25 maggio 2017 n. 4, prevede l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e l'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6 del Decreto Legislativo del 9 giugno 2021 n. 80 dispone che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi ed i criteri direttivi definiti dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa. Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150, ad oggetto: "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 aziendale è concettualmente distinta in performance organizzativa e performance

individuale.

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 da 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. La performance organizzativa esprime, quindi, il risultato che un'intera organizzazione consegue ai fini del raggiungimento degli obiettivi di sistema e nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

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.

Nell'anno 2023, la Direzione Strategica Aziendale ha avviato un progetto per la revisione del modello di misurazione e valutazione della performance aziendale (SMVP), con particolare riferimento alla performance individuale, alla luce del D.M. del Ministero della Pubblica Amministrazione del 28/11/2023, ad oggetto "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale" e del framework delle competenze trasversali del personale di qualifica non dirigenziali.

L'Azienda vuole implementare un sistema partecipativo bottom-up, chiedendo a tutto il personale di contribuire attivamente al processo di definizione degli obiettivi individuali da proporre ai singoli dipendenti.

Nel 2024 è stato realizzato un percorso formativo "Progettazione del sistema delle performance aziendale e leadership" che ha coinvolto tutto il personale aziendale nella progettazione del nuovo SMVP.

Tale progetto ha previsto le seguenti azioni:

- 1) costituzione di gruppo di lavoro multidisciplinare per coordinare l'intero progetto;
- 2) realizzazione di un percorso di promozione del progetto e formazione (FAD e in presenza) di n. 130 tutor e di tutti i dipendenti; il gruppo di tutor ha seguito i discenti nella parte pratica del percorso formativo.

Nel 2025, sulla base degli esiti delle precedenti fasi del progetto, è stato avviato un percorso di coinvolgimento di tutto il personale aziendale per la revisione del Sistema di Valutazione della Performance individuale, per mezzo di una FAD, chiedendo a tutti i dipendenti di essere parte attiva nella costruzione dei propri obiettivi individuali e dei relativi metodi di valutazione.

La programmazione per l'anno 2026 prevederebbe la implementazione del nuovo sistema di valutazione della performance individuale.

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. In sintesi la performance individuale esprime il contributo fornito da un individuo in termini di risultati conseguiti e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

All'interno della performance individuale è altresì stabilito quanto pesano gli obiettivi individuali (per il personale ai quali ad oggi 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 che 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 e del fondo di produttività, 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.

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 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:
 - a) obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione;
 - b) 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 relativo ai “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 complessa 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 S.C./S.S.D., 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.

Si rimanda al Piano della Performance quale documento correlato al presente P.I.A.O. per gli approfondimenti relativi al ciclo di gestione della performance.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) (Triennio 2026-2028 con l'aggiornamento del 2026), ai sensi della Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e successive modificazioni e integrazioni, collegato funzionalmente al presente piano, 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 (PNA) e dagli obiettivi strategici definiti dalla Regione Liguria per il triennio 2026/2028.

Il presente P.I.A.O. contiene le azioni principali in tema di anticorruzione e trasparenza espresse in modo più compiuto nel suddetto PTPCT.

Il Gruppo Interaziendale ligure degli RPCT ha individuato gli obiettivi strategici di prevenzione di corruzione per il 2026 comuni a Regione Liguria, Enti Partecipati ed Enti del Sistema Sanitario Regionale tracciandone la strategia complessiva.

Le relative aree di intervento sono le seguenti:

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 proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di

PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo;

- applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo intraziendale degli RPCT – Sanità);
- garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza 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.

Nel 2025 il sottogruppo dedicato al PNRR del Gruppo Interaziendale RPCT, di cui è stata referente ASL5, ha svolto attività che sono funzionali al suddetto obiettivo dell'anno 2026 che sono di seguito sinteticamente rappresentate.

Sono stati elaborati da ASL5 modelli di schede che sono state utilizzate per gli audit eseguiti presso le strutture coinvolte. E' stata inoltre effettuata una scheda per ogni intervento finanziato dal PNRR selezionato per il monitoraggio.

ASL 5 aveva già predisposto una scheda di analisi per la mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione, con indicatori di rischio e relative misure di prevenzione al fine di elaborare il nuovo registro dei rischi che sarà operativo dal 2026.

La motivazione di questo lavoro consiste nel superamento delle indicazioni contenute nel PNA 2013 relativamente alla valutazione del rischio con indici numerici basati sulla valutazione della probabilità di accadimento di un rischio e sul relativo impatto sulla quale è stato elaborato l'attuale registro dei rischi aziendale.

ANAC ha evidenziato che il sistema PNA 2013 non dava risultati positivi in esito al monitoraggio dei PTPCT. Serviva quindi un approccio prevalentemente qualitativo, che poteva essere supportato anche da dati quantitativi, con indicatori individuati a livello autonomo dalle singole amministrazioni pubbliche (indicatori di rischio). La valutazione va quindi fatta utilizzando indicatori che sono suggeriti dalla storia e dalla narrazione di ogni azienda. I riferimenti per la predisposizione di stima del livello del rischio sono contenuti nel PNA 2019 (livello di interesse esterno: presenza anche di interessi economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio; grado di discrezionalità del decisore interno della PA: presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale vincolato; opacità del processo decisionale: adozione di strumenti di trasparenza e sostanziale e non solo formale; grado di attuazione delle misure anticorruzione: attuazione delle misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi; dati sui precedenti giudiziari: sentenze passate in giudicato: reati contro la PA, falso e truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.); i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile (Corte dei Conti); i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici esiti dei procedimenti disciplinari; le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction (possibili malfunzionamenti o mala gestione); fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali giudizio del rischio (descrizione narrativa della probabilità del rischio e del relativo impatto).

Dopo aver valutato i rischi secondo i suddetti indicatori, devono essere individuate misure di prevenzione della corruzione in funzione della criticità individuate in sede di analisi e valutazione dei rischi (rischi potenziali). I requisiti delle misure sono: presenza e adeguatezza di misure e/o controlli specifici preesistenti: sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione; capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio; sostenibilità economica e organizzativa delle misure: capacità di attuazione dell'Azienda; adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione (contestualizzazione).

La scheda con le sopra citate caratteristiche che ha preso a riferimento la struttura del PNA 2019 è

In particolare, si è focalizzata l'attenzione sul fenomeno della "interferenza relazionale" che si determina nella rete di relazioni del decisore pubblico (esempio: commissario di gara, RUP, DEC, commissario di una selezione di personale). La sfera delle relazioni private e anche pubbliche può influire negativamente sulle decisioni del dipendente pubblico che non agisce esclusivamente per soddisfare l'interesse collettivo della azienda pubblica alla quale appartiene (opportunità, legittimità, efficacia ed efficienza) ma per appagare un interesse proprio o di terzi che collima in tutto o in parte con il suddetto interesse collettivo, provocando una conseguente perdita di valore pubblico. Tale scenario si inquadra nell'area del conflitto di interessi.

Nella scheda di analisi sono state previste misure che agiscono sia in maniera preventiva (la suddetta mappatura delle relazioni sensibili) sia in itinere con un sistema di gestione dei comportamenti e di controlli (i suddetti controlli rinforzati).

In specifico per i seguenti processi si sono stabiliti indicatori di rischio e misure per ciascuna delle seguenti fasi:

1. gara;
2. concorso pubblico;
3. opera pubblica (es. costruzione, acquisto attrezzatura, software).

[illegible]

Per l'anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato indicazione di utilizzare la suddetta scheda per poter procedere ad una nuova mappatura e analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.

OBIETTIVO 2 – PROCEDURE APPALTI PUBBLICI

L'analisi dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione relative alla gestione degli appalti pubblici mantengono un ruolo centrale nella prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- rivedere e aggiornare le mappature relative ai contratti pubblici sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2025 – Parte speciale in relazione alla digitalizzazione dei processi che attengono all'intero ciclo di vita dei contratti pubblici;
- garantire un costante monitoraggio dei rischi e dell'applicazione delle misure di trattamento in tale ambito.

OBIETTIVO 3 – PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITA', CODICE DI COMPORTAMENTO E FORMAZIONE

La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- garantire l'aggiornamento dei codici di comportamento alla luce del D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81, con particolare riferimento alle disposizioni sull'utilizzo dei social, alla social media policy, e alle responsabilità dirigenziali in materia di performance;
- progettare eventi formativi sull'etica pubblica e sulla cultura dell'integrità rivolti al personale dell'Ente;
- prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto del whistleblowing e sulla normativa anticiclaggio.

In relazione all'anticiclaggio già nel 2025 (PTPCT 2025-2027) si erano definite le seguenti misure:

AREA	TIPO RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO INDICATORI
Antiriciclaggio Appalti	Rischio anticiclaggio	1) Sensibilizzazione alla normativa 2) Diffusione indicatori di anomalia UIF Appalti 3) Eventuale consulenza/formazione specifica 4) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 5) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di anticiclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 221.000 (oltre IVA)	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all'eventuale corso formativo. Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.

Antiriciclaggio PNRR	Rischio antiriciclaggio	1) Censimento progetti PNRR in cui l'azienda è Stazione Appaltante 2) Sensibilizzazione alla normativa 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Eventuale consulenza/formazione specifica 5) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000 (oltre IVA)	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all'eventuale corso formativo. Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.
-------------------------	----------------------------	---	---

Nel 2025 è stata applicata la seguente cek list agli operatori economici:

CHEK LIST IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO									
AZIENDA SOCIO SANITARIA LIGURE 5									
PARTITA IVA: 00962520110									
Sede legale: Via Fazio n. 30 La Spezia									
Il sospetto deve essere basato su una valutazione di elementi plurimi oggettivi e soggettivi acquisiti sulla base dell'istruttoria normalmente avviata.									
La presente checklist fornisce un ausilio indicativo e non esaustivo all'identificazione delle attività a forte rischio di riciclaggio tale da fornire un aiuto alla relativa valutazione									
Verifica adempimenti in fase di aggiudicazione di appalti e/o affidamenti diretti									
Operatore economico:									
Cod. CUP: - cod. CIG:									
Responsabile del Procedimento - RUP									
DOCUMENTAZIONE DA CONTROLLARE in più fasi									
	INDICATORE DI ATTENZIONE	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note			
A) Visura camerale	A.1 Età anagrafica del rappresentate legale: > di 80 anni o < di 20 anni	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.2 Si ha difficoltà ad individuare la figura del titolare effettivo?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.3 C'è stata una variazione dell'oggetto sociale negli ultimi 6 mesi?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B) Certificato antimafia	B.2 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				

C) White lists	C.1 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
D)Notizie di stampa recenti (6 mesi)	D.1 Sono state reperite notizie giornalistiche o via internet che possono condurre ad un rischio di riciclaggio?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
A)- ANOMALIE DEL SOGGETTO PARTECIPANTE O AFFIDATARIO						
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note
A) Documentazione relativa all'operazione:	A.2 Documenti o informazioni inerenti l'operazione difforni e/o contraddittori	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Contiguità o operatività o rapporti finanziari rilevanti con soci amministratori:	B.1 Persone sottoposte a procedimenti penali e/o misure di prevenzione patrimoniale	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	B.2 Persone che rivestono importanti cariche pubbliche	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B)- ANOMALIE DELL'APPALTO PUBBLICO O DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO						
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note
A) Presentazione di un'unica offerta nell'ambito di procedure di gara con:	A.1 Aggiudicazione al prezzo più basso	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.2 Offerta anormalmente più bassa	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Offerta con ribasso elevato in gare al prezzo più basso con:	B.1 Contratto caratterizzato da complessità elevata	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
C)- ANOMALIE NELLA FASE DI ESECUZIONE						
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note
A) Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione consistenti in:	A.1 Variazioni prestazioni originarie	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.2 Allungamento termini di ultimazione lavori, servizi, forniture	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
	A.3 Significativo incremento dell'importo del contratto	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
B) Esecuzione contratto con ripetute e/o non giustificate operazioni di:	B.1 Cessione, trasformazione, fusione, scissione ovvero affitto d'azienda o di un suo ramo.	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE	
* Il Valore ALTO determina singolarmente motivo di segnalazione.						

OBIETTIVO 4 – VALORE PUBBLICO E TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione della corruzione e della maladministration. A tal fine la sola trasparenza amministrativa non è sufficiente e deve essere semplificata. Allo stesso tempo occorre incrementare la trasparenza sui risultati, sul valore pubblico e sugli impatti prodotti dell'azione pubblica. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- sviluppare la trasparenza sui risultati raggiunti e sul valore pubblico a cominciare dal PIAO illustrando obiettivi e risultati raggiunti in modo semplice, utilizzando grafici, rendendo agevole la comprensione dei dati anche ad un pubblico di “non addetti ai lavori” e digitalizzando gli strumenti;
- adeguare le sezioni Amministrazione Trasparente agli schemi di pubblicazione definiti da Anac per i dati riferiti agli obblighi negli ambiti “spese e pagamenti dell’amministrazione”, “organizzazione”, “controlli e rilievi sull’amministrazione” (artt. 4 bis, 13 e 31 del d.lgs. n.33/2013);
- sviluppare modalità di pubblicazione dei dati in logica open e interoperabile con la Piattaforma Unica della Trasparenza (PUT) e Trasparenza di ANAC, in coerenza con gli schemi approvati con Delibera n. 495/2024.

OBIETTIVO 5 – INDICATORI DI PREVENZIONE E DI BUONA AMMINISTRAZIONE

La conoscenza e il monitoraggio degli indicatori di warning abilitanti la corruzione e la cattiva amministrazione della cosa pubblica sono di assoluto rilievo per la prevenzione della corruzione e per promuovere la “buona amministrazione”. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- applicare i cruscotti e le dashboard progettate nel 2025 per monitorare gli indicatori di rischio di misurazione della corruzione (compreso il cruscotto elaborato dal Gruppo intraziendale degli RPCT Sanità) e di buona amministrazione, anche prevedendo l’istituzione di appositi gruppi di lavoro tra gli enti;
- progettare ulteriori evoluzioni dei cruscotti informativi di indicatori (KPI) finalizzati al monitoraggio anche di indicatori e ambiti di “buona amministrazione” quali: rispetto tempi procedurali, applicazione misure anticorruzione, applicazione obblighi di pubblicazione, rilevazioni di customer satisfaction per utenti esterni e interni, rispetto tempi pagamento fatture commerciali.

Tra gli obiettivi del 2025 c’era lo sviluppo di un sistema di indicatori (Key Performance Indicators) che il sottogruppo del Gruppo Interaziendale ligure RPCT, con referente l’IRCSS San Martino, ha elaborato e presentato al Convegno di Genova con ANAC del 09/06/2025.

Per l’anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato mandato di implementare un cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

Tali indicatori dovranno essere misurati dalle strutture aziendali competenti in materia con il supporto dell’ufficio RPCT. Gli indicatori sono di seguito elencati:

1. Appalti Pubblici

- Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV): L'uso del criterio OEPV comporta maggiori margini di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso, potenzialmente aprendo la strada a favoritismi.

1	4. Elevata percentuale di procedure aggiudicate con il criterio OEPV rispetto al totale
3. ALTO	5. Criteri di valutazione poco chiari o non correlati con l'oggetto dell'appalto 6. Tolleranza ingiustificata alla compromissione tecnica ed economica, con particolare evidenza della compromissione qualitativa 7. Numero ridotto di partecipanti alla gara 8. Assenza di trasparenza di dati/decisioni rilevanti durante la fase di aggiudicazione
15. M 20. M 25. M	11. Ripetitivi di aggiudicazione OEPV a favore degli stessi operatori 12. Criteri di valutazione definiti ma con troppi interpretativi moderati 13. Risultati negoziati tra compromesso tecnico ed economico 14. Numero ridotto di partecipanti alla gara
25. M 30. M 35. M	17. Documentazione completa e trasparente con motivazioni dettagliate 18. Uso limitato e mirato del criterio OEPV, con prevalenza di criteri oggettivi 19. Elevato numero di partecipanti alla gara

Appalti Pubblici

• Procedure non aperte o ristrette:

Queste includono procedure negoziate, affidamenti diretti e contratti fiduciari. Una quota elevata di tali procedure, rispetto al totale, può indicare una mancanza di concorrenza e trasparenza.

ALTO	- Prevalenza tendenziale rispetto alle altre procedure - Mancanza di chiarezza d'azione nel bando - Prologamento non motivato da esigenze oggettive - Affidamento diretto di fatto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza
MEDIO	- Prevalenza presente ma di durata discutibile rispetto all'appalto originario - Motivazioni non strettamente tecniche o temporanee - Comunicazione agli organi di controllo (RPT) ma rischio di abuso
BASSO	- Prevalenza presente e limitata nel bando - Durata contenuta e proporzionata - Motivazione oggettiva e documentata - Comunicazione tempestiva agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

• Gare con un'unica offerta:

Quando un appalto si conclude con la ricezione di una sola offerta, il rischio è che la mancanza di concorrenza nasconda comportamenti corruttivi o scelte non ottimali.

ALTO	- Assenza di concorrenza senza giustificazioni oggettive - Settore con presenza di pochi operatori - Possibili accordi tra imprese o rapporti privilegiati - Prezzi superiori a quelli di mercato - Metodo di aggiudicazione non ottimale per la PA
MEDIO	- Settore con pochi operatori - Documentazione delle difficoltà di attrarre offerte - Analisi di mercato effettuata o trasparente - Prezzi in linea con il mercato, ma rischio come sopra indicato
BASSO	- Unicità del fornitore comprovata - Urgenza o motivi tecnici insuperabili - Procedura trasparente e motivata - Controlli ex post e comunicazione agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

Processi di gestione e rinnovo dei contratti

Contratti contrattuali che seguono la maniera marcata la durata originaria possono essere indicatori di una volontà di evitare la preparazione di una nuova gara, mantenendo relazioni consolidate con fornitori specifici.

ALTO	• Durata media superiore al contratto originario • Assenza di clausole di rinnovo nel bando • Mancanza di motivazioni oggettive • Assenza affidamento della consegna • Violazione del principio di concorrenza e trasparenza • Inosservanza del principio di separabilità
MEDIO	• Clausole di rinnovo presenti ma senza la firma • Motivazioni documentate ma non direttamente basate • Durata proroga contenuta ma significativa • Rischio di abuso ma non qualità futura fornita
BASSO	• Proroga tecnica limitata nel tempo • Motivazioni oggettive e documentate • Assenza delle condizioni previste dall'Art. 36(2021) • Trasparenza e comunicazione agli organi di controllo

Gestione del Personale

Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi

ALTO	• Incidenza elevata di incarichi fiduciari senza selezione pubblica • Nomine di alto profilo rispetto a procedure comparative • Mancanza di pubblicazione di atti motivati e curricula • Elevato rischio di clientelismo, nepotismo e favoritismi • Possibili violazioni del principio di separabilità e concorrenza
MEDIO	• Incidenza di incarichi fiduciari entro limiti di legge • Procedure di nomina non sempre trasparenti o pubbliche • Motivazioni presenti ma non sempre esaurienti • Rischio contenuto ma presente di favoritismi e scelte non ottimali
BASSO	• Incidenza limitata e giustificata di incarichi fiduciari • Procedure selettive o comparative prevalenti • Pubblicazione puntuale di nomine, motivazioni e curricula • Basso rischio di favoritismi e clientelismo • Conformità ai principi di trasparenza e imparzialità

Gestione del Personale

Percentuali rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio

ALTO	• Rotazioni non effettuate o molto ritardate (oltre i tempi previsti) • Assenza di motivazioni documentate o giustificazioni insufficienti • Mancata applicazione delle misure alternative (es. segregazione funzioni) • Scarso o nullo monitoraggio e reporting nel PITCT/PAO • Elevato rischio di consolidamento di rapporti clientelari e di corruzione
MEDIO	• Rotazioni effettuate in parte, con alcune eccezioni giustificate • Misure alternative adottate in modo non sistematico • Monitoraggio e reporting presenti ma non sempre completi • Rischio contenuto ma presente di comportamenti non conformi
BASSO	• Rotazioni programmate e realizzate nei tempi previsti • Applicazione coerente delle misure alternative quando necessaria • Monitoraggio continuo e report puntuali nel PITCT/PAO • Basso rischio di consolidamento di situazioni e rischio di corruzione

Gestione del Personale

Percentuale incarichi annullati o revocati

ALTO	- Numerosi annullamenti/revoche per violazioni di legge o procedure - Mancata verifica preventiva delle professionalità interne ed esterne - Ricorsi frequenti e contenziosi amministrativi - Elevato rischio di errori gravi e responsabilità amministrativa - Segnalazioni da parte di TAR, Corte dei Conti o ANAC
MEDIO	- Annullamenti/revoche occasionali e giustificati - Procedure di verifica e controllo presenti ma non sempre efficaci - Rischio contenuto ma presente di errori e irregolarità - Attività di formazione e aggiornamento in corso
BASSO	- Rari annullamenti o revoche, generalmente per cause eccezionali - Procedure trasparenti e conformi alla normativa vigente - Verifiche preventive e documentate delle professionalità - Basso rischio di errori o irregolarità

Gestione del Personale

Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite

ALTO	- Alta incidenza di procedimenti disciplinari conclusi con sanzioni gravi (scondimenti, sospensioni) - Numerosi eventi critici rilevati e gestiti - Presenza di fenomeni di illegalità o malcostume diffusi - Necessità di interventi strutturali e rafforzamento della prevenzione
MEDIO	- Procedimenti disciplinari attivati ma con circa un terzo conclusi senza sanzioni - Sanzioni applicate in modo proporzionato e selettivo - Eventi critici gestiti con efficacia e trasparenza - Rischio contenuto ma presente, con margini di miglioramento nella prevenzione
BASSO	- Limitato numero di procedimenti disciplinari e sanzioni gravi - Prevalenza di comportamenti conformi alle regole - Sistema di prevenzione e controllo efficace - Basso rischio di fenomeni corruttori e malcostume

Conflitto di Interessi

Numero di conflitti di interesse dichiarati:

Quanti casi sono stati formalmente segnalati e gestiti.

ALTO	- Scarsa o nulla presenza di segnalazioni nonostante il contesto complesso - Mancata adozione di misure preventive e di controllo - Potenziali conflitti non rilevati o non censurati - Rischio elevato di favoritismi e violazioni di imparzialità
MEDIO	- Segnalazioni presenti ma non sistematiche - Procedure di gestione parlamentare documentate - Alcuni casi di conflitto gestiti correttamente - Rischio contenuto ma presente, soprattutto in assenza di monitoraggio collaterali
BASSO	- Segnalazioni coerenti con il volume e la complessità dell'ambito - Procedure chiare e applicate per la gestione dei conflitti - Comunicazioni tempestive e attenzione effettiva - Basso rischio di condizionamenti illeciti

Conflitto di Interessi

Tasso di risoluzione dei conflitti

Percentuale di conflitti di interesse risolti in un arco di tempo definito.

ALTO	- Ritardi o omissioni del personale coinvolto - Procedure di gestione non applicate o incomplete - Evidenti rischi di favoritismi o violazioni di imparzialità - Carenze nella vigilanza e controllo
MEGLIO	- Procedure di gestione presenti ma non sempre tempestive - Alcune situazioni di conflitto risolte puntualmente - Rischio residuo di condizionamenti o favoritismi - Necessità di migliorare la tempestività e completezza delle misure
BASSO	- Applicazione rigorosa delle normative vigenti (es. Art. 18 del D.Lgs. 30/2023) - Astensione immediata del personale in conflitto - Procedure chiare e trasparenti di gestione - Basso rischio di influenze indebithe o alterazioni della concorrenza

Conflitto di Interessi

Qualità della documentazione e delle procedure di gestione:

Valutazione qualitativa delle politiche interne e della loro efficacia.

ALTO	- Mancanza di procedure chiare e formalizzate - Assenza o scarsa qualità delle dichiarazioni di assenza di conflitto - Procedure di verifica e controllo non definite o non applicate - Archiviazione e monitoraggio delle dichiarazioni canonici o assenti - Scarso coinvolgimento e formazione del personale
MEGLIO	- Politiche interne formalizzate ma non sempre aggiornate - Dichiarazioni di assenza di conflitto raccolte ma con verifica limitata - Procedure di controllo esistenti ma non sempre efficaci - Monitoraggio e archiviazione parziale - Formazione del personale presente ma non sistematica
BASSO	- Politiche dettagliate e aggiornate in materia di conflitto di interesse - Dichiarazioni obbligatorie e verificate sistematicamente - Procedure di controllo e monitoraggio ben strutturate (es. registri, sistemi informatici) - Documentazione completa e facilmente accessibile - Formazione continua e sensibilizzazione del personale

Formazione e cultura dell'integrità

Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione

(PIAO, whistleblowing, pantouflage, codice di comportamento).

ALTO	- Personale non formato o informato sulle misure anticorruzione - Mancanza dell'elenco e applicazione del Piano Integrato Anticorruzione e Trasparenza (PIAO) - Ignoranza o scarsa conoscenza degli strumenti di segnalazione (whistleblowing) - Assenza di codici di comportamento o loro mancata conoscenza - Elevato rischio di comportamenti illeciti e mancata prevenzione
MEGLIO	- Formazione presente ma non sistematica o aggiornata - PIAO adottato ma non pienamente implementato - Strumenti di whistleblowing attivi ma poco utilizzati - Codice di comportamento presente ma non sempre rispettato - Rischio moderato di inefficienza nelle misure di prevenzione
BASSO	- Formazione regolare e aggiornata del personale - PIAO adottato, aggiornato e di ruolo - Meccanismi di whistleblowing efficaci e utilizzati - Codice di comportamento chiaro, aggiornato e rispettato - Basso rischio di comportamenti corruttori e maggiore trasparenza

Formazione e cultura dell'integrità

Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione

ALTO	- Formazione non sistematica o sporadica - Mancata copertura dei dipendenti in aree a rischio - Assenza di formazione specifica per ruolo/dipendente (INCT, dirigenti) - Scarsa impatto sulla cultura organizzativa anticorruzione - Elevato rischio di inosservanza delle misure preventive
MEZZO	- Formazione prevista ma non sempre aggiornata - Copertura parziale del personale, con attenzione maggiore alle aree a rischio - Programmi di formazione differenziati ma non sempre efficaci - Rischio residuo di comportamenti non conformi a di scarsa consapevolezza
BASSO	- Formazione obbligatoria e regolare per tutto il personale - Tempi formativi specifici per INCT, dirigenti e personale a rischio - Aggiornamenti annuali o biennali - Monitoraggio e rendicontazione delle formazioni erogate - Basso rischio di comportamenti illeciti e maggiore efficacia delle misure

Formazione e cultura dell'integrità

Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.

ALTO	- Personale ignaro o poco informato sulle misure anticorruzione - Mancata attuazione delle misure previste nella sezione rischi corrotti e trasparenza del PAO - Assenza di segnalazioni e interventi disciplinari per inadempienze - Elevato rischio di violazioni e comportamenti non conformi - Mancanza di un sistema di controllo agile efficace
MEZZO	- Formazione e informazione erogate ma non costantemente - Applicazione delle misure non sempre uniforme o tempestiva - Monitoraggio e verifica presenti ma non sempre efficaci - Rischio residuo di non conformità e inefficienza - Necessità di migliorare la cultura organizzativa
BASSO	- Personale formato e sensibilizzato regolarmente - Misure applicate in modo coerente e documentato - Sistema di monitoraggio e controllo attivo e efficace - Segnalazioni gestite e azioni disciplinari tempestive - Basso rischio di comportamenti illeciti e alta efficacia preventiva

Trasparenza e Accesso Civico

Tempo medio di pubblicazione dei dati:
intervallo tra il completamento di un processo decisionale e la sua pubblicazione ufficiale.

ALTO	- Pubblicazione risultati oltre i termini caperevoli (es. >100 giorni) - Mancata definizione di tempi chiari previsti nella sezione rischi corrotti e trasparenza del PAO - Ritardi rilevanti nella pubblicazione di dati sensibili (bandi, incarichi, contratti) - Basso livello di qualità e completezza con il pubblico - Interventi formali di correzione e sanzionati
MEZZO	- Pubblicazione entro 1-4 mesi dalla disponibilità dei dati - Tempi definiti nella sezione rischi corrotti e trasparenza del PAO, ma con margini di flessibilità - Ritardi occasionali ma non sistematici - Rischio moderato di inefficienza e scarsa trasparenza
BASSO	- Pubblicazione entro 30 giorni dalla disponibilità dei dati - Definizione chiara e rispettata dei tempi previsti nella sezione rischi corrotti e trasparenza del PAO - Aggiornamenti costanti e trasparenti - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Trasparenza e Accesso Civico

Numero di audit e controlli pubblicamente resi noti:
Frequenza e trasparenza dei controlli interni ed esterni.

ALTO	- Pochi o nessun audit resi pubblici - Mancanza di report o documentazione accessibile - Controlli sporadici o non pianificati - Assenza di misure correttive comunicate - Elevato rischio di opacità, inefficienza e fenomeni corruttivi
MEDIO	- Audit condotti con cadenza almeno annuale o biennale - Report pubblici parziali e non sempre aggiornati - Procedure di monitoraggio presenti ma migliorabili - Trasparenza discreta, ma con margini di miglioramento
BASSO	- Audit pianificati e svolti regolarmente (es. annuali o trimestrali) - Report dettagliati e pubblicati tempestivamente - Integrazione dei risultati nei Piani di monitoraggio e PIAO - Misure correttive comunicate e monitorate - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Trasparenza e Accesso Civico

Grado di dettaglio dei report pubblici:
Valutazione qualitativa dei report, ad esempio attraverso verifiche di completezza e accessibilità delle informazioni.

ALTO	- Dati essenziali riassunti e aggregati con dettaglio - Linguaggio tecnico e poco comprensibile - Scarsa accessibilità e navigabilità dei documenti - Mancanza di indicatori chiari di performance - Ridotta trasparenza e difficoltà di controllo da parte di cittadini e stakeholder
MEDIO	- Presenza di dati rilevanti ma con limitata profondità analitica - Linguaggio tecnico ma con supporti esplicativi parziali - Accessibilità migliorabile ma non completamente articolata - Indicatori di performance presenti ma non sempre aggiornati - Trasparenza discreta ma con margini di miglioramento
BASSO	- Informazioni scarse e dettagliate - Linguaggio chiaro e supporti esplicativi (grafici, tabelle) - Accessibilità garantita anche a utenti non esperti - Aggiornamenti regolari e tempestivi - Elevata trasparenza e facilità di controllo pubblico

OBIETTIVO 6 – ANTICORRUZIONE E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Il P.I.A.O., ex art. 6 del Decreto Legge 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 (PNA) di ANAC in una logica di integrazione con le altre sezioni del PIAO o documento analogo e prevedendo forme di coordinamento tra RPCT e gli altri attori coinvolti nella predisposizione del PIAO;

- garantire l'aggiornamento di un'unica e integrata mappatura di tutti i processi a rischio, la loro valutazione e il loro trattamento;
- consolidare i parametri di valutazione del rischio prevedendo anche il rischio di interferenza di soggetti esterni e di stakeholder nelle procedure amministrative;
- 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 a cominciare dalla definizione di obiettivi di valore pubblico territoriali.

OBIETTIVO 7 – GOVERNANCE E COORDINAMENTO 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, anche prevedendo la costituzione di appositi gruppi di lavoro tematici;
- partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni;
- coordinare la strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;
- promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholder anche con la progettazione di un tavolo permanente di dialogo e confronto con le organizzazioni della società civile e gli stakeholder più rappresentativi sulle misure anticorruzione.

ASL 5 ha provveduto, nel corso del 2025 alla mappatura dei processi aziendali a rischio che ha costituito obiettivo di budget (performance organizzativa) per alcune strutture. Tale attività (riferimento al suddetto obiettivo n. 1) ha portato alla formazione del nuovo registro dei rischi allegato al PTPCT 2026-2028 che è un documento collegato funzionalmente al presente PIAO che potrà essere soggetto a revisione con la riforma del Servizio sanitario Regionale in essere come illustrato in "Premessa".

Nel 2026 si rende quindi necessario implementare e applicare il nuovo registro dei rischi che stabilisce un sistema di controlli rinforzati quali misure specifiche finalizzate alla gestione dei comportamenti, al fine di adottare eventuali azioni correttive qualora emergessero situazioni potenziali o effettive di corruzione.

Gli obiettivi anticorruzione delle strutture consisteranno nella fattiva sperimentazione del nuovo registro dei rischi attraverso una costante collaborazione con l'ufficio RPCT.

Nella tabella della pagina seguente sono riportati tali obiettivi delle strutture/servizi/uffici per l'anno 2026:

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igiene degli alimenti e nutrizione; 4) Igiene e Sanità Pubblica; 5) Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL;	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI: 1) SS Disabilità; 2) Terapia Fisica e Riabilitazione; 3) Fragilità e cronicità -> SS Residenzialità anziani; Assistenza Farmaceutica aziendale -> SS Farmacia Ospedaliera - SS Protesica	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE: 1) Strutture Residenziali e Semiresidenziali; 2) SERD; 3) Assistenza Psichiatrica Distrettuale 18; 4) Assistenza Psichiatrica 117 e 19; 5) Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile antiriciclaggio; 4) Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino economico; 5) Gestione Tecnica; 6) Ingegneria Clinica; 7) Sistema Informativo Aziendale; 8) Controllo di gestione, flussi, acquisto e monitoraggio prestazioni sanitarie e sociosanitarie -> con riferimento alle convenzioni con le strutture accreditate; 9) Coordinamento amministrativo territoriale e contratti medici convenzionati (MMG, PLS, SUMAI)	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.

Le strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo indicate ai punti 8 e 9 non sono ancora operative e pertanto gli obiettivi sono riferiti alla struttura vigente S.C. URP, Attività amministrative, Ospedale e Territorio e al così detto CCD (Centro di Controllo Direzionale).

Per quanto riguarda l'area della Trasparenza, quest'ultima 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-finanziarie e pubbliche.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda per il triennio 2026-2028 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.

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 fino al giugno 2026.

Quanto esposto nella presente sezione, è approfondito e integrato dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) anni 2025-2027 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 ASL5 è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici a valenza dipartimentale (SSD), Strutture Semplici (SS) e uffici. La vigente organizzazione è espressione della Deliberazione del Direttore Generale n. 592 del 20/06/2024 Approvazione nuovo Piano Organizzativo Aziendale (P.O.A.). 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.

A seguito dell'approvazione del nuovo POA l'assetto organizzativo ha subito una parziale rivisitazione che ha comportato l'attivazione di nuove Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, la ridefinizione delle competenze di alcune Strutture, lo spostamento/accorpamento di funzioni, la copertura di posizioni dirigenziali vacanti o di nuova istituzione.

E' in atto un processo di rivisitazione degli incarichi dirigenziali professionali della dirigenza coerenti con il nuovo POA e con i fondi disponibili: altissima professionalità, alta specializzazione, consulenze studio e ricerca.

Sono state bandite procedure di selezione interna per l'assegnazione dei nuovi incarichi definiti nella mappatura aziendale.

Per quanto riguarda gli incarichi di funzione del comparto (ex posizioni organizzative e coordinamenti) in scadenza a giugno 2025, la Direzione Aziendale ha ritenuto opportuno procedere alla proroga degli stessi fino al 30 aprile 2026 con Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 30/10/2025 nelle more dell'attuazione della Riforma del S.S.R.

ORGANIGRAMMA ASL5

Deliberazione 0000592//2024 del 20/06/2024 (Allegato) Pagina 1 di 14



PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE



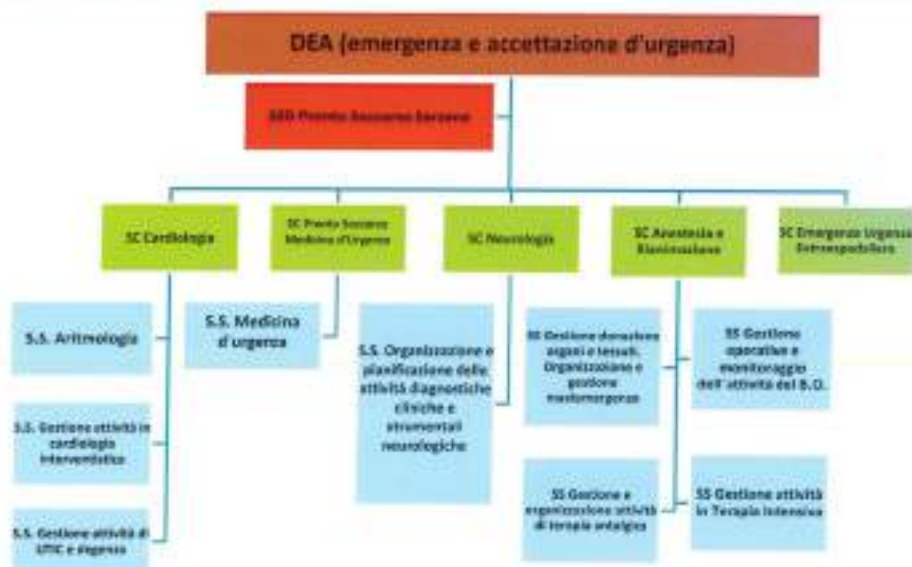
[Handwritten signature]

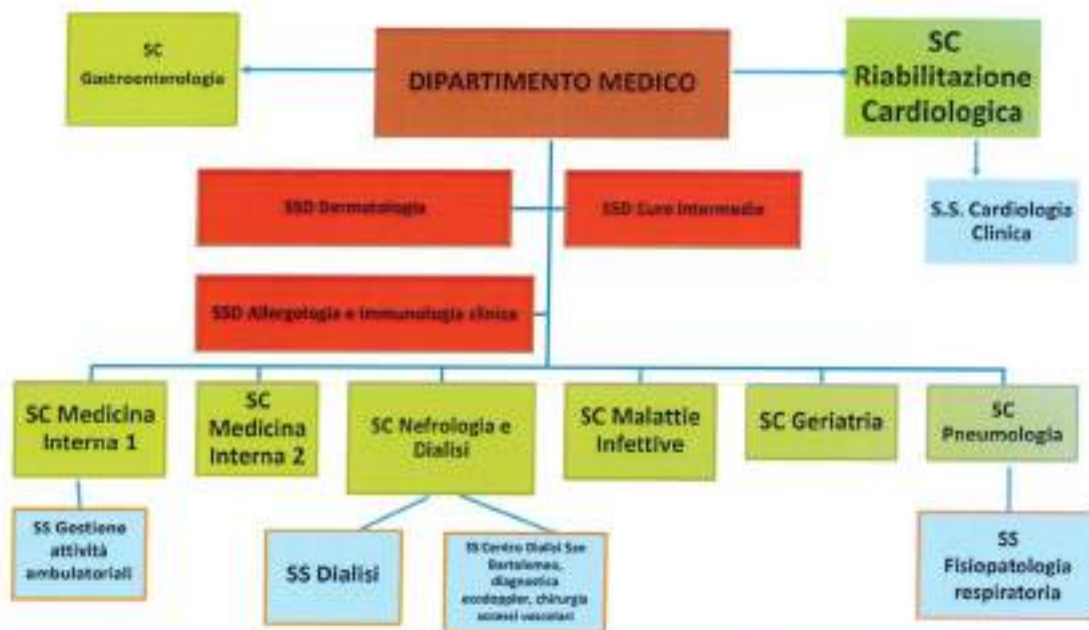




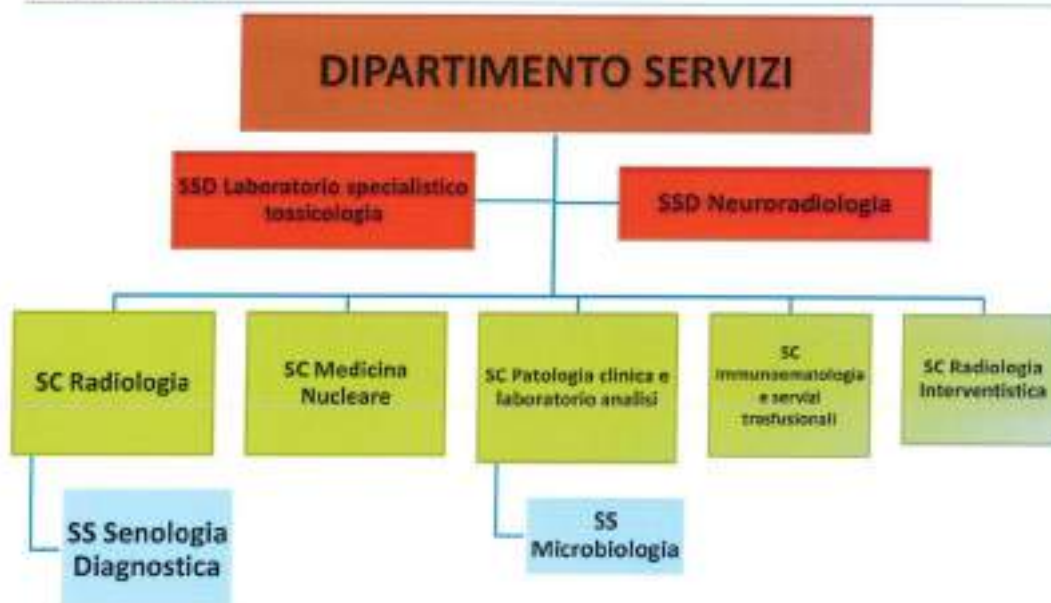
I distretti sociosanitari sono in staff e dipendono da un punto di vista gerarchico dalla Direzione Generale e con delega funzionale al Direttore Sociosanitario



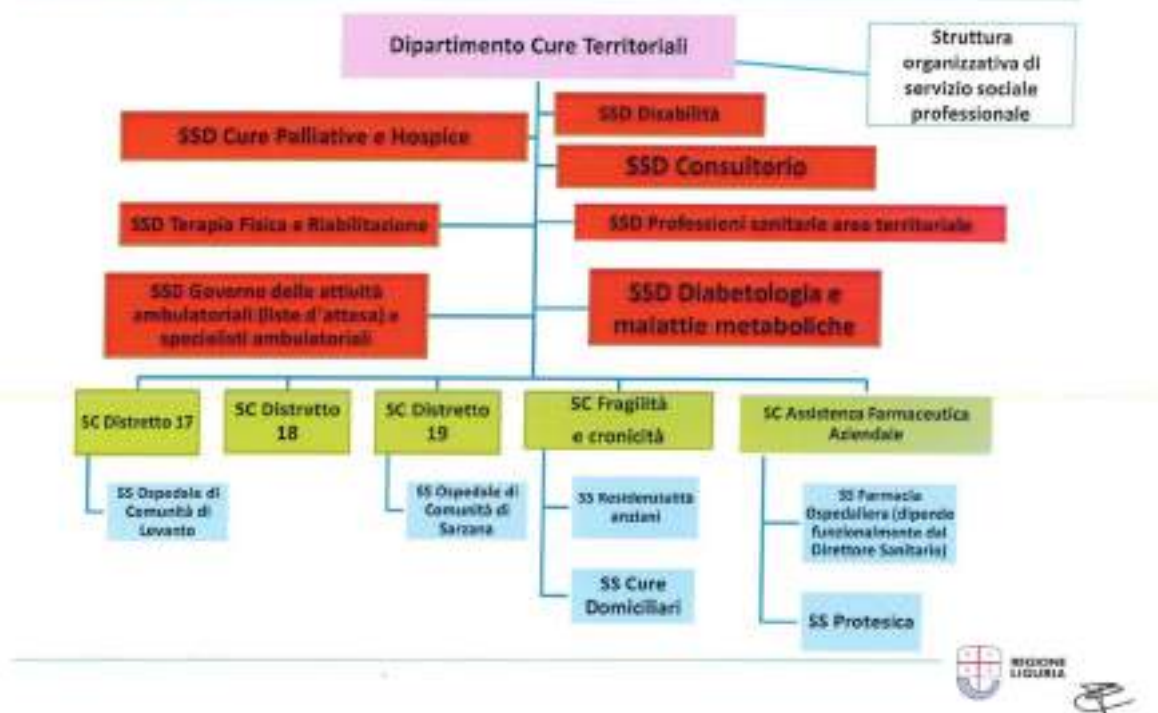


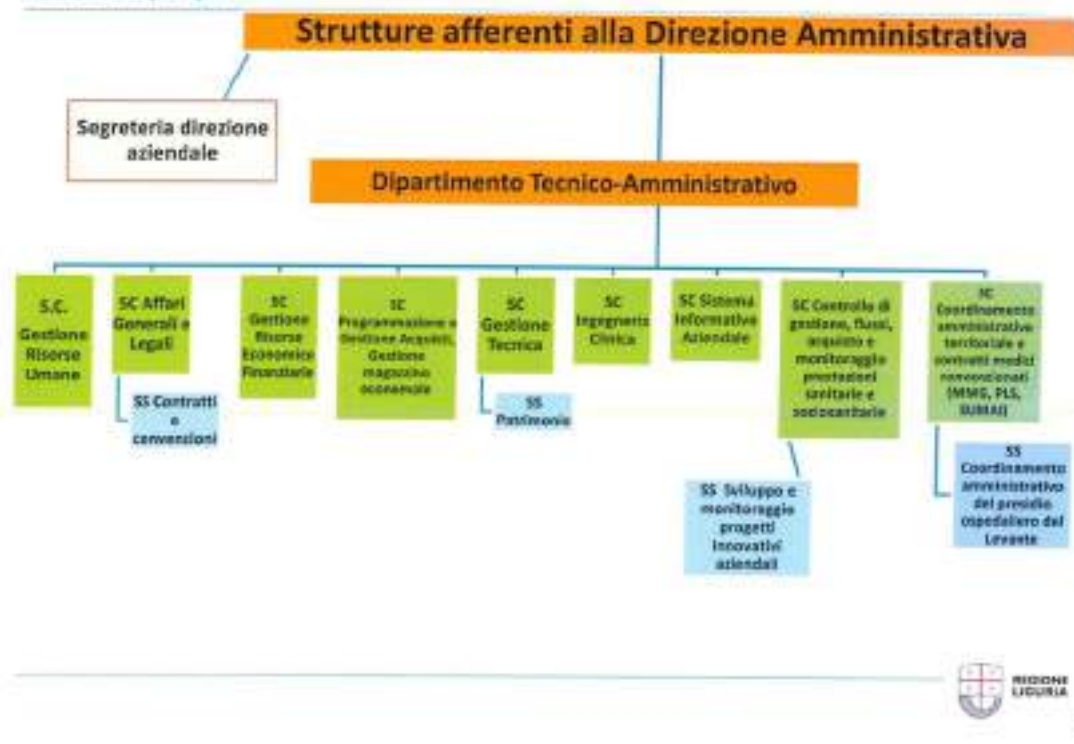






I Direttori di distretto dipendono funzionalmente su delega del
Direttore Generale dal Direttore Sociosanitario





Si precisa che, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1137 del 24/12/2024 “Atto di Autonomia Aziendale: presa d’atto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 722 del 19/07/2024 ad oggetto: “Atti di autonomia aziendale delle Aziende Sociosanitarie liguri. Dichiarazione di conformità” è stato altresì rettificato l’Allegato n. 1 della Deliberazione ASL5 n. 592 del 20/06/2024, sopra riportato, assegnando la Struttura Organizzativa di Servizio Sociale Professionale alla Direzione Sociosanitaria.

Con Deliberazione n. 1062 del 12/12/2024 è stato approvato il nuovo Regolamento aziendale per il conferimento/e revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e professioni sanitarie per cui sono stati assegnati i nuovi incarichi gestionali già avviata negli anni pregressi e gli incarichi di tipo professionale.

3.2 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) ANNI 2026-2028

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 2025, 2026 e 2027 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale.

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

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“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 prevalenti 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 2026-2028 che è un documento correlato al P.I.A.O.

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.

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 hanno, in particolare, lo scopo di:

- a) eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- c) favorire l'accesso al lavoro autonomo e alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate ed in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali ed una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi;
- g) valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, di eguaglianza sostanziale, che mirano a

rimuovere gli ostacoli alla piena e effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure particolari 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. Secondo quanto disposto dalla succitata normativa, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

La Direttiva n. 2/2019 ha rafforzato il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le Pari Opportunità previsto dall'art.21 della Legge n.183/2010, rendendo non prorogabile la costituzione dello stesso, al fine della predisposizione di azioni positive contro le discriminazioni.

Il Piano si propone di perseguire le seguenti finalità:

- 1) tutela e riconoscimento del fondamentale e irrinunciabile diritto a pari libertà e dignità da parte dei lavoratori e delle lavoratrici;
- 2) garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e caratterizzato da relazioni inter-personali improntate al rispetto della persona e alla correttezza dei comportamenti;
- 3) tutela del benessere psicologico dei lavoratori, anche attraverso la prevenzione e il contrasto di qualsiasi fenomeno di mobbing;
- 4) sviluppo di una modalità di gestione delle risorse umane lungo le linee della pari opportunità, nello sviluppo della crescita professionale e dell'analisi delle concrete condizioni lavorative, anche sotto il profilo della differenza di genere;
- 5) promozione di politiche di conciliazione dei tempi e delle responsabilità professionali e familiari;
- 6) innovazione dell'Amministrazione e sviluppo dell'organizzazione

L'obiettivo è individuare soluzioni che concilino l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

Gli strumenti a disposizione del personale per conciliare i tempi di vita personale con quelli di vita lavorativa sono il part-time, la flessibilità maggiorata, i permessi retribuiti e non retribuiti, e brevi aspettative per motivi familiari e di studio e le aspettative.

I recenti avvenimenti connessi con l'emergenza pandemica hanno evidenziato in modo prioritario il tema delle **pari opportunità**, con particolare riguardo alla conciliazione tra lavoro e vita personale e familiare ed alla condivisione dei carichi di cura tra uomini e donne.

L'Azienda si propone di ampliare gli strumenti a disposizione del personale di cui sopra con le seguenti azioni:

- possibilità di accedere allo Smart Working e gestione dei relativi contratti;
- possibilità di riconoscere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, concordando eventualmente una turnazione opposta tra i genitori anche se appartenenti a strutture diverse;
- aggiornamento e semplificazione del regolamento aziendale per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza a parità di condizioni per particolari situazioni di

famiglia e di salute.

E' possibile affermare che in Azienda non sono riscontrabili differenziali retributivi uomo/donna in quanto la disciplina retributiva rispetta la normativa generale riguardante il trattamento economico derivante dalla contrattazione generale ed integrativa stabilita su un piano di assoluta parità uomo/donna.

L'obiettivo è la creazione di un ambiente di lavoro improntato al "benessere organizzativo", inteso come la capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, accrescendo la convivenza sociale, mantenendo e migliorando il grado di benessere fisico, psicologico e sociale. Infatti quando le persone risultano coinvolte e valorizzate e possono accrescere le proprie competenze e condividerle, il clima e l'atmosfera prevalente nell'organizzazione rendono più facile il loro benessere sul luogo di lavoro e questo, a sua volta, farà crescere l'organizzazione e migliorerà i suoi risultati.

Le azioni da perseguire sono:

1. formazione sui vari profili del benessere sul lavoro;
2. analisi specifica delle criticità nel processo di ascolto del malessere lavorativo;
3. elaborazione, approvazione ed utilizzazione di Linee guida per il perseguimento del benessere organizzativo e verifica di attuazione, eventualmente anche attraverso l'organismo di valutazione della performance;
4. contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica;
5. promozione di azioni positive volte alla difesa dell'integrità, della dignità, della persona e del benessere fisico e psichico;
6. divulgazione del Codice di Comportamento e Disciplinare del personale per far conoscere la sanzionabilità dei comportamenti, ed il corrispondente dovere per tutto il personale di mantenere una condotta informata a principi di correttezza, che assicurino pari dignità di trattamento tra uomini e donne sul lavoro.

L'Azienda Sociosanitaria Figure 5:

- con la Delibera del 12 aprile 2017, n. 332, ha costituito il *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG);
- con la Delibera del 20 luglio 2017, n. 644, ha approvato il *Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG) stabilendo i suoi compiti;
- Con la Delibera del 13 giugno 2024, n. 584, ha ricostituito il Comitato Unico di Garanzia a seguito dell'intervenuta scadenza del mandato del precedente.

Le azioni positive da intraprendere sono:

- promozione e diffusione tra il personale dipendente delle tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, anche attraverso

incontri formativi organizzati o promossi dal CUG in modalità alternative alla “frequenza frontale” come webinar, focus formativi on line, laboratori esperienziali a piccoli gruppi al fine di consentire la più ampia partecipazione;

- promozione della costituzione delle commissioni di concorso in osservanza a quanto stabilito dall’art 57 del Decreto Legislativo n. 165/2001 in ottemperanza del quale le Pubbliche amministrazioni devono riservare alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso;
- sostegno alla concessione di forme ulteriori di flessibilità dell’orario lavorativo rispetto a quelle già previste dall’Ente, su richiesta, ai dipendenti ed alle dipendenti che si trovino in particolari situazioni di necessità (età maggiore di 60 anni, genitore di almeno 3 figli, lavoratori con tragitto casa-lavoro particolarmente lungo);
- promozione dell’accesso al lavoro agile per lavoratori immunologicamente fragili e/o in possesso di Legge 104 art.3 comma 3;
- promozione di una migliore organizzazione del lavoro, di corsi sul benessere organizzativo e sull’applicazione del “Codice etico e comportamentale”;
- promozione di azioni che favoriscano una corretta comunicazione tra le varie figure professionali e tra le stesse ed i loro vertici all’interno delle singole Unità Operative;
- promozione del lavoro in équipe e della valorizzazione del singolo, attraverso incontri formativi organizzati dal CUG, attraverso laboratori esperienziali a cadenza trimestrale, tenuti con piccoli gruppi di lavoro all’interno dei dipartimenti, al fine di consentire la più ampia partecipazione;
- promozione della diffusione della Mindfulness, attraverso un primo corso nel periodo invernale e sulla base della risposta degli operatori sanitari, vista l’adesione volontaria e al di fuori dell’orario di servizio, verrà proposta a cadenza semestrale la ripetizione del corso riservato a piccoli gruppi di operatori;
- promozione di azioni di partenariato con gli enti pubblici di mobilità e parcheggio locali, per favorire l’accesso agli ambienti di lavoro e ridurre le spese di trasporto;
- promozione di azioni di partenariato con servizi educativi, per favorire la gestione dei lavoratori con ruolo genitoriale e ridurre le problematiche ed i costi ad essi connessi;
- promozione di esercizi di rieducazione motoria individuando ambienti dedicati all’interno degli spazi ospedalieri per educare attraverso esercizi personalizzati, consigli nutrizionali al potenziamento del benessere psicofisico del singolo lavoratore per la gestione dello stress lavorativo.
- attivazione di convenzioni con servizi educativi e centri estivi, a sostegno dei dipendenti con ruolo genitoriale nei periodi di chiusura scolastica, con agevolazioni tariffarie e priorità a personale turnista

per migliorare la conciliazione vita-lavoro, ridurre assenze non programmabili e contenere i costi familiari, con monitoraggio di utilizzo e impatto organizzativo.

3.5 FORMAZIONE

La formazione continua costituisce un fattore chiave per sostenere l'innovazione e garantire l'aggiornamento costante delle competenze dei professionisti, elementi necessari per affrontare i cambiamenti generati dall'evoluzione dei bisogni di salute. Essa include l'acquisizione di conoscenze, abilità e atteggiamenti che supportano una pratica sempre più qualificata ed esperta, ed è influenzata sia dalle trasformazioni della domanda sanitaria sia dalla necessità di competenze scientifiche e tecnologiche più avanzate.

È importante considerare la formazione da due prospettive complementari. Da un lato emerge la dimensione organizzativa, che risponde alle esigenze dell'azienda e richiede agli operatori di allinearsi ai cambiamenti culturali, tecnici e organizzativi. Dall'altro lato vi è l'aspetto educativo, orientato ai bisogni di crescita professionale dei singoli, con l'obiettivo di accrescere le competenze indispensabili al raggiungimento dei risultati attesi.

In un contesto in rapido mutamento, caratterizzato da nuove sfide cliniche e organizzative, diventa indispensabile sviluppare competenze aggiornate, che spesso perdono rapidamente attualità e devono quindi essere costantemente rinnovate.

L'aggiornamento professionale rappresenta uno strumento essenziale per mantenere elevati livelli di conoscenza e competenza in ambito sanitario, contribuendo alla qualità e sicurezza delle prestazioni e favorendo l'integrazione delle evidenze scientifiche più avanzate (Evidence Based Medicine) nella pratica clinica. Esso deve inoltre tenere conto dell'introduzione di nuove tecnologie, delle crescenti aspettative dei pazienti e dell'attenzione alla qualità e agli esiti delle cure.

La capacità di un'azienda sanitaria di rispondere con adeguata sicurezza ai bisogni della popolazione dipende, infatti, in larga misura dal patrimonio di competenze e conoscenze dei professionisti che ne fanno parte.

L'Azienda sviluppa le attività formative facendo propri alcuni principi tra cui il ruolo strategico della Formazione Continua, a tal fine, seguendo la Procedura aziendale in vigore PR_GOV_05- Gestione della Formazione, il Servizio Formazione e Aggiornamento si occupa di redigere il Piano Formativo Aziendale (PFA), al fine di mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne necessarie a migliorare le performance e gli standard qualitativi erogati.

La Procedura prevede vari passaggi approfonditi nelle relative Procedure Operative del Servizio: PR_UFF_FORM_01- Analisi del fabbisogno formativo; PR_UFF_FORM_02- Pianificazione intervento formativo; PR_UFF_FORM_03- Progettazione intervento formativo; PR_UFF_FORM_04- Individuazione docenti; PR_UFF_FORM_05- Erogazione intervento formativo e PR_UFF_FORM_06 - Valutazione attività formativa.

Secondo queste procedure, il PFA è organizzato in eventi formativi strutturati per tre tipologie di

obiettivi: obbligatori, strategici e specifici dipartimentali.

La formazione obbligatoria intende sviluppare percorsi su tematiche specifiche, che discendono direttamente da previsioni normative e direttive Regionali e Nazionali; per quanto riguarda la formazione strategica e dipartimentale, in accordo alle citate procedure, viene progettata basandosi sull'analisi dei fabbisogni formativi gestita dal Servizio Formazione e Aggiornamento che poi andrà a costituire il Piano Formativo Aziendale.

Per l'anno 2026 le principali tematiche formative che verranno trattate nella formazione strategica e specifica dipartimentale riguardano: la gestione precoce delle infezioni correlate all'assistenza, l'umanizzazione delle cure, la telemedicina e i PDTA, l'assistenza sanitaria delle vittime di violenza, le tecnologie di imaging, l'evoluzione della codifica delle SDO, il diritto di accesso agli atti delle procedure di gara.

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 ogni singola azienda. Il Servizio Formazione e Aggiornamento, 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. Nella suddetta relazione vengono elaborati i dati della formazione secondo una analisi dei risultati rispetto ai seguenti criteri:

- n° di eventi programmati \realizzati;
- n° di discenti programmati\ effettivi;
- 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.

Quanto esposto nella presente sezione, sarà approfondito e integrato dal Piano Formativo Aziendale.

SEZIONE 4

MONITORAGGI

4.1. 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, comma1, 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 sarà svolta in conformità a quanto previsto nel PTPCT con particolare riferimento alle singole misure specifiche di trattamento del rischio programmate a livello aziendale.

Durante l'anno spetta al RPCT verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel 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 periodico 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 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, sarà pubblicata 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 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.

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".

Il 03/07/2025 l'OIV ha rilasciato attestazione, tramite la piattaforma ANAC, dell'avvenuto assolvimento degli obblighi di pubblicazione/trasparenza.

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.

Le 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 ogni singola azienda. Il Servizio Formazione e Aggiornamento, 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. Nella suddetta relazione vengono elaborati i dati della formazione secondo una analisi dei risultati rispetto ai seguenti criteri come già sopra ricordato:

- 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.



Sistema Sanitario Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure 5
LA SPEZIA

PIANO PERFORMANCE

2026 – 2028

ANNUALITA' 2026

Piano Performance 2026-2028. Aggiornamento 17/12/2025
Approvato da OIV nella seduta del 19/12/2025

Elaborazione a cura di CCD – Staff Direzione Strategica
Con la collaborazione di SSD Epidemiologia (paragrafo 1)

Sommario

Premessa	3
Introduzione	4
1 Contesto di riferimento esterno: profilo demografico	4
2 Contesto di riferimento interno: modello organizzativo	9
3 Principali attività dell’Azienda Sociosanitaria ligure 5	11
3.1 Assistenza ospedaliera: attività di ricovero	11
3.2 Assistenza ospedaliera: attività chirurgica	14
3.3 Assistenza ospedaliera: sistema emergenza	16
3.4 Assistenza distrettuale: specialistica ambulatoriale	17
3.5 Assistenza distrettuale: presa in carico domiciliare, cure palliative, hospice, Ospedale di comunità	18
3.6 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	20
3.7 Programma nazionale esiti (PNE)	28
4 Progetti PNRR	31
5 Performance individuale: progetto triennale di revisione	32
6 Performance organizzativa	33
6.1 Obiettivi per il Budget 2026	34

Premessa

A premessa del presente Piano della Performance è indispensabile individuare il contesto storico di riferimento. Il Sistema sanitario ligure è attualmente interessato ad una profonda fase di trasformazione. Si riporta stralcio della Relazione illustrativa alla Legge di riforma.

“Il presente disegno di legge delinea un organico e coerente disegno di innovazione, prevedendo un rafforzamento della governance che si esplica, da un lato, attraverso il consolidamento delle funzioni regionali di indirizzo, programmazione, valutazione e di controllo e, dall’altro, nella concentrazione dei soggetti operativi (riduzione del numero delle aziende sanitarie), con la finalità promuovere lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, rendendolo più efficace ed efficiente, superando le criticità dettate dall’attuale contesto. La riforma introduce un nuovo modello di governance unitaria, fondato sulla sinergia tra la Regione e due grandi poli pubblici di erogazione dei livelli assistenziali (azienda unica territoriale e azienda unica ospedaliera sull’area metropolitana genovese), con la finalità di superare frammentazione e disomogeneità dell’offerta assistenziale su un territorio di estensioni ridotte come quello ligure, che hanno storicamente indebolito la risposta sanitaria e sociosanitaria, allineando l’offerta agli standard nazionali definiti dal DM 70 del 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)”.

Il DDL si fonda su due pilastri fondamentali:

- *la riforma del sistema di assistenza territoriale e della prevenzione, attraverso la creazione di un’unica Azienda regionale sociosanitaria: le Aziende sociosanitarie liguri sono incorporate in Liguria Salute, che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria). La stessa gestirà servizi accentrati dotandosi di un operation manager;*
- *la riforma dell’organizzazione ospedaliera, attraverso la creazione di un’unica struttura ospedaliera metropolitana (Azienda ospedaliera Metropolitana - AOM). L’IRCCS Ospedale Policlinico San Martino integra l’Ospedale Villa Scassi e l’E.O. Ospedali Galliera tramite convenzione.*

La suddetta riforma è stata approvata con la legge regionale n. 18 del 12/12/2025 *“Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica dell’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013 n. 33 (disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità, e dei trasporti (priimt)”.*

Pertanto, a partire dal 01/01/2026, l’attuale Azienda Sociosanitaria Ligure 5 perderà l’autonomia di azienda sanitaria e diventerà un’area dell’Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria). Ne consegue che questo impatterà fortemente anche sulla programmazione strategica aziendale. In virtù di questo, Regione Liguria, con nota prot-2025-0592677, ha stabilito di definire una programmazione aziendale per l’anno 2026 con invitando le ASL a definire gli obiettivi per le performance organizzativa prendendo come riferimento la D.G.R. n. 274/2025 ad oggetto: *“Assegnazione degli obiettivi ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie, dell’IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e di A.Li.Sa., nonché all’IRCCS Gaslini, per l’anno 2025”* con particolare riguardo agli obiettivi strategici del mantenimento dell’equilibrio economico, del rispetto dei tempi previsti per le prestazioni PNGLA e della riduzione dei tempi di attesa in PS, nonché alla D.G.R. n. 481/2025 ad oggetto: *“Progetto di recupero della mobilità passiva fuori regione ex L.R.10/95 – Programma operativo 2025-2026”* che fissa target di incremento di produzione

Introduzione

Il Piano delle Performance, sancito con il Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150 e modificato con il Decreto Legislativo del 25 maggio 2017 n. 4, prevede l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e l'efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6 del Decreto Legislativo del 9 giugno 2021 n. 80 dispone che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi ed i criteri direttivi definiti dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa. Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal Decreto Legislativo del 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", 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 aziendale è concettualmente distinta in performance organizzativa e performance individuale, a cui sono dedicati il paragrafo 5 per la performance individuale ed il paragrafo 6 per la performance organizzativa.

1 Contesto di riferimento esterno: profilo demografico

L'Azienda Sociosanitaria Locale n. 5 è stata costituita con Legge Regionale 10 maggio 1993, n. 20, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. n. 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; l'Azienda opera sul territorio della provincia della Spezia.

La sede legale è fissata alla Spezia, in Via Fazio n. 30.

L'Azienda si articola in:

- Presidio Ospedaliero
- Distretti Sociosanitari
- Area Dipartimentale di Prevenzione
- Area Dipartimentale di Salute Mentale e Dipendenze
- Area tecnico-amministrativa
- Staff

Il Presidio Ospedaliero del Levante Ligure è suddiviso nei seguenti stabilimenti:

- "Sant'Andrea" a La Spezia;
- "San Bartolomeo" a Sarzana;

La realtà del territorio è articolata in tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)¹
- Distretto 18 (Del Golfo)²
- Distretto 19 (Val di Magra)³

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 opera su un territorio che comprende 29 comuni e in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4 Chiavari). Nella tabella che segue sono sintetizzati i principali indicatori territoriali e demografici di ASL 5 (o della provincia spezzina se non disponibili per ASL).



Territorio e Demografia di ASL 5 (1° gennaio 2024, fonte ISTAT)

Indicatore	N°
Superficie (Km ²)	6.66,5
Comuni	29
Densità abitativa (abitanti/Km ²)	318,4
Popolazione residente	212.258
• Percentuale residenti 0-14 anni	10,8%

¹comprendente i Comuni di: Levanto, Beverino, Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice al Cornoviglio, Carrodano, Deiva Marina, Follo, Framura, Monterosso, Pignone, Ricco del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, Vernazza, Zignago.

²comprendente i Comuni di: La Spezia, Lerici, Portovenere.

³comprendente i Comuni di: Sarzana, Castelnuovo Magra, Ameglia, Arcola, S. Stefano Magra, Luni, Vezzano Ligure.

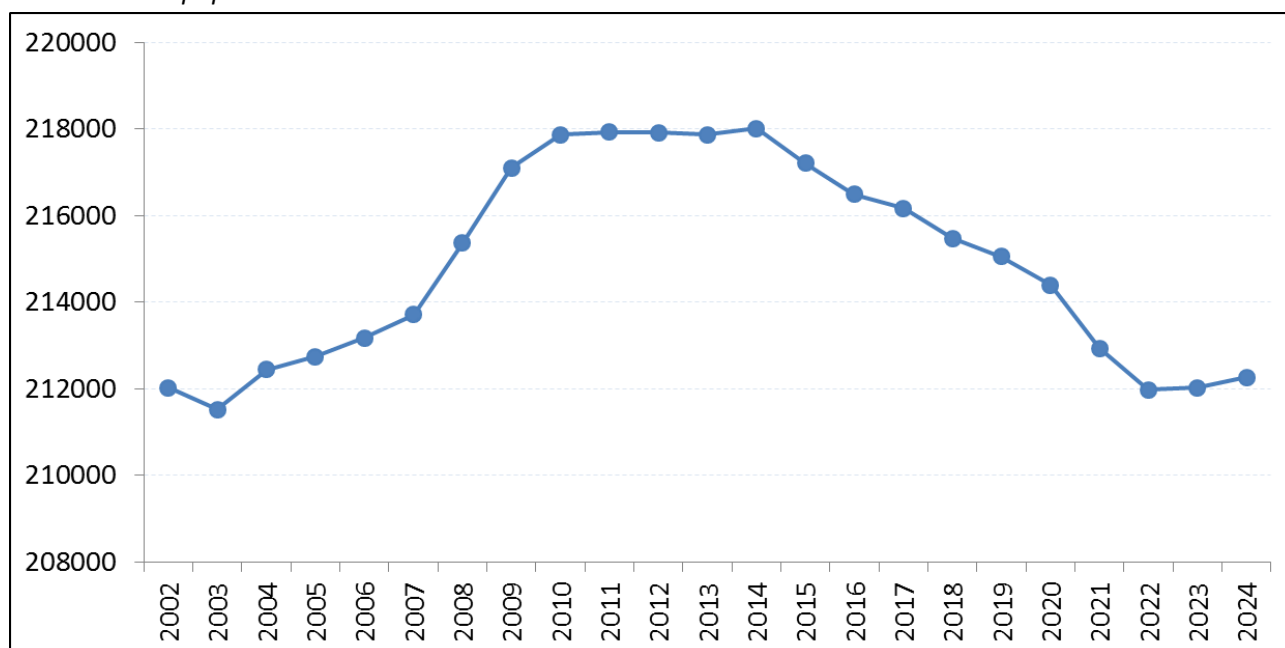
• Percentuale residenti 15-64 anni	61,5%
• Percentuale residenti ≥65anni	27,7%
• Percentuale stranieri residenti	10%
Indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100)	256,4
Indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥65 anni) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)	62,5
Tasso di natalità (per 1000 abitanti)*	5,7‰
Tasso di mortalità (per 1000 abitanti)*	13,6‰
Saldo naturale (per 1000 abitanti)*	-7,9‰
Saldo migratorio (per 1000 abitanti)*	8,9‰
Tasso di crescita totale (per 1000 abitanti)*	1,0‰
Numero medio di figli per donna*	1,19

* Indicatore riferito alla provincia della Spezia anno 2023

La popolazione residente al 1° gennaio 2024 era costituita da 212.258 persone, e i principali indicatori di struttura e dinamica demografica indicano una chiara tendenza al decremento naturale, compensato dal saldo migratorio.

Analizzando l'andamento temporale dell'ammontare della popolazione residente negli ultimi 20 anni, si nota una diminuzione costante e contenuta dal 2014 al 2020 e un declino più marcato nel biennio 2021-22. È ragionevole ascrivere la più recente e repentina flessione all'impatto della pandemia da SARS-CoV2. Dal 2022 al 2024 l'ammontare della popolazione residente ha ripreso una leggera crescita.

Andamento popolazione residente di ASL 5 2002-2024



Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio - <http://www.demo.istat.it/>

Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione di ASL 5 è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani (si veda tabella successiva): al 1° gennaio 2024 erano presenti 58.749 persone con 65 anni e più, pari al 27,7% della popolazione, mentre l'indice d'invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni era pari a circa 256; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 256 anziani.

È noto come la popolazione ultra sessantaquattrenne non sia un gruppo omogeneo per stato di salute e bisogni socio-assistenziali, ed è perciò importante distinguere sottoinsiemi di persone verso cui rivolgere azioni differenti per promuovere e mantenere la salute, prevenire problemi e assistere chi è già malato o in difficoltà l'indagine.

Distribuzione per età della popolazione residente in ASL 5. Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2024 - <http://www.demo.istat.it/>

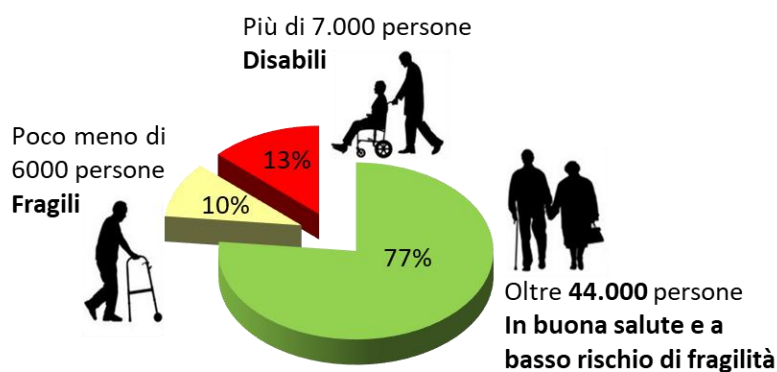
	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	22.910	10,8%
Residenti 15- 64 anni	130.599	61,5%
Residenti ≥ 65 anni	58.749	27,7%
Totale Residenti	212.258	100

Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio - <http://www.demo.istat.it/>

Valutando l'autonomia nelle attività di base (le cosiddette ADL Activities of Daily Living) e in quelle strumentali della vita quotidiana (IADL Instrumental Activities of Daily Living), la sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento ha permesso di distinguere tre gruppi di persone over 64enni con caratteristiche e bisogni molto diversi tra loro e di stimare il loro ammontare (vedi figura seguente):

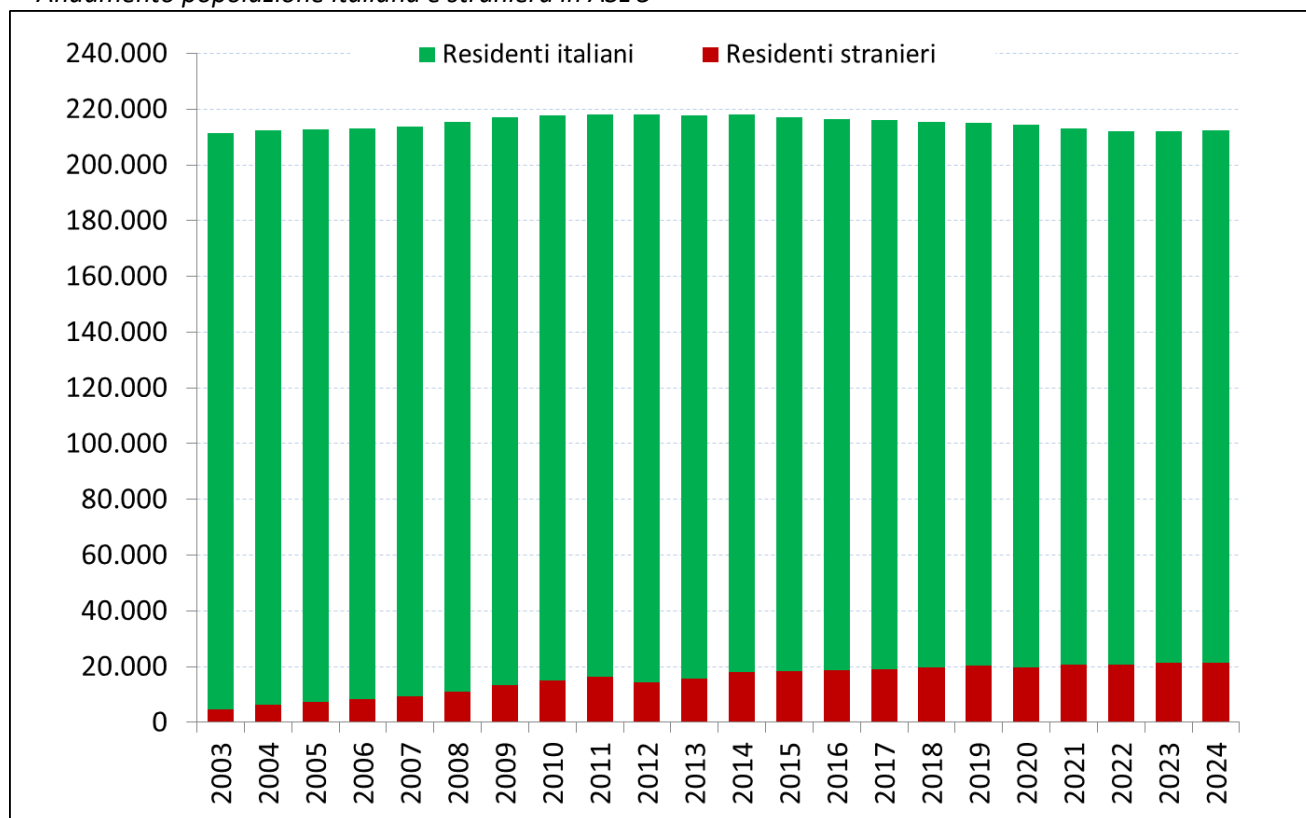
- Circa 4 anziani su 5, pari a oltre 44.000 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- Poco meno di 6.000 persone presentano invece segni di fragilità (*Non autonomi in almeno 2 IADL ma ancora autonomi in tutte le ADL*) e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- Più di 7.000 sono invece persone non autosufficienti (*Non autonomi in almeno 1 ADL*) e con varie tipologie di disabilità.

Stima sottogruppi popolazione anziana ASL 5 - Fonte: Passi d'Argento 2023-24



Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2024 risultavano 21.260 stranieri residenti, pari al 10% della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (si veda grafico: Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5).

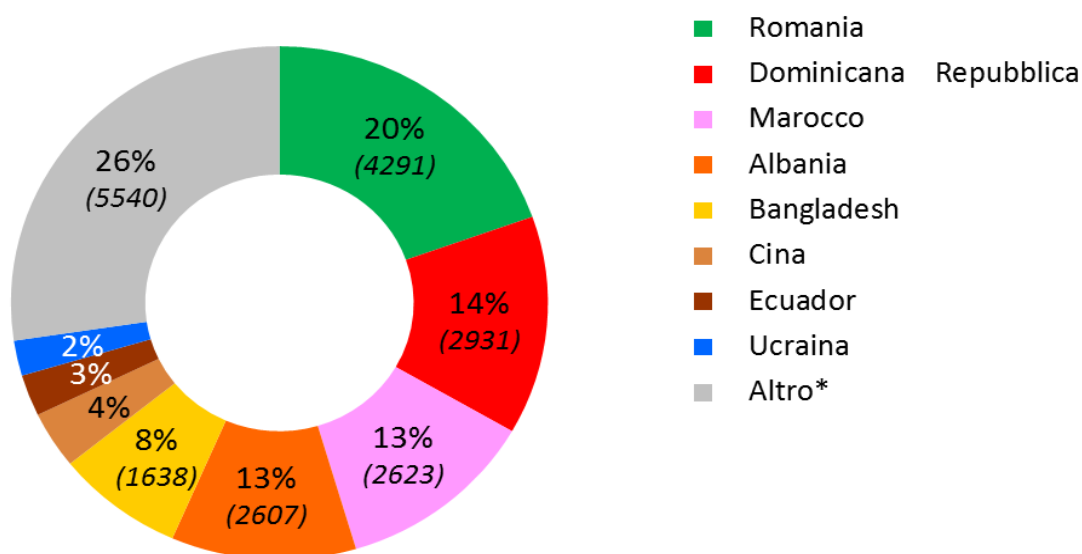
Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5



Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2024 <http://www.demo.istat.it/>

Per quanto riguarda i paesi di provenienza, 7 Paesi danno conto di oltre il 70% delle presenze: la Romania si colloca al primo posto (oltre il 19% circa degli stranieri), seguita da Repubblica Dominicana, Marocco, Albania, Bangladesh, Cina, Ucraina e Ecuador.

Popolazione straniera residente per cittadinanza - ASL 5 1° gennaio 2024



Fonte: ISTAT

Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina erano pari a 15.771 persone al 1° gennaio 2024. Di queste persone, 6.254 erano titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 9.517 titolari di permesso di lungo periodo. Per quanto riguarda il Paese di provenienza la Repubblica Dominicana è quello più rappresentato (oltre il 16% dei permessi rilasciati) seguito da Marocco (16%) e Albania (14%), Bangladesh (12%), Ucraina (7%) e Cina (5%). (Fonte: ISTAT - Cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia <http://dati.istat.it/Index.aspx>).

Permessi di soggiorno - ASL 5 1° gennaio 2024

Paese	N.	%
Repubblica Dominicana	2.593	16,4%
Marocco	2.477	15,7%
Albania	2.245	14,2%
Bangladesh	1.948	12,4%
Ucraina	1069	6,8%
Cina	766	4,9%
Altro (somma dei permessi di soggiorno con cittadinanza di frequenza < 3%)	4673	29,6%
Totale	15.771	

Fonte: ISTAT

Il profilo demografico dei tre distretti sociosanitari di ASL 5 è sintetizzato nella tabella che segue, ed evidenzia che nel Distretto 18 La Spezia e Golfo risiede circa la metà della popolazione di ASL 5, mentre il Distretto 17 Val di Vara e Riviera, pur essendo quello col maggior numero di comuni, è anche quello meno popolato, in termini assoluti e per densità abitativa. Gli indicatori demografici mostrano che il Distretto 19 Val di Magra è quello mediamente meno anziano rispetto agli altri due.

La quota di stranieri residenti mostra una certa variabilità distrettuale, col distretto 18 che detiene il primato sia come ammontare che percentualmente.

Dati demografici per Distretto Sociosanitario

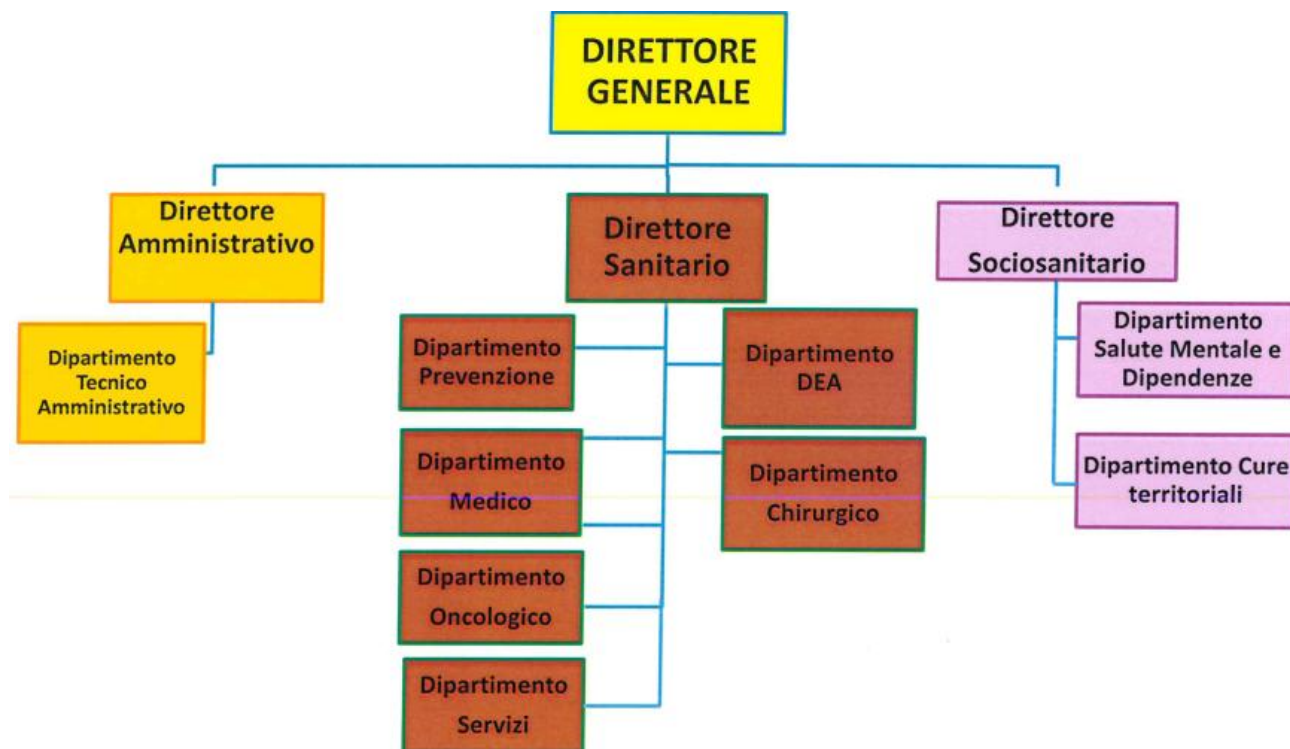
	Distretto 17 Val di Vara e Riviera	Distretto 18 La Spezia e Golfo	Distretto 19 Val di Magra
Superficie (Km ²)	465,15	75,07	126,32
Comuni	19	3	7
Densità abitativa (abitanti/ Km ²)	79,65	1.402,76	553,40
Popolazione residente	37.051	105.299	69.908
% residenti 0-14 anni	10,0%	11,1%	10,7%
% residenti 15-64 anni	60,1%	61,4%	62,4%
% residenti ≥65anni	29,8%	27,5%	26,9%
% Stranieri residenti	6,5%	13,0%	7,3%
Indice di vecchiaia*	297,5%	246,5%	251,6%

2 Contesto di riferimento interno: modello organizzativo

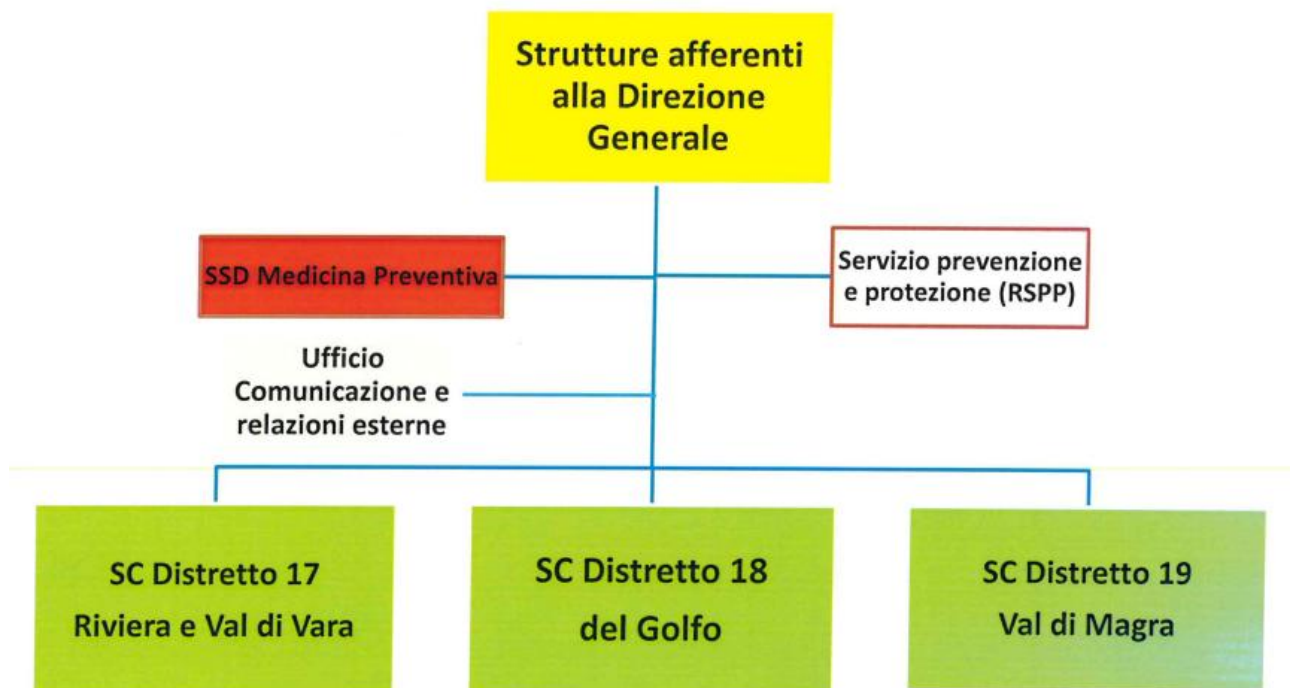
Un riferimento al contesto organizzativo è doveroso in quanto è stato recentemente oggetto di trasformazione. Nel 2024 è stato infatti approvato il nuovo Piano Organizzativo aziendale (P.O.A)⁴ che ha apportato modifiche all’assetto organizzativo precedente:

⁴ Riferimenti normativi: Deliberazioni n. 592 del 20/06/2024 ad oggetto "Approvazione nuovo Piano Organizzativo Aziendale (P.O.A.)" e n. 1137 del 24/12/2024 ad oggetto: "Atto di Autonomia Aziendale: presa d’atto della Deliberazione di Giunta Regionale n. 722 del 19/07/2024 ad oggetto: “Atti di autonomia aziendale delle Aziende Sociosanitarie liguri. Dichiarazione di conformità” e adempimenti di conseguenza"

al Direttore amministrativo fa capo il Dipartimento tecnico- amministrativo., al Direttore sanitario fanno capo i dipartimenti ospedalieri oltre al Dipartimento di prevenzione ed al Direttore Sociosanitario fanno capo il Dipartimento di salute mentale e il Dipartimento Cure territoriali.



Al Direttore Generale fanno capo, oltre ad alcuni servizi, anche i Distretti Sociosanitari.



Per un approfondimento del P.O.A. si rimanda alla pagina istituzionale della trasparenza nella sezione dedicata all'organizzazione al seguente link:
<https://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/AmministrazioneTrasparente/Organizzazione.aspx>

3 Principali attività dell'Azienda Sociosanitaria figure 5

Di seguito verranno rappresentate le principali attività dell'Azienda sociosanitaria figure 5 in riferimento al 2025 e agli anni precedenti. Le aree prese in considerazione sono quelle più rilevanti e per le quali è disponibile un trend storico.

3.1 Assistenza ospedaliera: attività di ricovero

Il presidio ospedaliero del Levante Ligure si configura come DEA di 1° livello, è articolato su 2 stabilimenti, per un totale di 399 posti letto ordinari e 51 posti letto diurni. Sono inoltre presenti 100 posti letto ordinari e 30 posti letto diurni presso le strutture private accreditate Alma Mater e Don Gnocchi

Posti Letto al 01/10/2025 Presidio Ospedaliero del Levante Ligure (comprensivo dei PL a pagamento)

Anno	Posti Letto	
	PL ORD	PL DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	399	51
2024	396	51
2023	391	49

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

Posti Letto al 01/10/2025 Privati Accreditati (esclusi PL a pagamento)

Anno	Posti Letto	
	PL ORD	PL DIURNI
2025 (al 01/10/2025)	100	30
2024	93	30
2023	88	30

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

Di seguito si riporta il dettaglio dei Posti Letto negli Stabilimenti Sant'Andrea e San Bartolomeo e per le Strutture Private Accreditate con il dettaglio della disciplina

Posti letto per disciplina – Ospedale Sant'Andrea (comprensivo dei PL a pagamento)

Ospedale Sant'Andrea di La Spezia			
Disciplina	Unita operativa	PL ORD	PL DIURNI
09	S.C. Chirurgia Generale Ad Alta Complessità	16	1
13	S.S.D. Chirurgia Toracica E Tiroide	3	0
14	S.C. Chirurgia Vascolare	7	1
26	S.C. Medicina Interna I	24	1
29	S.C. Nefrologia E Dialisi	8	1
32	S.C. Neurologia	17	2
36	S.C. Ortopedia E Traumatologia	36	1
37	S.C. Ostetricia E Ginecologia (Ostetricia)	15	2
37	Ginecologia	4	1
38	S.C. Otorinolaringoiatria	5	1
40	S.C. Spdc	21	1
49	S.C. Anestesia E Rianimazione	14	0
49	Uti Sp Covid	1	0
50	S.C. Cardiologia Utic	6	0
51	S.C. Pronto Soccorso E Medicina D'urgenza	10	0
56	Riabilitazione Psichiatrica	0	2

58	S.C. Gastroenterologia	0	1
61	S.C. Medicina Nucleare	1	1
64	S.C. Oncologia	6	16
43	S.C. Urologia	2	1
94	Terapia Subintensiva Covid Sp	0	0
08	Cardiologia	6	1
09	S.S.D. Chirurgia Senologica	1	1
35	Odontoiatria	0	1
Totale		203	36

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

Posti letto per disciplina – Ospedale San Bartolomeo (comprensivo dei PL a pagamento)

Ospedale San Bartolomeo di Sarzana			
Disciplina	Unita operativa	PL ORD	PL DIURNI
08	S.C. Cardiologia	12	1
09	S.S.D. Chirurgia Multispecialistica	4	1
14	Chirurgia Vascolare	1	1
21	S.C. Geriatria	24	0
26	'Medicina Interna li Covid	16	0
34	S.C. Oftalmologia	1	1
36	Ortopedia E Traumatologia	3	1
43	S.C. Urologia	11	1
56	Riabilitazione Cardiologica	6	2
60	Cure Intermedie	22	0
64	Oncologia	0	1
68	S.C. Pneumologia	20	1
96	Terapia Del Dolore	0	1
24	Malattie Infettive	22	2
01	Allergologia E Immunologia Clinica	0	1
26	S.C. Medicina Interna li	54	1
Totale		196	15

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

Posti letto per disciplina – Alma Mater (esclusi PL a pagamento)

Alma Mater			
Disciplina	Unita operativa	PL ORD	PL DIURNI
09	Chirurgia Generale	3	5
34	Oculistica	0	1
36	Ortopedia E Traumatologia	9	14
37	Ostetricia E Ginecologia	1	2
60	Cure Intermedie	12	0
Totale		25	22

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

Posti letto per disciplina – Don Gnocchi (esclusi PL a pagamento)

Don Gnocchi			
Disciplina	Unita operativa	PL ORD	PL DIURNI
09	Recupero e riabilitazione funzionale	52	8
26	Neuroriabilitazione	23	0
Totale		75	8

Fonte: Flusso Posti Letto debito informativo regionale al 01/10/2025

La produzione ospedaliera dell'anno 2025 è caratterizzato da una stabilizzazione della produzione. Confrontando i 9 mesi 2025 con lo stesso periodo dell'anno precedente risultano -2,2% di casi dimessi a fronte

di -1,3% della valorizzazione economica. Il 2025 è stato caratterizzato da una leggera ripresa dell'attività chirurgica (+436.000), che non ha comunque compensato la riduzione della casistica medica che ha comunque, come provenienza, oltre l'80% gli accessi da PS. Per un approfondimento dell'andamento del PS si rimanda a paragrafo 3.3.

Confronto attività di ricovero 9 mesi 2025 vs 9 mesi 2024

Totale casi 2024 15.915	Totale casi 2025 15.558	Delta casi -357	Delta casi % -2,2%
Totale valore 2024 54.743.226	Totale valore 2025 54.051.564	Delta valore -691.663	Delta valore % -1,3%

Fonte: DWH aziendale

Per quanto riguarda i principali indicatori che caratterizzano l'attività ospedaliera, quest'ultima è rappresentata per circa il 30% da attività chirurgica. La degenza media risulta significativamente inferiore alle altre realtà regionali (8,3) seppur si registra un leggero incremento nel 2025, con un tasso di re ricoveri inferiori al 5%. Si veda tabella successiva con alcuni indicatori estratti dal DWH aziendale.

Confronto indicatori ospedalieri 9 mesi 2025 vs 9 mesi 2024

1 Day 11,5%	Degenza media > 1 2025 8,3	Oltre soglia 2025 1,9%
DRG Chir 2025 29,7%	Degenza media > 1 2024 7,9	Oltre soglia 2024 1,9%
DRG inapprop. 2025 12,1%	% Ricoveri ripetuti 2025 4,8%	Età media 2025 69,11
DRG inapprop. 2024 12,1%	% Ricoveri ripetuti 2024 5,1%	Età media 2024 68,66

Fonte: DWH aziendale

Di seguito si riporta la distribuzione dei primi 15 Drg ordinari per avere una quadro della casistica trattata.

Elenco dei Primi 15 DRG dimessi in regime ordinario per numero di casi

	Casi ordinari 2025	Valore ordinari 2025
⊕ 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria (Tipo: M - Peso medio: 1,22)	1.534	5.367.064
⊕ 127 - Insufficienza cardiaca e shock (Tipo: M - Peso medio: 1,03)	567	1.655.651
⊕ 576 - Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni (Tipo: M - Peso medio: 1,64)	517	2.614.672
⊕ 089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,14)	372	1.289.090
⊕ 316 - Insufficienza renale (Tipo: M - Peso medio: 1,15)	363	1.305.546
⊕ 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti (Tipo: M - Peso medio: 0,44)	322	414.588
⊕ 014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo: M - Peso medio: 1,26)	256	958.559
⊕ 557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore (Tipo: C - Peso medio: 2,24)	237	1.938.159
⊕ 430 - Psicosi (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	221	425.807
⊕ 320 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,85)	198	513.085
⊕ 311 - Interventi per via transuretrale senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,72)	197	317.508
⊕ 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (Tipo: C - Peso medio: 2,03)	184	1.640.768
⊕ 494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC (Tipo: C - Peso medio: 0,89)	165	343.449
⊕ 182 - Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC (Tipo: M - Peso medio: 0,77)	161	399.653
⊕ 144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC (Tipo: M - Peso medio: 1,18)	150	427.606

Fonte: DWH aziendale

L'attività ospedaliera del Presidio del Levante Ligure è integrata dalle strutture private accreditate. Nello specifico circa 571 ricoveri sono erogati dal Centro riabilitazione Don Gnocchi e 815 ricoveri sono erogati dalla Casa di Cura Alma Mater.

Tabella produzione Privati Accreditati 9 mesi 2025 vs 9 mesi 2024

Struttura	Casi 2025	Valore 2025	Casi 2024	Valore 2024	Delta Casi	Delta Importo
Casa di Cura Alma Mater	815	2.957.010	801	2.748.657	14	208.353
Centro Riabilitativo Don Gnocchi	571	6.421.888	576	5.707.320	-5	714.569

Fonte: Ormaweb

Criteri: residenti liguri, onere di degenza a carico del SSN

3.2 Assistenza ospedaliera: attività chirurgica

Nei primi 10 mesi 2025 sono stati gestiti nel blocco operatorio + il blocco senologico circa 10.000 interventi, di cui circa il 50% in regime di ricovero e il restante 50% in regime ambulatoriale.

Da segnalare, che a partire dal mese di luglio 2025 è entrato in funzione il robot Da Vinci, con il quale sono stati fatti circa 95 interventi nei primi 5 mesi di attività (giugno – ottobre) per le seguenti specialità: urologia, chirurgia generale, ginecologia. Si coglie l'occasione per rammentare che presso la Sala operatoria di Sarzana è in uso il robot Mako per il trattamento della casistica ortopedica.

Totale interventi per blocco e per regime dal 01/01/2025 al 31/10/2025

Blocco	Ambulatoriale	Day Hospital	Ordinario	Totale
Blocco Spezia	80	403	3.028	3.511
Blocco Sarzana	3.529	666	947	5.142
Blocco Ginecologico	4	52	174	230
Senologia	978	1	0	979
Totale	4.591	1.122	4.149	9.862

Fonte: Ormaweb

In ogni organizzazione ospedaliera l'utilizzo della sala operatoria è oggetto di analisi ed approfondimento. L'utilizzo della stessa in modo efficiente è un obiettivo imprescindibile. A tal proposito si rende necessario un approfondimento dei principali indicatori di utilizzo della sala operatoria, che sono stati, inoltre, oggetto di monitoraggio del budget.

Al 31/10/2025, la percentuale di sedute con entrata paziente nel blocco entro le 07:45 è il 57%, l'anestesia entro le 08:15 è pari al 79% mentre l'inizio intervento (taglio chirurgico) entro le 8:30 è il 84% ed il turn over (media tempo che intercorre tra l'uscita del paziente precedente e l'entrata del paziente successivo) è 26 minuti.

Indicatori di utilizzo della sala operatoria dal 01/01/2025 al 31/10/2025

Reparto	ENTRATA BLOCCO entro le 07:45	ANESTESIA entro 08:15	INIZIO INTERVENTO entro le 08:30	TURN OVER
S.S.D. Chirurgia Senologica	67%	86%	99%	00:21:17
S.C. Chirurgia Generale	59%	75%	83%	00:27:23
S.C. Chirurgia Vascolare	78%	79%	69%	00:25:56
S.C. Oftalmologia	1%	50%	88%	00:13:23
S.C. Ortopedia E Traumatologia	84%	90%	71%	00:32:43
S.C. Ostetricia E Ginecologia	70%	69%	78%	00:21:10
S.C. Otorinolaringoiatria	31%	76%	88%	00:24:23
S.C. Urologia	58%	64%	91%	00:26:38
S.S.D. Chirurgia Multispecialistica	72%	79%	95%	00:22:01
S.S.D. Chirurgia Toracica e Tiroide	68%	81%	90%	00:30:53
Totale	57%	79%	84%	00:26:00

Fonte: Ormaweb

Criteri: considerati blocchi Spezia e Sarzana, primo intervento del mattino, entrata paziente tra le 07:00 e le 10:00

Esclusioni: sala day surgery, weekend, Urgenze pom./notte, chirurgia robotica

3.3 Assistenza ospedaliera: sistema emergenza

Il Sistema dell'emergenza (Pronto Soccorso) dell'Asl 5 ha processato 67.386 accessi nei primi 10 mesi dell'anno 2025, di cui 40.555 PS di La Spezia (compreso PS pediatrico), 24.236 PS Sarzana, 2.595 PPI di Levante. Il 67% degli accessi in PS si conclude con una dimissione, mentre i ricoverati presso il proprio presidio sono il 15%. L'1,5% degli accessi viene gestito in Osservazione breve intensiva (OBI).

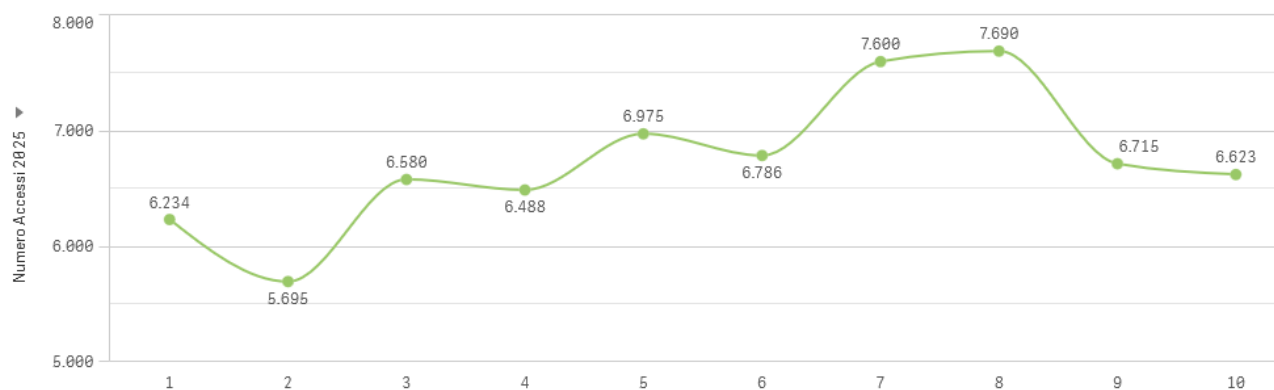
La tabella successiva riporta il confronto della produzione con lo stesso periodo degli anni precedenti.

Accessi di Pronto Soccorso 10 mesi 2025

Anno	Accessi PS	di cui Ricoverati	%
10m 2025	67.386	9.876	15%
10m 2024	69.250	10.494	15%
10m 2023	66.227	9.975	15%

Mediamente si registrano circa 6.000 accessi mensili al Pronto Soccorso con dei picchi nei mesi estivi, caratterizzati dai flussi turistici. Si veda grafico successivo.

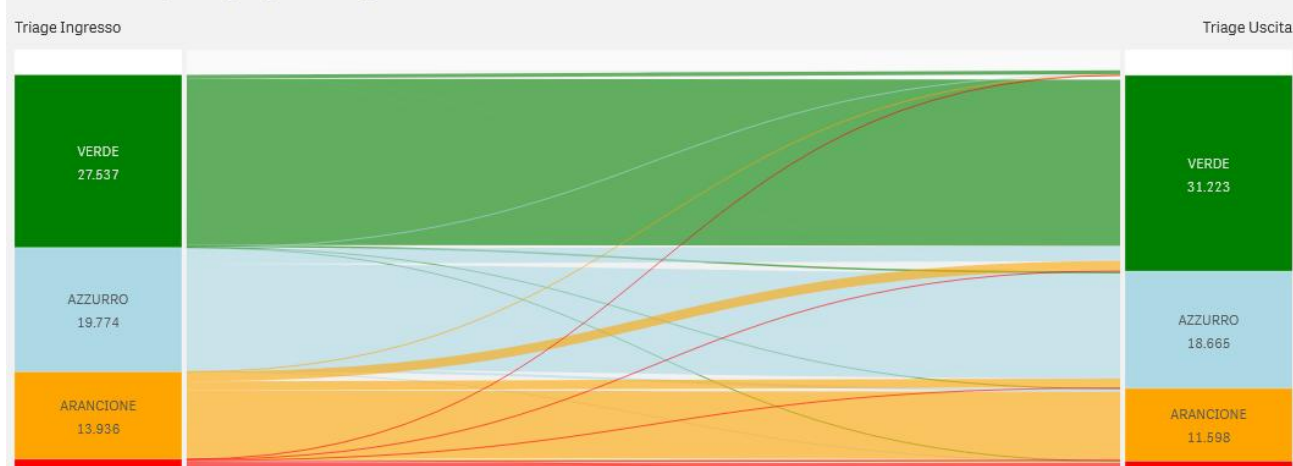
Numero di accessi / Numero di prestazioni per mese



Fonte: DWH aziendale

Il 41% sono accessi con codice colore al momento del triage verde, il 29% azzurro, il 21% arancione, il 6% bianco e il 3% rosso.

Numero di accessi per triage ingresso e triage uscita

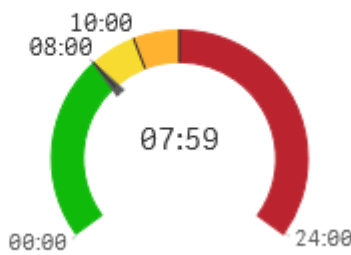


Fonte: DWH aziendale

Con la delibera n°274 del 05/06/2025, Regione Liguria ha introdotto un obiettivo assegnato ai Direttori Generali delle ASL liguri relativo al tempo di boarding dei Pronto Soccorso, nello specifico nella riduzione del tempo intercorso tra la presa in carico del medico e la dimissione con esito "ricoverato". L'Asl 5 ha da sempre

avuto un tempo di boarding performante rispetto alle altre realtà liguri. Con una permanenza media prima di essere ricoverato di circa 8:00 ore.

Boarding regionale visita - dimissione (fonte: obiettivi DG)



3.4 Assistenza distrettuale: specialistica ambulatoriale

L’attività ambulatoriale è erogata per il 73%(circa) dal territorio (distretti) e per il restante 27% (circa) dagli ambulatori del presidio ospedaliero.

L’attività di specialistica ambulatoriale in senso stretto (quanto passa da CUP) nei primi 10 mesi del 2025 è stata sovrapponibile in termini di quantità di prestazioni erogate alla produzione dell’anno precedente (- 60.000 prestazioni circa). In termini economici si rileva un aumento (8% in valore % e circa 2.000.000 in valore assoluto) in conseguenza dell’approvazione del nuovo nomenclatore ambulatoriale.

Quantità anno 2025	Importo anno 2025
2.121.011	25.492.724
Quantità anno 2024	Importo anno 2024
2.181.265	23.575.394

Delta Quantità

-2,8%

Delta Importo

8,1%

Fonte: DWH aziendale

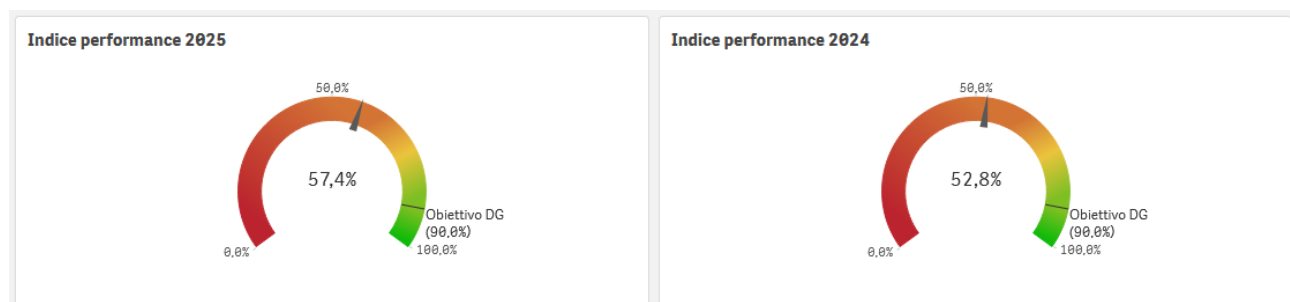
Entrando nel merito delle tipologie di prestazioni, si rileva che una buona parte dell’aumento della valorizzazione economica è imputabile alla radioterapia e alla tariffazione di prestazioni precedentemente non tariffate. Da segnalare l’importante aumento delle prime e delle seconde visite sia in termini di quantità (+9.000 visite circa) che in termini di valorizzazione economica (+700.000 circa). L’aumento delle visite risponde anche all’obiettivo aziendale di migliorare l’indice di performance delle prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d’Attesa (PNGLA). Si veda grafico successivo.

Produzione ambulatoriale (CUP in senso stretto) 10 mesi 2025 vs 10 mesi 2024

Categoria	Quantità anno 2025	Importo anno 2025	Quantità anno 2024	Importo anno 2024	Delta Quantità	Delta Importo
0101A-Prima Visita	76.625	1.939.007	71.117	1.569.133	5.508	369.874
0101B-Seconda Visita	71.142	1.163.735	67.363	846.329	3.779	317.405
0201-Laboratorio	1.759.892	6.575.282	1.787.405	7.212.289	-27.513	-637.007
0206-Biopsie	8.912	507.470	9.034	493.920	-122	13.549
0207-Patologia Molecolare	552	116.295	0	0	552	116.295
0301-Radiologia	16.102	469.137	16.977	462.603	-875	6.534
0302-Tac	10.240	1.377.089	11.115	1.224.939	-875	152.149
0303-Risonanze Magnetiche	3.904	729.870	5.342	904.091	-1.438	-174.221
0304-Ecografie	20.314	897.399	20.334	826.929	-20	70.470
0501- Esami Specialistici Strumentali	40.946	1.177.844	40.679	1.031.221	267	146.624
0509-Endoscopia Diagnostica	6.279	552.851	4.849	342.383	1.430	210.468
0601-Radioterapia	13.820	3.239.355	22.800	1.875.559	-8.980	1.363.795
0602-Medicina Nucleare	3.337	2.190.527	3.442	2.156.718	-105	33.809
0601- Trattamenti Farmacologici	13.761	512.931	11.237	532.032	2.524	-19.101
0606-Esami E Procedure Oste-Ginec	800	27.175	954	22.946	-154	4.228
0700-Interventi Chirurgici Complessi	4.103	2.717.416	4.049	2.790.343	54	-72.927
0701- Interventi Chirurgici	20.499	287.827	17.710	291.789	2.789	-3.962
0707-Endoscopia Interventistica	1.106	137.388	1.092	126.789	14	10.599
0801- Intervento Odontoiatrico	2.852	65.563	3.147	72.256	-295	-6.693
0901-Riabilitazione Fisica	19.587	374.889	52.406	504.132	-32.819	-129.243
0902-Trattamenti Riab. Con Strumenti	884	2.870	19.954	40.865	-19.070	-37.995
0903-Riabilitazione Psicologica	2.471	49.543	2.583	49.868	-112	-325
0904-Altri Trattamenti Riabilitativi	20.367	171.090	5.297	25.470	15.070	145.620
1001-Dialisi	1.756	149.971	1.935	137.543	-179	12.428
1002-Procedure Legate Alla Dialisi	606	34.578	444	35.245	162	-668
Altro	154	25.625	0	0	154	25.625
Totale	2.121.011	25.492.724	2.181.265	23.575.394	-60.254	1.917.331

Fonte: DWH aziendale

Indice performance PNGLA 10 mesi 2025 vs 10 mesi 2024 (classe priorità B e D)



Fonte: DWH aziendale

3.5 Assistenza distrettuale: presa in carico domiciliare, cure palliative, hospice, Ospedale di comunità

Oltre all'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito dell'assistenza distrettuale si ritiene importante fare qualche accenno a: assistenza domiciliare, attività delle cure palliative ed hospice ed infine all'ospedale di comunità.

In questi anni si è lavorato al potenziamento dell'assistenza domiciliare per dare piena applicazione a quanto previsto dal PNRR che mediante la Missione 6 C1 prevede il potenziamento dei servizi domiciliari (Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura - sub-investimento 1.2.1 Assistenza domiciliare). A livello nazionale è stato individuato il seguente Indicatore di Monitoraggio "% di pazienti over 65 in assistenza

domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni) “presi in carico” per tutte le classi di CIA”. Il Sub-investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare si pone, dunque, l’obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

A livello aziendale la % di raggiungimento del suddetto obiettivo nei primi 10 mesi del 2025 è pari a 9,93%.

Di seguito il dettaglio per l’assistenza domiciliare e per le cure palliative. Per l’assistenza domiciliare si propone anche un dettaglio per distretto.

Prese in carico cure domiciliari (comprese le cure palliative): trend 2023- 2025

Cure domiciliari	2023	2024	10m 2025
Prese in carico (over 65)	5.242	5.789	5.794
Rapporto PIC e popolazione over 65	8,98%	9,92%	9,93%

Fonte: portale SPD

Prese in carico cure domiciliari per distretto: trend 2023- 2025

Distretto	Dato	2023	2024	10m 2025
Distretto 17	Pic over 65	846	1.059	1.082
	Rapporto PIC e popolazione over 65	7,7%	9,7%	9,9%
Distretto 18	Pic over 65	2.770	3.135	3.020
	Rapporto PIC e popolazione over 65	9,6%	10,9%	10,5%
Distretto 18	Pic over 65	1.626	1.595	1.692
	Rapporto PIC e popolazione over 65	8,7%	8,6%	9,1%

Fonte: portale SPD

Prese in carico cure palliative: trend 2023- 2025

Cure Palliative	2023	2024	10m 2025
Prese in carico (over 65)	201	246	256
Rapporto PIC e popolazione over 65	0,34%	0,42%	0,44%

Fonte: portale SPD

Per quanto riguarda l’Hospice i 10 posti letto nel 2025 sono stati occupati al 92%, il tempo medio di attesa per l’ingresso in Hospice è di 7,5 giorni. La degenza media è di circa 13 giorni. Si veda tabella successiva

Attività dell’Hospice – 10 mesi 2025-2024

	9m 2024	9m 2025
Totale degenze	168	137
Posti Letto	10	10
Tasso Occupazione dei Posti letto	92,6%	92,3%
Numero ingressi nel periodo	159	126
Numero dimissioni nel periodo (a domicilio)	3	1
Durata media degenza	10.58	12.45
Tempo medio di attesa ingresso Hospice	5,73	6,94

Fonte: portale SPD

L’Ospedale di Comunità (O.d.C) di Levanto, attualmente collocato in via temporanea a Sarzana, è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. È destinata a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari/socio-sanitari a bassa intensità clinica. Offre assistenza infermieristica, riabilitativa e alla persona sulle 24 ore a utenti con patologie che non necessitano delle cure erogabili nell’Ospedale per acuti.

Nel 2025 (primi 9 mesi) ha ospitato 103 pazienti.

Dimissioni Ospedale di Comunità (Levanto) – 9 mesi 2025-2024

Ospedale di Comunità	9m 2025	9m 2024
Pazienti dimessi	102	103
Giornate di Degenza	3.025 ⁵	2.486

Fonte: flusso FAR

3.6 Prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'area della prevenzione ha garantito lo svolgimento delle attività istituzionali che in alcuni casi sono state interessate ad un graduale aumento.

Di seguito si fornisce una sintetica rappresentazione delle principali attività delle strutture dell'area della prevenzione, al fine di fornire un quadro generale sintetico e al tempo stesso analitico. I dati sono rappresentati per Struttura organizzativa di riferimento e sono riferiti ai primi 9 mesi del 2025.

Da alcuni anni è stato implementato, in collaborazione con le strutture del Dipartimento di prevenzione, la rilevazione dell'attività delle strutture del dipartimento, e poiché questa è un area sempre poco rappresentata si ritiene di grande valore riportare tali report di attività.

Principali attività S.C. Igiene e Sanità Pubblica 9 mesi 2025

Denominazione Attività	Dato 9 Mesi
Attività Sanitaria	
Vaccinazioni Eseguite	18.166
Screening Totali (Convocazioni)	65.292
Screening Totali (Adesioni)	20.553
Screening Mammografico (Convocazioni)	16.678
Screening Mammografico (Adesioni)	8.401
Screening Cervice Uterina (Convocazioni)	19.242
Screening Cervice Uterina (Adesioni)	5.873
Screening Colon-rettale (Convocazioni)	29.372
Screening Colon-rettale (Adesioni)	6.279
Controlli Sanitari Ospiti Centri Di Accoglienza	193
Notifiche Malattie Infettive (Numero Segnalazioni Gestite)	289
Pareri	
Numero Pareri Ambientali Via, Vas, Aia, Aua, Adr, Bonifiche	133
Numero Pareri Edilizi (Deroghe Ai Requisiti Igienico - Sanitari)	3
Altre Tipologie Di Pareri	30
Numero Nulla Osta Utilizzo Gas Tossici	1
Pareri E Sopralluoghi Bando Assegnazioni Alloggi Erp	2
Pareri E Sopralluoghi Idoneità Di Alloggio Per Permesso Di Soggiorno	5
Numero Commissioni Pubblico Spettacolo, Commissioni Carburanti (Numero Sedute Delle Commissioni)	55
Attività Di Vigilanza	
Numero Esposti/Inconvenienti Igienico - Sanitari	200
Numero Sopralluoghi Di Vigilanza	61
Numero Controlli E Campionamenti Da Piano Regionale Reach, Cosmetici, Fitosanitari	38
Attività Di Cui Al Dpr 245/90	31
Numero Sanzioni Amianto	49
Numero Campionamenti Piscine	18
Numero Campionamenti Legionella	26
Attività Di Formazione E Informazione	
Attività Di Informazione	67
Attività Formazione (Numero Di Ore/Numero Persone Formate)	31/15

⁵ Per n.10 casi che alla data di invio del flusso (30/09/2025) non risultava la dimissione, il conteggio dei giorni è stato effettuato considerando la dimissione al 30/09/2025

Partecipazione A Gruppi Di Lavoro Regionali (Numero Di Riunioni)	17
--	----

Principali attività S.C. Igiene della produzione commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati 9 mesi 2025

Denominazione Attività	Dato 9 Mesi
Attività Di Controllo Ufficiale	
Attività Di Controllo Ufficiale Presso Stabilimenti Registrati Di Produzione, Trasformazione, Conservazione E Distribuzione Di Alimenti Di Origine Animale (Macellerie, Pescherie, Gelaterie Artigianali, Ristorazione Pubblica, Kebab, Esercizi Di Vicinato, Gdo, Etc.)	514
Attività Di Controllo Ufficiale Presso Stabilimenti Riconosciuti Di Produzione, Trasformazione, Conservazione E Distribuzione Di Alimenti Di Origine Animale	94
Attività Di Controllo Ufficiale Presso I Produttori Primari Di Alimenti Di Origine Animale (Laboratori, Polifunzionali, Pescherecci, Imbarcazioni, Ittiturismo, Acquacoltura, Mitilicoltura, Apicoltura, Vendita Diretta Uova, Distributori Latte Crudo, Vendita Diretta Alimenti Di O.A. Presso Aziende Agricole, Etc.)	21
Attività Di Controllo Ufficiale Presso I Punti Di Sbarco Di Prodotti Ittici	4
Attività Di Controllo Ufficiale Sul Commercio All'ingrosso E Depositi Di Alimenti Di O.A.	22
Audit (Verifica Della Conformità Alla Normativa Del Settore Alimentare E Su Laboratori Che Eseguono Analisi In Autocontrollo)	1
Categorizzazione Del Rischio Stabilimenti Riconosciuti E Registrati	377
Campionamenti Alimenti (Prisa-Pnamr-Uvac-Pnr)	140
Piano Di Monitoraggio E Sorveglianza Della Molluschicoltura (Mbv)	532
N° Animali Sottoposti A Visita Ante E Post Mortem Presso Stabilimenti Di Macellazione (Compreso Benessere Animale, Corretta Identificazione, Gestione Sottoprodotti, Etc.)	964
Quantitativo Di Organi/Parti Della Carcassa Sottoposti A Sequestro In Sede Di Visita Post Mortem Presso Stabilimenti Di Macellazione	420
Attività Di Controllo Ufficiale Sul Commercio In Aree Pubbliche (Fiere, Sagre, Manifestazioni Temporanee)	100
Attività Di Controllo Ufficiale Sul Commercio Ambulante In Sede Fissa	40
Attività Di Controllo Ufficiale Sul Trasporto Di Alimenti Su Strade E Autostrade	14
Attività Di Coordinamento	
Controlli Ufficiali Coordinati E Congiunti Con Altri Enti Di Controllo (Nas, Cdp, Gdf, Questura, Polizia Locale, Cc. Forestali, Icqrf, Etc)	45
Controlli Congiunti Con Strutture Afferenti Al Dipartimento Di Prevenzione (S.C. I.A.N, S.C. Sanita' Animale, S.S.D. I.A.P.Z) In Attività Programmate E/O In Emergenza	6
N° Riunioni Di Coordinamento E Programmazione	9
Gestione Malattie Alimentari/Esposti/Allerte Alimentari	
Attività Di Controllo Ufficiale In Occasione Di Mta/Esposti/Segnalazioni	49
Gestione Allerte Alimentari	32
Pareri	
N° Rilascio Pareri Igienico Sanitari/Riconoscimento Comunitario	4
Rilascio Attestazioni/Certificazioni Ufficiali	
Rilascio Nulla Osta Macellazioni Uso Privato	41
Rilascio Certificazioni Ufficiali/Attestazioni Sanitarie (Export, Idoneità Al Consumo, Riconoscimento Di Specie Ittiche, Distruzione Merci, Altre Attività Ufficiali, Etc.)	47
Azioni A Seguito Di Non Conformità	
Sanzioni	128
Provvedimenti Impositivi A Seguito Di Non Conformità	620
Provvedimenti Di Sospensione Parziale/Totale Dell'attività	14
Sequestri Amministrativi/Penali	24
Procedimenti Penali/Notizie Di Reato	2

Principali attività S.C. Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro 9 mesi 2025

Denominazione Attività	Dato 9 Mesi
Attività Di Vigilanza Nei Luoghi Di Lavoro	

Numero Aziende Con Dipendenti E Lavoratori Autonomi Oggetto Di Ispezione (Ovvero Di Sopralluogo)	128
Numero Aziende Con Controlli Documentali In Vigilanza (Senza Sopralluogo)	404
Numero Aziende Controllate	532
N° Sopralluoghi Complessivamente Effettuati	181
N° Verbal Penali	45
N° Verbal Amministrativi	1
N° Violazioni	88
N° Sequestri	2
N° Sospensioni Ai Sensi Dell'art. 14 D.Lgs. 81/08	6
Amianto	
N° Piani Di Lavoro Pervenuti Per Bonifica Amianto (Ex Art. 256 Punto 2 D. Lgs. 81/08)	202
N° Piani Di Lavoro Pervenuti Per Bonifica Amianto (Ex Art. 256 Punto 2 D. Lgs. 81/08) (Di Cui Con Urgenza)	28
N° Notifiche (Ex Art. 250 D. Lgs. 81/08)	84
N° Cantieri Ispezionati Per Amianto	5
Gestione Infortuni Sul Lavoro (Referti 365 Cp, Su Chiamata, Delega Procura, Ecc.)	
N° Inchieste Infortuni	35
Pareri	
N° Pareri	136
Attività Sanitaria	
Numero Di Visite Mediche Specialistiche Effettuate Dallo Psal Nell'ambito Di Istruttorie Medico Legali	34
N° Ricorsi Avverso Il Giudizio Del Medico Competente (Art. 41 Comma 9 D.Lgs. 81/2008)	4
Attività Di Formazione E Informazione	
N° Eventi Informazione/Formazione (Incontri, Seminari, Ecc.) Con Le Figure Aziendali Per La Prevenzione (Rspp, Medici Competenti, Coordinatori Per La Sicurezza, Ecc.)	12
N° Ore Di Formazione	87
N° Persone Formate	299

Principali attività S.C. Igiene degli Alimenti e nutrizione 9 mesi 2025

Denominazione Attività	Dato 9 Mesi
Attività Riconducibili Al Processo Controllo Ufficiale	
Registrazioni Imprese (Aggiornamento Data Base Operatori Economici)	600
Numero Ispezioni Per Controlli Ufficiali (Ristorazione Pubblica, Ecc)	143
Numero Di Audit	2
Numero Provvedimenti Amministrativi (Sospensioni, Sequestri, Sanzioni)	19
Numero Controlli Analitici Matrici Alimentari (Campionamento Alimenti)	99
Numero Dichiarazioni Conformità Campioni Alimenti	60
Numero Interventi Per Allerte Alimentari	30
Numero Certificazioni Per Export	36
Numero Interventi Per Mta	26
Numero Interventi Per Allerte Alimentari - Ambientali	1
Numero Pareri Richiesti Da Vari Enti	1
Numero Controlli E Disposizioni Su Uso Dei Fitosanitari	5
Rilascio Pareri Preventivi A Privati	15
Attività Riconducibili Al Controllo Acque Potabili	
Numero Ispezioni Per Verifica Impianti	11
Numero Campionamenti Per Monitoraggio	270
Numero Valutazione Risultati Analitici	270
Numero Provvedimenti In Caso Di Non Conformità	9
Numero Partecipazione Tavoli Tecnici Psa	4
Numero Pareri Rilasciati A Seguito Di Richieste Di Vari Enti (Concessioni Uso, Ecc.)	8
Numero Pareri Giudizio Potabilità - Qualità Acqua	2
Attività Ispettorato Micologico	
Numero Certificazioni Per Commercializzazione Funghi Epigei	32

Numero Controllo Ufficiale Funghi Posti In Commercio	3
Numero Consulenze Commestibilità Funghi A Privati Cittadini	18
Numero Consulenze In Caso Di Sospetta Intossicazione Da Funghi	3

Principali attività S.C. Sanità Animale 9 mesi 2025

Denominazione attività	Dato 9 mesi
Anagrafe zootecnica	
Controlli programmati in allevamento sul <i>Sistema di Identificazione e Registrazione (I&R)</i> tramite SCU, in parte anche ai fini della condizionalità, degli animali delle specie bovina/bufalina, delle specie ovina/caprina, della specie equina, della specie avicola, delle aziende di acquacoltura, degli allevamenti di elicicoltura, degli allevamenti di lagomorfi, degli allevamenti di camelidi ed altri ungulati e in apicoltura: numero di allevamenti controllati	21
Controlli non programmati in allevamento sul <i>Sistema di Identificazione e Registrazione (I&R)</i> tramite Verbale di Accertamento: numero di allevamenti controllati	15
<i>Aggiornamento Banca Dati Nazionale</i> relativamente ad allevamento, pascoli, fiere, mostre e mercati: numero di operazioni di registrazione, aggiornamento, chiusura, sospensione attività	312
Attribuzione/ mantenimento qualifiche sanitarie	
Controllo ai fini dell' attribuzione/ mantenimento della qualifica sanitaria per <i>Tubercolosi bovina, Brucellosi Bovina ed Ovicaprina</i> : numero di qualifiche attribuite	121
Controllo ai fini dell' attribuzione/ mantenimento della qualifica sanitaria per <i>Leucosi Bovina Enzootica, Rinotracheite Infettiva, Paratubercolosi, Scrapie</i> : numero di qualifiche attribuite	56
Controllo ai fini dell' attribuzione/ mantenimento della qualifica sanitaria per <i>Tubercolosi bovina, Brucellosi Bovina ed Ovicaprina</i> : campioni prelevati e prove effettuate	1.565
Controllo ai fini dell' attribuzione/ mantenimento della qualifica sanitaria per <i>Leucosi Bovina Enzootica, Rinotracheite Infettiva, Paratubercolosi, Scrapie</i> :: campioni prelevati e prove effettuate	654
Applicazione dei piani di sorveglianza, monitoraggio malattie infettive/infestive	
Applicazione dei piani di sorveglianza, monitoraggio malattie infettive/infestive: ingressi in allevamento o sul territorio	114
Applicazione dei piani di sorveglianza, monitoraggio malattie infettive/infestive: campioni prelevati, visite sanitarie effettuate.	139
<i>Peste Suina Africana</i> Piano nazionale di sorveglianza ed eradicazione 2025-2027 e Ordinanza commissariale 5/2024 Attività di sorveglianza passiva e passiva rafforzata (ricerca attiva): ingressi in allevamento o sul territorio	129
<i>Peste Suina Africana</i> Piano nazionale di sorveglianza ed eradicazione 2025-2027 e Ordinanza commissariale 5/2024: numero di schede accompagnamento cinghiali abbattuti.	536
Controlli sanitari	
Controlli sanitari (visite e/o prelievi) in allevamento ai fini della movimentazione degli animali da reddito o per spostamento di animali infetti o per sospetto focolaio: ingressi in allevamento	21
Controlli sanitari (visite e/o prelievi) in allevamento ai fini della movimentazione degli animali da reddito o per spostamento di animali infetti o per sospetto focolaio: campioni prelevati, visite effettuate.	37
Controlli di sanità pubblica per malattie infettive (es Leishmaniosi Leptosirosi ecc): campioni prelevati	103
Controlli di sanità pubblica per malattie infettive/infestive (es Leishmaniosi Leptosirosi ecc): segnalazioni effettuate	9
Gestione sospetto focolaio e focolaio e attività conseguenti a segnalazioni di non conformità sanitarie: indagini epidemiologiche svolte	1
Verifica e validazione piani di autocontrollo e piani di biosicurezza: numero di piani validati	26
controlli ufficiali di biosicurezza settore suinicolo ed avicolo: numero di allevamenti controllati	15
Vigilanza su animali morsiatori tramite analisi del rischio, osservazione sanitaria, valutazione aggressività: numero di morsiature gestite	52
Gestione dei casi sospetti di avvelenamento come da Ordinanza Ministeriale (OM) del 12 luglio 2019: casi gestiti	3
Accertamenti igienici sanitari su strutture di detenzione in seguito a richiesta di privati: numero di accertamenti	1

Attività sul territorio in seguito a segnalazioni, richiesta di supporto, sfratti, presso stabilimento o presso privati cittadini: numero di sopralluoghi	29
Prevenzione del randagismo	
Controlli nei canili rifugio (secondo DGR 27 del 10/01/2017), negli stabilimenti in cui sono detenuti animali da compagnia, sul territorio per le colonie feline e nelle strutture sanitarie veterinarie (compresi gli studi veterinari) : numero di strutture o colonie controllate	1
Recupero di animali vaganti sul territorio direttamente o tramite ditte (animali da compagnia e animali da reddito): numero di animali recuperati	303
Attività di vaccinazione e identificazione e registrazione su animali vaganti (sia animali da compagnia sia animali da reddito) : numero di animali vaccinati e identificati	50
Inserimento su SINAC delle colonie feline e identificazione o/e registrazione dei gatti di colonia: numero di operazioni in anagrafe SINAC	78
Attività di identificazione e registrazione su animali di proprietà : numero di animali identificati	18
Gestione anagrafe animali da compagnia	
Gestione anagrafe animali da compagnia: acquisizione , cessione, variazioni anagrafiche, smarrimento, decesso, rilascio duplicati certificato di iscrizione: numero di operazioni	1.823
Rilascio o rinnovo passaporti PET; numero	179
Gestione anagrafe strutture di detenzione e strutture sanitarie: nuovi inserimenti accreditamenti medici veterinari, aggiornamenti, variazioni anagrafiche: numero di operazioni	2
Procedimenti	
Procedimenti amministrativi: blocchi sanitari allevamenti, ordinanze, autorizzazioni, pareri	10
Sanzioni, diffide, sequestri, informative, relazioni ad altri organi di controllo ufficiale: numero	210
Attività Di Formazione E Informazione	
Attività informativa e divulgativa, produzione di materiale, incontri e riunioni con operatori e pubblico ecc.: numero eventi	5

Principali attività S.S.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche 9 mesi 2025

Denominazione attività	Dato 9 mesi
Registrazione e riconoscimenti attività/Rilascio autorizzazioni	
Registrazione attività ai sensi Reg. CE 183/05, Reg. CE 1069/09, Reg. CE 852/04	8
Autorizzazioni Trasporto Allegati H/G/Brevi/Lunghi viaggi ai sensi Reg. CE 1/2005	8
Rilascio certificati di idoneità conducenti/guardiani	1
Rilascio autorizzazione detenzione farmaci scorta propria/scorta impianto	1
Rilascio pareri e certificazioni	
Pratiche SUAP: parere per rilascio codice allevamento	78
Rilascio parere preventivo con o senza sopralluogo	1
Rilascio certificazioni (es. export mangimi e SOA)	1
Sopralluoghi su richiesta	
Sopralluoghi per esposti/su richiesta di privati	12
Sistema di allarme rapido I-RASFF	
Sistema di allarme rapido I-RASFF : attivazione e gestione allerte (es. mangimi e farmaci)	1
Controlli congiunti	
Controlli congiunti con Strutture afferenti al Dipartimento di prevenzione (S.C. I.A.O.A, S.C. SANITA' ANIMALE, S.C. I.A.N.) in attività programmate o in emergenza	15
Controlli congiunti con enti esterni (Carabinieri Nucleo Forestale, Polizia Stradale, Polizia locale, P.I.F., NAS, Polizia, Carabinieri) in attività programmate o in emergenza	13
Piano benessere animale e condizionalità	
Controlli benessere animale in allevamento	9
Controlli benessere animale al trasporto	4
Controlli campo condizionalità	3
Piano farmacosorveglianza	
Controlli sul farmaco veterinario in stabilimenti animali DPA	9
Controlli sul farmaco veterinario in stabilimenti animali non DPA	2
Controlli sul farmaco veterinario in distribuzione (grossisti, farmacie)	21
Controlli sul farmaco veterinario in Strutture e su Medici Veterinari	12
Piano alimentazione animale	

Controlli su Operatori Primari settore Mangimi	14
Controllo su Operatori settore mangimi attività di commercializzazione all'ingrosso/dettaglio	9
Controllo su Operatori settore mangimi attività di deposito/stoccaggio/trasporto	6
Controllo su Operatori settore mangimi Fornitori di sottoprodotti alimentari ad industria mangimistica	3
Controlli etichettatura su mangimi	5
Attività di campionamento	
Attività di campionamento ufficiale Piano Nazionale Residui	5
Attività di campionamento ufficiale Piano Nazionale Alimentazione Animale	19
Attività di campionamento ufficiale Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare e Sanità Animale	1
Verifica operatori settore sottoprodotti	
Controlli su Operatori Settore Sottoprodotti di Originale animale registrati/riconosciuti	12
Verifica procedura di smaltimento decesso animali da reddito	68
Verifica operatori filiera del latte	
Controlli su Operatori filiera latte: conferenti latte, caseifici aziendali	1
Settore riproduzione animale	
Controlli su strutture settore riproduzione animale	1
Attività di Audit	
Audit su Operatori	1
Attività Reg. UE 625/2019	
Relazioni di controllo ufficiale complessive	135
Provvedimenti amministrativi	4
Provvedimenti impositivi a seguito di non conformità	8
Non conformità rilevate	20
Attività di formazione	
Attività formativa verso Operatori/Stakeholder	2

Principali attività S.S.D. Medicina Legale 9 mesi 2025

Denominazione attività	Dato 9 mesi
Attività Certificative Ambulatoriali	
Cude	227
Idoneità Varie	40
Attività Certificative Su Atti	
Valutazioni Gravi Patologie	12
Valutazione Gravidanze A Rischio	501
Attività Ambulatoriali Collegiali	
Ricorsi Vari	3
Visite Richieste Da Enti Pubblici	4
Collegio Medico- Legale	6
Visite Per Conto Uffici Giudiziari	1
Attività Necroscopica	
Visite Necroscopiche	595
Sopralluoghi Medico- Legali	43
Riscontri Diagnostici	15
Accertamento Stati Invalidanti	
Visite Invalidità Civile	3.614
Visite Sordità Civile	8
Visite Cecità Civile	62
Visite L. 104 / 1992	3.073
Visite L. 68 / 99	410
Commissione Medica Locale Patenti Di Guida	
Accertamenti Ambulatoriali	2.112
Ambito Responsabilità Professionale	

Principali attività S.S.D. Epidemiologia 9 mesi 2025

S.S.D. Epidemiologia	Dato 9 mesi
Sorveglianza Hbisc (Periodica)	
N. Report prodotti	1 (report integrato Passi/HBSC su fumo)
Sorveglianza Passi (In Continuo)	
N. interviste realizzate/ interviste attese (% sull'atteso)	61,2%
Sorveglianza Passi D'argento (In Continuo)	
N. interviste realizzate/ interviste attese (% sull'atteso)	62,5%
Interventi Di Promozione Della Salute Nel Setting Scolastico	
Rendicontazione periodica con format Alisa (vedi obiettivo Budget TP_OB7_2025)	Report inviato ad Alisa in data 19/8/2025
N. corsi offerti alle scuole con dettaglio edizioni e tema	6 (Diario della salute, 2 Life skills primaria, Life skills secondaria, 2 Rete senza fili)
N. incontri con le famiglie	2
Definizione piano offerta formativa per anno scolastico 2025/26	Delibera del DG Alisa n. 232 del 5/8/2025. Inoltrata a tutte le scuole in collaborazione con Ufficio scolastico
Presentazione Offerta formativa per l'as 2025/26 a tutte le scuole del territorio.	30/9/2025 Presentazione Patto educativo di comunità in cui è inserita anche l'offerta formativa regionale
N. Riunioni del tavolo regionale Scuole liguri che promuovono salute	2
Interventi Di Promozione Della Salute Nel Setting Comunitario	
N. sopralluoghi/eventi su Gruppi di Cammino	27
Corsi Di Aggiornamento/Formazione Al Personale Della Struttura	
N. operatori che hanno partecipato a corsi (con dettaglio edizioni e tema)	28 partecipazioni da parte di 5 operatori (Progetto di educazione affettiva e sessuale "W l'amore"; Sicurezza; Infezioni correlate all'assistenza, Analisi dati Passi e PDA; Anticorruzione; vigilanza; Fascicolo elettronico; Privacy)
Sorveglianza RespiVirnet (Stagionale)	
N. report settimanali	16
Ita-Hes Progetto Cuore (Periodica)	
N. Prenotati/attesi	104,5% (209/200)
N. Visite e prelievi effettuati/attesi	100,5% (201/200)
N. pz refertati/attesi	100%
Consulenza Per Strutture Aziendali O Esterne	
N. Richieste evase pervenute da strutture interne	15
N. Richieste evase pervenute da strutture esterne	13
N. partecipazioni a riunioni, tavoli istituzionali, eventi ecc.	18

3.7 Programma nazionale esiti (PNE)

Il PNE è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. Le applicazioni su cui si concentra l'attività del PNE riguardano prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori (ospedali) e tra gruppi di popolazione (ASL di Residenza) e l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività. Gli indicatori utilizzati da PNE, sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti da processi, procedure, tempi. In data 09/12/2025 sono stati presentati gli indicatori del PNE per l'anno 2024 per i quali si propone di seguito il treemap dei due stabilimenti ospedalieri che permettono di fornire una valutazione sintetica della singola struttura negli ambiti nosologici considerati. Si sottolinea un miglioramento globale degli indicatori rispetto al 2023. L'ambito che rileva maggiore criticità è quello ortopedico. Con una bassa, seppur migliorata, % dei femori operati entro le 48 ore.

Per un approfondimento si rimanda a <https://pne.agenas.it/>.

Indicatori PNE 2024 Ospedale Sant'Andrea La Spezia - (SP)

Ospedale Sant'andrea



- Molto Basso
- Basso
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND

Ospedale Sant'andrea



Indicatori PNE 2024 Ospedale San Bartolomeo - (SZ)

Stabilimento San Bartolomeo

Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

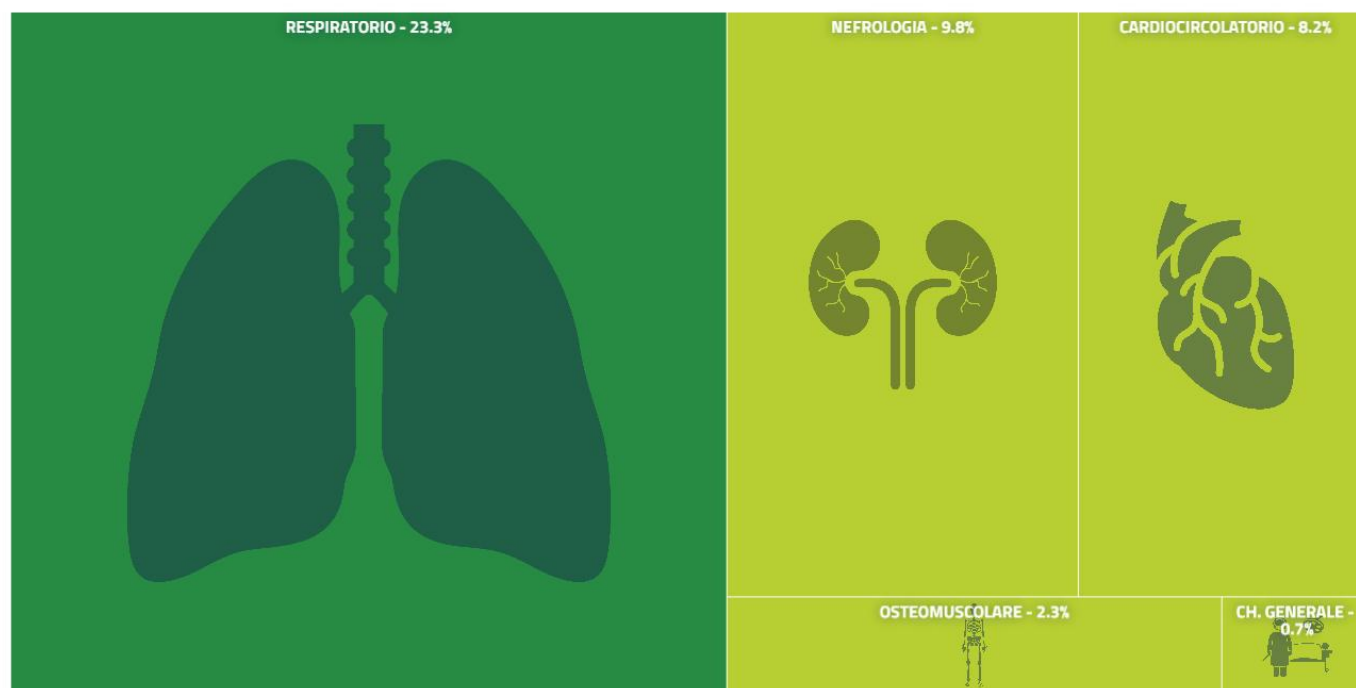
Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 10368

Polo Ospedaliero 4965

- Molto Basso
- Basso
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND

Stabilimento San Bartolomeo



Fonte: <https://pne.agenas.it/>

4 Progetti PNRR

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, o PNRR, è il piano approvato nel 2021 dall'Italia per rilanciarne l'economia dopo la pandemia di COVID-19, al fine di permettere lo sviluppo verde, tecnologico e di digitalizzazione del Paese. In questo contesto, l'Azienda ha preso parte, negli ultimi anni, a diversi progetti finanziati dal PNRR, alcuni dei quali risultano già completati e collaudati.

Si riportano di seguito tabelle riepilogative per i progetti PNRR seguiti da ASL5, suddivisi per ammodernamento tecnologico/digitale, ammodernamento informatico e ammodernamento territoriale.

Progetti di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Nell'ultimo triennio sono stati collaudati 5 progetti PNRR correlati ai grandi macchinari aziendali, restano in fase di collaudo/realizzazione 7 progetti. Si rimanda alla tabella riepilogativa sottostante:

intervento PNRR	Stato di attuazione
Ecotomografo per Radiologia Osp. Sant'Andrea della Spezia	Collaudata in data 31/08/2022
Mammografo digitale con tomosintesi per Poliambulatorio via Sardegna (Bragarina) della Spezia	Collaudata in data 02/01/2023.
TAC 128 strati per radiologia PS Osp. Sant'Andrea della Spezia	Collaudata in data 07/06/2024
TAC 128 strati per Radiologia Osp. Sant'Andrea della Spezia	Collaudata in data 20/03/2024.
Angiografo per cardiologia Osp. Sant'Andrea della Spezia	Collaudata in data 12/12/2024
Mammografo digitale con tomosintesi per Senologia Osp. Sant'Andrea della Spezia	Definita nuova sede di installazione presso la Radiologia dell'Ospedale San Bartolomeo di Sarzana. Collaudo apparecchiatura previsto entro il 31/12/2025
Tavolo radiologico telecomandato per Radiologia Osp. Sant'Andrea della Spezia	Apparecchiatura consegnata il 10/11/2025. Collaudo apparecchiatura previsto entro il 31/12/2025
Risonanza Magnetica Nucleare per Radiologia Osp. San Bartolomeo di Sarzana	Apparecchiatura consegnata il 13/12/2025. Collaudo apparecchiatura previsto entro il 31/12/2025
Realizzazione n°4 posti letto di terapia intensiva presso Osp. Sant'Andrea della Spezia (cod. int. TI-LIG_11015_488)	I 4 posti letto previsti sono stati realizzati.
Realizzazione n°10 posti letto di terapia intensiva presso Osp. San Bartolomeo di Sarzana (cod. int. TI-LIG_11027_489)	2 posti letto sono stati realizzati, 8 rimangono da realizzare. Il progetto definitivo è stato consegnato. Si prevede fine lavori entro 31/08/2026.
Realizzazione n°12 posti letto di terapia semi-intensiva presso Osp. San Bartolomeo di Sarzana (cod. int. TI-LIG_11015_490)	Intervento complesso di realizzazione ex-novo presso l'Ospedale di Sarzana. In corso di realizzazione il progetto esecutivo. Si stima la conclusione dei lavori entro 31/12/2026.
Potenziamento e razionalizzazione della rete di emergenza urgenza presso Pad. Da Pozzo dell'Osp. Sant'Andrea della Spezia (cod. int. PS-LIG_011015_524)	Il progetto esecutivo è in fase di ultimazione. La sede dell'intervento è al S. Andrea pad. 2. Si ipotizza inizio lavori a febbraio 2026 e conclusione lavori entro agosto 2026.

Progetti di ammodernamento del parco informatico

Si riportano di seguito i principali progetti di miglioramento informatico, alcuni seppur operativi, in fase di aggiornamento. Si rimanda alla tabella riepilogativa sottostante:

intervento PNRR	Stato di attuazione
Cartella clinica informatizzata: implementazione ed uso in tutti i reparti ospedalieri	Operativa in quasi tutti i reparti ospedalieri in data 30/06/2025. Esclusi al momento 4 reparti.
Cartella oncologica e farmaci antitumorali: attivazione ed uso programma presso Farmacia ed Oncologia	Programma acquistato nel primo semestre ed implementato nei primi mesi del secondo semestre. Operativo e in uso nei reparti individuati.
Implementazione del Data Warehouse Aziendale	Il programma è stato attivato in fase "grezza" nei primi mesi del 2025. Il CCD ha supervisionato e coordinato le implementazioni nel corso dell'anno. Ad oggi disponibili sulla piattaforma: • SDO ASL5 e Privati accreditati

	• Specialistica ambulatoriale • Pronto Soccorso • Mobilità Passiva ricoveri • Costi Diretti • Presenze • RIS (radiologia) • FAR
--	---

Progetti di ammodernamento territoriale

Si riportano di seguito i principali progetti di potenziamento territoriale. Si rimanda alla tabella riepilogativa sottostante:

Intervento PNRR	Stato di attuazione a novembre 2025
Realizzazione Centrale Operativa Territoriale Distretto 17 - Sede Di Brugnato (Sp) - Via Brinati 2	Lavori conclusi
Realizzazione Casa Della Comunità Del Distretto 18 Via XXIV Maggio 139	Lavori conclusi
Realizzazione Casa Della Comunità Del Distretto 18 Via Sardegna 45	Lavori conclusi
Realizzazione Centrale Operativa Territoriale Distretto 18 - Via 24 Maggio 139	Lavori conclusi
Realizzazione Centrale Operativa Territoriale Distretto 19 Val Di Magra - Via Cisa Sud Localita' Santa Caterina Sarzana (Sp)	Lavori conclusi
Realizzazione Casa Della Comunità Distretto 19 - Via Cisa Sud Località Santa Caterina Sarzana	In corso di esecuzione lavori interni ed esterni
Realizzazione Casa Della Comunità Distretto 19 - Via Madonnina N. 101 - Luni (Sp)	In corso di esecuzione lavori interni ed esterni
Realizzazione Ospedale Di Comunità Distretto 17 Presidio Ospedaliero San Nicolò Di Levanto	In corso di esecuzione lavori interni ed esterni
Realizzazione Casa Della Comunità Del Distretto 17 - Sede Di Bolano (Sp) Frazione Ceparana Piazza Novellini	In corso di esecuzione lavori interni ed esterni

5 Performance individuale: progetto triennale di revisione

Nel 2024 la Direzione Strategica ha avviato il percorso di riprogettazione del SMPV, considerando i principali cambiamenti istituzionali, sociali, umani, tecnologici e organizzativi, che incidono sulla performance complessiva dell'Azienda.

L'obiettivo prioritario è quello di rispondere al fabbisogno di integrazione tra il Sistema delle Performance Individuali e il Sistema delle Performance delle Unità Operative, attraverso un processo di gestione del cambiamento.

Le variabili dell'azione organizzativa sono state declinate secondo lo schema seguente:



Il Coordinamento dell'azione è svolta da un gruppo di lavoro multidisciplinare, in tre fasi:

- Fase 1 (anno 2024)
Formazione trasversale, rivolta a tutto il personale, in gruppi multidisciplinari (di 15-20 persone); analisi SWOT, quale strumento di pianificazione strategica per valutare i punti di forza (S), debolezza (W), opportunità (O) e minacce (T) e condividere la progettualità, per potenziare la consapevolezza diffusa che generare una cultura specifica del “valore” di ognuno.
- Fase 2 (anno 2025)
Formazione specifica sulla “motivazione” e simulazione della declinazione degli obiettivi organizzativi a livello di singolo dipendente. Progettazione sperimentazione del Sistema di autovalutazione (Scheda), con proposte di contenuti per la revisione del regolamento aziendale
- Fase 3 (anno 2026)
Applicazione sperimentale del nuovo SMVP, con supporto informatico.

Nell'anno 2025, gli Indicatori dell'obiettivo del progetto sono schematizzabili come segue:

- Partecipazione diffusa al Progetto (percorso completo del personale dipendente) 85%;
- FAD – domande sulla Motivazione (n. 5 risposte/100%) – e Compilazione Questionario = 90% degli iscritti alla FAD
- Progettazione Scheda performance individuale: selezione obiettivo individuale con indicatore; individuazione competenze qualificanti e valutatore/i (n. Schede inviate/ n. totale partecipanti al corso) 95%;
- Sottoscrizione proposta di nuovo modello di SMVP, con suggerimenti migliorativi (n. sottoscrizione documento/n. totale partecipanti al corso) 85%

Per il dipendente la performance individuale verrà misurata attraverso la valutazione dell'aderenza al progetto aziendale, ovvero lo svolgimento del corso FAD che prevede oltre a una parte frontale anche:

- 1) Questionario sulla Motivazione del personale – Compilazione Questionario (vale 20)= max 40%
- 2) Sperimentazione della declinazione di un obiettivo di budget in obiettivo individuale andando a indicare il contributo possibile, il livello di coinvolgimento nonché il sistema di misurazione; Selezione soft skills necessarie a raggiungere l'obiettivo, individuazione valutatore/i (30%)
- 3) Sottoscrizione/invio del nuovo modello SMVP attraverso la compilazione di un questionario che ha come obiettivo la revisione del regolamento di performance individuale e che sarà la base della proposta a cui lavorare nel 2026 per la messa a regime (20%)
- 4) Completamento percorso (10%);

Per l'anno 2026, ovvero la terza fase di revisione del processo di valutazione della performance aziendale gli obiettivi da perseguire sono da ricondurre all' approvazione nuovo SMVP aziendale con particolare riferimento all'approvazione del regolamento e messa a regime di quanto sperimentato nella fase 2. Nello specifico l'obiettivo individuale di tutto il personale dipendente si baserà sull'individuazione di un obiettivo specifico individuale a partire dagli obiettivi organizzativi.

6 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.

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. La performance organizzativa esprime, quindi, il risultato che un'intera organizzazione consegue ai fini del raggiungimento degli obiettivi di sistema e nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

6.1 Obiettivi per il Budget 2026

La programmazione annuale 2026, in attesa della definizione di quello che sarà il nuovo assetto istituzionale, è elaborata nell'ambito dei seguenti confini:

- continuità dei servizi /stabilità operativa;
- supporto alla fase di transizione/ fattivo contributo al cambiamento.

Pertanto la programmazione poggia sui seguenti importanti pilastri:

- Indicazioni A.Li.Sa / Obiettivi dei Direttori Generali degli anni pregressi;
- Mantenimento progettualità aziendali in essere, con particolare riferimento alla fase 3 del Progetto di revisione del Sistema della performance aziendale ovvero alla declinazione individuale di obiettivi organizzativi;
- Proposte da Direttori Dipartimento / Direttori S.C.

Linee di indirizzo budget 2026

Indicazioni A.Li.Sa / Obiettivi dei Direttori Generali degli anni pregressi

- Progetto governo liste di attesa specialistica: Rispetto tempi attesa PNGLA (Indice performance);
- Presa in carico domiciliare over 65 in coerenza con obiettivi in coerenza con Sub-investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare
- Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865
- Copertura vaccinale a 24 mesi: nei bambini per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); nei bambini per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR); anti-pneumococcica d)anti-meningococcica C
- Copertura vaccinale anti- HPV
- Screening colon retto
- Consolidare la qualità dei dati dei consumi dei farmaci trasmessi per garantire gli adempimenti LEA (LEA C14-C15, LEA C6)
- Implementazione utilizzo farmaci biosimilari
- Mantenimento della qualifica sanitaria di INDENNE degli allevamenti per tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovis-caprina, leucosi bovina e ovina

Mantenimento progettualità aziendali in essere

- Revisione processo valutazione performance (fase 3)
- Mantenimento prerequisito finalizzato alla Condivisione della scheda di budget con tutto il personale per attivare un processo di partecipazione attiva alla riprogettazione del processo di performance;
- Introduzione di un ulteriore momento di condivisione finalizzato all'elaborazione di una proposta condivisa di obiettivi organizzativi da declinare in obiettivi individuali;
- Declinazione di un obiettivo individuale a ciascun dipendente assegnato alla struttura.

- Azzeramento ticket non riscosso al momento dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Smaltimento ferie pregresse
- Mantenimento del rapporto costi ricavi
- Efficientamento dei processi ospedalieri
- Messa a regime del modello di bed management;
- Riduzione degenza media
- Chiusura delle SDO al primo invio
- Efficientamento attività sala operatoria (Aumento sedute con entrata nel blocco entro le 7:30; Aumento sedute con anestesia entro le ore 8:00; 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)
- Miglioramento della presa in carico dei pazienti in dimissione dall'ospedale da parte della COT
- Riorganizzazione ed efficientamento dell'area della protesica
- Miglioramento richieste trasporti area territoriale
- Realizzazione del PUA con ampliamento ed integrazione dei servizi (istituzionale + libera professione)
- Adempimenti PNRR digitale, attrezzature, edilizia: rendicontazione progettualità e conseguente recupero finanziario
- Fascicolo personale informatizzato
- Sviluppo progettualità territoriali: Ambulatori prossimità, Servizi sanitari decentrati, Sedi prelievi, Attivazioni progetti strategici regionali (es: scompenso)

Infine ciascuna struttura ha come obiettivo quello di fornire tutto il supporto necessario finalizzato a contribuire alla riforma sanitaria in essere.

In conclusione, il presente Piano della performance deve essere considerato uno strumento flessibile per recepire eventuali ulteriori atti programmatici da parte di Regione Liguria.

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
AVVISI STRUTTURA COMPLESSA							
1	S.C. SPDC	Dirigente Medico		1	Delibera 112/2024	Concluso	
2	S.C. ORTOPEDIA	Dirigente Medico		1	Delibera 829/2024	Concluso	
3	S.C. RADIODIAGNOSTICA	Dirigente Medico		1	Delibera 355/2024	Concluso	
4	S.C. NEUROLOGIA	Dirigente Medico		1	Delibera 30/2025	Concluso	
5	S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Dirigente Medico		1	Delibera 370/2025	Concluso	
6	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Dirigente Medico		1	Delibera 539/2025	Concluso	
CONCORSI DIRIGENTI MEDICI							
1	Concorso Dirigente medico disciplina CHIRURGIA GENERALE			3	Delibera 930/2024	Concluso	
2	Concorso Dirigente medico disciplina CARDIOLOGIA CLINICA RIABILITATIVA			2	Delibera 931/2024	Concluso	
3	Concorso Dirigente medico disciplina MEDICINA TRASFUSIONALE			1	Delibera 109/2025	Concluso	
4	Concorso Dirigente medico disciplina RADIODIAGNOSTICA			5	Delibera 109/2025	Concluso	
5	Concorso Dirigente medico disciplina ONCOLOGIA			1	Delibera 110/2025	Concluso	
6	Concorso Dirigente medico disciplina PSICHIATRIA			7	Delibera 110/2025	Concluso	
7	Concorso Dirigente medico disciplina ORTOPEDIA			5	Delibera 111/2025	Concluso	
8	Concorso Dirigente medico disciplina OSTETRICIA E GINECOLOGIA			5	Delibera 111/2025	Concluso	
9	Concorso Dirigente medico disciplina Emergenza 118			2	Delibera 211/2025	Concluso	
10	Concorso Dirigente medico disciplina MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA			15	Delibera 299/2025		Mancanza candidature
11	Concorso Dirigente medico disciplina MEDICINA INTERNA			6	Delibera 299/2025	Concluso	
12	Concorso Dirigente medico disciplina EMATOLOGIA			1	Delibera 299/2025	Concluso	

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
13	Concorso Dirigente medico disciplina Nefrologia			2	Delibera 380/2025	Concluso	
14	Concorso Dirigente medico disciplina Gastroenterologia			2	Delibera 380/2025	Concluso	
15	Concorso Dirigente medico disciplina UROLOGIA			3	Delibera 595/2025	Concluso	
CONCORSI DIRIGENTI SANITARI/TECNICI							
1	Dirigente professioni sanitarie TECNICO DELLA PREVENZIONE			1	Delibera 333/2024	concluso	
2	Dirigente ING BIOMEDICO			1	Delibera 1120/2024	Concluso	
3	Dirigente professioni sanitarie INFERMIERISTICA			1	Delibera 1022/2024	Concluso	
4	Dirigente RADIOFARMACISTA			1	Delibera 456/2024	Concluso	
CONCORSI COMPARTO							
1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO			5	Delibera 1077/2023	Sospeso con nota Regione Liguria	
2	CONCORSO PUBBLICO Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico			4	Delibera 1047/2024	Concluso	
3	Concorso Pubblico Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro			4	Delibera 1048/2024	Concluso	
4	Concorso Pubblico Fisioterapista			5	Delibera 1049/2024	Concluso	
5	Collaboratore Tecnico Professionale - Informatico			1	Delibera 108/2025	Concluso	
6	Concorso Pubblico - Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Sistemi Edilizi			2	Delibera 423/2025	Concluso	
7	Concorso Pubblico - Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Elettrico			2	Delibera 423/2025	da riaprire termini	
8	Concorso Pubblico Tecnico di Radiologia Medica			10	Delibera 456/2025	Concluso	
AVVISI A TEMPO DETERMINATO DIRIGENTI MEDICI							

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
1	Avviso a tempo Determinato Dirigente Oftalmologia			1	Delibera 186/2025	Concluso	
2	Avviso a Tempo Determinato Chirurgia Vascolare			1	Delibera 467/2025	Concluso	
3	Avviso a Tempo Determinato Medicina Legale			1	Delibera 915/2025	Concluso	
AVVISI A TEMPO DETERMINATO COMPARTO							
1	Avviso a Tempo Determinato Infermiere			20	Delibera 349/2025	Concluso	
2	Avviso a Tempo Determinato Operatore Sociosanitario			20	Delibera 416/2025	Concluso	
3	Avviso a Tempo Determinato Laboratorio biomedico			10	Delibera 610/2025	Concluso	
4	Avviso a Tempo Determinato Ostetrica			10	Delibera 670/2025	Concluso	
5	Avviso a Tempo Determinato Infermiere			15	Delibera 812/2025	Scadenza candidature 31/12/2025	1° gruppo candidature in fase Espletato
6	Giornalista / Addetto Stampa			1	Delibera 906/2025	Concluso	
PROCEDURE DI MOBILITA'							
1	ASSISTENTE SOCIALE			1	Delibera 929/2024	Concluso	
2	Coadiutore Amministrativo Senior			1	Delibera 350/2025	Concluso	
3	Assistente Amministrativo			3	Delibera 350/2025	Concluso	
4	Dirigente Medico Chirurgia Plastica			1	Delibera 469/2025	Concluso	
5	Infermiere			6	Delibera 397/2025	Concluso	
6	Dirigente Medico Psichiatria			2	Delibera 762/2025	Concluso	
7	DIRIGENTE VETERINARIO			1		Concluso	
8	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica			1	Delibera 236/2025	Concluso	
SELEZIONI CENTRO IMPIEGO/DISABILI							
1	COPERTURA QUOTA D'OBBLIGO DISABILI -Area operator - COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR ART 1 LEGGE 68			10	Delibera 265/2024	Concluso	in fase di ASSUNZIONE
BORSE STUDIO							

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
1	BORSA di studio in fisica sanitaria			1	Delibera 40/2025	Concluso	
2	Borsa di studio revisione processo registrazione OSA			1	Delibera 414/2025	Concluso	
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI							
1	Dirigente Medico per SSCure Domiciliari			1	Delibera705/2024	Concluso	
2	Dirigente medico disciplina di NEUROPSICHIATRIA PER SSD DISABILI			1	delibera 83/2025	Concluso	
3	Dirigente medico disciplina medicina d'urgenza pronto soccorso e 112			2	Delibera 121/2025	Concluso	
4	Dirigente Gastroenterologia			1	Delibera 185/2025	Concluso	
5	Dirigente Odontoiatria			1	Delibera 351/2025	Concluso	
6	Dirigente medico NECROSCOPO			1	Delibera 376/2025	Concluso	
7	Dirigente Medico Nefrologia			1	Delibera 379/2025	Concluso	
8	Dirigente Ostetricia e Ginecologia			2	Delibera 412/2025	Concluso	
9	Ingegnere Professionista Antincendio			1	Delibera 413/2025	Concluso	
10	Dirigente medico disciplina di Medicina Interna			2	Delibera 507/2025	Assenza candidature	
11	Dirigente Medico per Ospedale di Comunità			1	Delibera 584/2025	Concluso	
12	Dirigente Medico Oftalmologia			1	Delibera 585/2025	Concluso	
13	Dirigente Medico Psichiatria			1	Delibera 609/2025	Concluso	
14	Esperto Gestione Economica, Fiscale e Previdenziale del personale			1	Delibera 666/2025	Concluso	
15	Espero in Co-Produzione delle Case della Comunità			1	Delibera 826/2025	Concluso	
16	Dirigente Psicologo Stress Lavoro Correlato			1	Delibera 852/2025	Concluso	
17	Dirigente Medico Otorinolaringoiatria			1	Delibera 962/2025	Concluso	Mancanza cadidature
BANDI INTERNI ELEVATA QUALIFICAZIONE							

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
SELEZIONI INTERNE VERTICALI							
INCARICHI DIRIGENZIALI SANITARI e PTA (S.S.D./ S.S. e altri incarichi)				ND			
9	STRUTTURE SEMPLICI (SS)						
12	ALTISSIMA PROFESSIONALITA'(CX)						
41	ALTA SPECIALIZZAZIONE (CC)						
INCARICHI DIRIGENZIALI F.F.				ND			
INCARICHI DI FUNZIONE COMPARTO				ND			
1	Procedure selettive conferimento incarichi di funzione organizzativa con coordinamento cod. 4.4 "Chirurgia Multispecialistica Sarzana"				Delibera 603/2025		
2	Procedure selettive conferimento incarichi di funzione organizzativa con coordinamento cod. 5.4 "Radiodiagnostica Sarzana/Neuroradiologia"				Delibera 603/2025		
BANDI MOBILITA' INTERNE				ND			

	PROCEDURE CONCORSUALI ESPLETATE ANNO 2025						ALLEG. 1 al PTFP 2026-2028
	Denominazione della procedura concorduale	Profilo professionale ricercato	Disciplina di inquadramento	Numero di posti a bando	INDIZIONE	Stato di avanzamento della procedura	note varie
RIEPILOGO SINTETICO	PROCEDURE in PROGRAMMAZIONE						
	AVVISI STRUTTURA COMPLESSA	6					
	CONCORSI DIRIGENTI MEDICI	15					
	CONCORSI DIRIGENTI SANITARI/TECNICI	4					
	CONCORSI COMPARTO	8					
	AVVISI A TEMPO DETERMINATO DIRIGENTI MEDICI	3					
	AVVISI A TEMPO DETERMINATO DCOMPARTO	6					
	PROCEDURE DI MOBILITA'	8					
	SELEZIONI CENTRO IMPIEGO/DISABILI	1					
	BORSE STUDIO	2					
	INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI	17					
	ELEVATA QUALIFICAZIONE e PASSAGGI VERTICALI DEL COMPARTO	0					
	INCARICHI DIRIGENZIALI SANITARI e PTA (S.S.D./ S.S. e altri INCARICHI)	62					
	INCARICHI DIRIGENZIALI F.F.		n.d				
	INCARICHI DI FUNZIONE COMPARTO	2					
	BANDI MOBILITA' INTERNE		n.d				
	TOTALE	134					

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2026/2028						ALLEGATO n. 2												
C.C.N.L.	Profilo professionale (selezionare)	Disciplina di inquadramento (selezione necessaria solo per Dirigenza Medico/Veterinaria e Dirigenza Sanitaria)	Descrizione SC (Solo per Dirigente S.C.)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area del profilo (solo per il personale del Comparto)	PERSONALE IN SERVIZIO AL 30/11/2025				CESSAZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026				ASSUNZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026			DOTAZIONE PREVISTA ANNO 2026	NOTE EVENTUALI
						TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	SUMAI	TOTALE	TEMPO INDETERIMINATO	PASSAGGIO AREA ex art. 21 E ELEVATA QUALIFICAZIONE EX ART. 16 (solo per il personale del Comparto)	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO (compresi Tempo DETERMINATO)	PASSAGGIO AREA ex art. 21 CCNL (solo per il personale del Comparto)	TOTALE		
	Dirigente Medico S.C.	A103 CARDIOLOGIA	SC CARDIOLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A103 CARDIOLOGIA	SC RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A107 GASTROENTEROLOGIA	SC GASTROENTEROLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A109 GERIATRIA	SC GERIATRIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A109 GERIATRIA	SC DISTRETTO 17			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A109 GERIATRIA	SC DISTRETTO 18			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A111 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	SC PNEUMOLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A112 MALATTIE INFETTIVE	SC MALATTIE INFETTIVE				1		1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A113 MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA/ 112	SC EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERA 118			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A113 MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA/ 112	SC. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A113 MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA/ 112	SC DISTRETTO 19			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A115 MEDICINA INTERNA	SC MEDICINA INTERNA 1			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A115 MEDICINA INTERNA	SC MEDICINA INTERNA 2			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A115 MEDICINA INTERNA	SC GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A117 NEFROLOGIA	SC NEFROLOGIA E DIALISI			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A119 NEUROLOGIA	SC NEUROLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A120 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZA						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A121 ONCOLOGIA	SC ONCOLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A123 PSICHIATRIA	SC SERVIZIO PSICHIATRICO DISGONI E CURA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A123 PSICHIATRIA	SC ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE 18			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A123 PSICHIATRIA	SC ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE 17 E 19			1			1	1			1	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A124 RADIOTERAPIA	SC RADIOTERAPIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A202 CHIRURGIA GENERALE	SC CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A207 CHIRURGIA VASCOLARE	SC CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A208 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A210 OFTALMOLOGIA	SC OFTALMOLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A211 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A212 OTORINOLARINGOIATRIA	SC OTORINOLARINGOIATRIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A213 UROLOGIA	SC UROLOGIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A301 ANATOMIA PATOLOGICA	SC ANATOMIA PATOLOGICA						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A302 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A306 MEDICINA TRASFUSIONALE	SC IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A308 MEDICINA NUCLEARE	SC MEDICINA NUCLEARE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A312 PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI)	SC PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI			1			1	1			1	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A313 RADIODIAGNOSTICA	SC RADIODIAGNOSTICA SC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A313 RADIODIAGNOSTICA	SC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A401 IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A402 IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C.	A403 MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA AMB. DI LAVORO	SC PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico S.C.	A115 MEDICINA INTERNA	SC FRAGILITA' E CRONICITA'						0				0	1		1	1	
	Dirigente Medico S.C. DMPO	A405 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO			1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico	A101 ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA					5	2		7			1	1		1	7	
	Dirigente Medico	A103 CARDIOLOGIA					21	1	6	28	1			1		6	33	
	Dirigente Medico	A104 DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA					1		3	4				0	2		2	6
	Dirigente Medico	A105 EMATOLOGIA					1			1				0	1		1	2
	Dirigente Medico	A106 ENDOCRINOLOGIA					2		4	6				0			0	6
	Dirigente Medico	A107 GASTROENTEROLOGIA					4		2	6	1			1	2		2	7
	Dirigente Medico	A108 GENETICA MEDICA					1			1				0			0	1
	Dirigente Medico	A109 GERIATRIA					11			11				0	4		4	15
	Dirigente Medico	A110 MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA					2			2				0	1		1	3
	Dirigente Medico	A111 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO					9	1	2	12	1		1	2	2		2	12

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2026/2028					ALLEGATO n. 2													
C.C.N.L.	Profilo professionale (selezionare)	Disciplina di inquadramento (selezione necessaria solo per Dirigenza Medico/Veterinaria e Dirigenza Sanitaria)	Descrizione SC (Solo per Dirigente S.C.)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area del profilo (solo per il personale del Comparto)	PERSONALE IN SERVIZIO AL 30/11/2025				CESSAZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026				ASSUNZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026			DOTAZIONE PREVISTA ANNO 2026	NOTE EVENTUALI
						TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	SUMAI	TOTALE	TEMPO INDETERIMINATO	PASSAGGIO AREA ex art. 21 E ELEVATA QUALIFICAZIONE EX ART. 16 (solo per il personale del Comparto)	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO (compresi Tempo DETERMINATO)	PASSAGGIO AREA ex art. 21 CCNL (solo per il personale del Comparto)	TOTALE		
	Dirigente Medico	A112 MALATTIE INFETTIVE				7			7				0	3		3	10	
	Dirigente Medico	A113 MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA				25			25				0	20		20	45	
	Dirigente Medico	A114 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE				8		4	12	1			1	2		2	13	
	Dirigente Medico	A115 MEDICINA INTERNA				11			11	1			1	8		8	18	
	Dirigente Medico	A117 NEFROLOGIA				13			13				0	2		2	15	
	Dirigente Medico	A119 NEUROLOGIA				11		3	14				0			0	14	
	Dirigente Medico	A120 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE				7	1	1	9			1	1	1		1	9	
	Dirigente Medico	A121 ONCOLOGIA				8	1	1	10			1	1	1		1	10	
	Dirigente Medico	A122 PEDIATRIA				1			1				0	1		1	2	
	Dirigente Medico	A123 PSICHIATRIA				13		7	20	1			1	8		8	27	
	Dirigente Medico	A124 RADIOTERAPIA				4	1		5			1	1	1		1	5	
	Dirigente Medico	A202 CHIRURGIA GENERALE				16	2	1	19	1		2	3	3		3	19	
	Dirigente Medico	A205 CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA				1		2	3				0			0	3	
	Dirigente Medico	A206 CHIRURGIA TORACICA				2			2				0			0	2	
	Dirigente Medico	A207 CHIRURGIA VASCOLARE				4	1	1	6			1	1	1		1	6	
	Dirigente Medico	A208 GINECOLOGIA E OSTETRICIA				7	1	3	11	1		1	2	6		6	15	
	Dirigente Medico	A210 OTALMOLOGIA				6		1	7				0	2		2	9	
	Dirigente Medico	A211 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				9		3	12				0	6		6	18	
	Dirigente Medico	A212 OTORINOLARINGOIATRIA				6		2	8				0	2		2	10	
	Dirigente Medico	A213 UROLOGIA				4	1	1	6			1	1	4		4	9	
	Dirigente Medico	A301 ANATOMIA PATOLOGICA				6			6				0	2		2	8	
	Dirigente Medico	A302 ANESTESIA E RIANIMAZIONE				24	5		29			5	5	7		7	31	
	Dirigente Medico	A306 MEDICINA TRASFUSIONALE				5			5				0	1		1	6	
	Dirigente Medico	A307 MEDICINA LEGALE				2		1	3				0	1		1	4	
	Dirigente Medico	A308 MEDICINA NUCLEARE				6	1		7			1	1	1		1	7	
	Dirigente Medico	A310 NEUROFISIOPATOLOGIA				1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico	A311 NEURORADIOLOGIA				3			3				0			0	3	
	Dirigente Medico	A312 PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI)				4			4				0	1		1	5	
	Dirigente Medico	A313 RADIOLOGIA				19		2	21	1			1	5		5	25	
	Dirigente Medico	A401 IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA				8	1	1	10			1	1	1		1	10	
	Dirigente Medico	A402 IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE				1			1				0			0	1	
	Dirigente Medico	A403 MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA AMB. DI LAVORO				2		1	3				0	1		1	4	
	Dirigente Medico	A404 ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE				3			3	1			1	1		1	3	
	Dirigente Medico	A405 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO				2			2				0	2		2	4	
	Dirigente Medico	B101 ODONTOIATRIA				1		3	4	1			1	2		2	5	
	Dirigente Medico	A314 CURE PALLIATIVE				1			1				0	5		5	6	
	Dirigente Medico	A116 MEDICINA DELLO SPORT						1	1				0			0	1	
	Dirigente Medico	A125 REUMATOLOGIA						2	2				0			0	2	
	Dirigente Biologo	A301 ANATOMIA PATOLOGICA							0				0			0	0	
	Dirigente Biologo	A309 MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				2		5	7				0			0	7	
	Dirigente Biologo	A312 PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI)				13	1		14			1	1	1		1	14	
	Dirigente Biologo	A401 IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA							0				0			0	0	
	Dirigente Biologo	A401 IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA				2			2				0			0	2	
	Dirigente Veterinario S.C.	C101 SANITA' ANIMALE	SC SANITA' ANIMALE						0				0	1		1	1	
	Dirigente Veterinario S.C.	C102 IGIENE PRODUC., COMMERC. ALIMENTI ORIGINE ANIMALE	SC IGIENE DELLA PRODUZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONAERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI				1		1				0			0	1	
	Dirigente Veterinario	C101 SANITA' ANIMALE					6	1	7				0	4		4	11	
	Dirigente Veterinario	C102 IGIENE PRODUC., COMMERC. ALIMENTI ORIGINE ANIMALE					7	1	8				0			0	8	
	Dirigente Veterinario	C103 IGIENE ALLEV.PROD.ZOOTECNICHE					2		2				0			0	2	
	Dirigente Farmacista S.C.	D102 FARMACIA TERRITORIALE	SC ASSISTENZA FARMACEUTICA AZIENDALE				1		1				0			0	1	
	Dirigente Farmacista	D101 FARMACIA OSPEDALIERA					11	2	13			1	1	2		2	14	
	Dirigente Farmacista	D102 FARMACIA TERRITORIALE					4		4				0			0	4	

Asl5 Sistema Sanitario Regione Liguria						PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2026/2028											ALLEGATO n. 2	
C.C.N.L.	Profilo professionale (selezionare)	Disciplina di inquadramento (selezione necessaria solo per Dirigenza Medico/Veterinaria e Dirigenza Sanitaria)	Descrizione SC (Solo per Dirigente S.C.)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area del profilo (solo per il personale del Comparto)	PERSONALE IN SERVIZIO AL 30/11/2025				CESSAZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026				ASSUNZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026			DOTAZIONE PREVISTA ANNO 2026	NOTE EVENTUALI
						TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	SUMAI	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO	PASSAGGIO AREA ex art. 21 E ELEVATA QUALIFICAZIONE EX ART. 16 (solo per il personale del Comparto)	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO (compresi Tempo DETERMINATO)	PASSAGGIO AREA ex art. 21 CCNL (solo per il personale del Comparto)	TOTALE		
	Dirigente Fisico S.C.	G101 FISICA SANITARIA	SC FISICA SANITARIA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Fisico	G101 FISICA SANITARIA				5	1		6			1	1	1		1	6	
	Dirigente Psicologo	H101 PSICOLOGIA				28		13	41	1			1	1		1	41	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC GESTIONE RISORSE UMANE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC AFFARI GENERALI E LEGALI			1			1				0			0	1	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ACQUISTI, GESTIONE MAGAZZINO ECONOMALE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI, ACQUISTO E MONITORAGGIO PRESTAZIONI SANITARIE						0				0	1		1	1	
	Dirigente Amministrativo S.C.		SC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO TERRITORIALE E CONTRATTI MEDICI CONVENZIONATI (MMG, PLS, SUMAI)			1			1				0			0	1	
	Dirigente Amministrativo					8			8				0			0	8	
	Dirigente Ingegnere S.C.		SC INGEGNERIA CLINICA			1			1				0			0	1	
	Dirigente Ingegnere					1			1				0			0	1	
	Dirigente Architetto S.C.		SC GESTIONE TECNICA						0				0	1		1	1	
	Dirigente Architetto					1			1				0			0	1	
	Dirigente Professioni Sanitarie S.C.								0				0	1		1	1	
	Dirigente Professioni Sanitarie					3			3				0	1		1	4	
	Dirigente Analista S.C.		SC SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE			1			1				0			0	1	
	Dirigente Sociologo					1			1				0			0	1	Dirigente giornalista
TOTALE DIRIGENZA						446	24	78	548	14	0	20	34	132	0	142	656	

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2026/2028

ALLEGATO n. 2

						PERSONALE IN SERVIZIO AL 30/11/2025				CESSAZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026				ASSUNZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026			DOTAZIONE PREVISTA ANNO 2026	NOTE EVENTUALI
C.C.N.L.	Profilo professionale (selezionare)	Disciplina di inquadramento (selezione necessaria solo per Dirigenza Medico/Veterinaria e Dirigenza Sanitaria)	Descrizione SC (Solo per Dirigente S.C.)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area del profilo (solo per il personale del Comparto)	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	SUMAI	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO	PASSAGGIO AREA ex art. 21 E ELEVATA QUALIFICAZIONE EX ART. 16 (solo per il personale del Comparto)	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO (compresi Tempo DETERMINATO)	PASSAGGIO AREA ex art. 21 CCNL (solo per il personale del Comparto)	TOTALE		
COMPARTO	Personale Infermieristico			PROFILI SANITARI DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	Area del Personale di Elevata Qualificazione				0				0			0	0	
	Personale Infermieristico			INFERMIERE - 111G	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1098	33		1131	18		26	44	50		50	1137	
	Personale Infermieristico			INFERMIERE PEDIATRICO - 111E	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	Personale Infermieristico			OSTETRICA - 111B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	36	1		37			1	1	5		5	41	
	Personale Infermieristico			INFERMIERE GENERICO ESPERTO (ex C) - 112G	Area degli Assistenti (ex C)	1			1				0			0	1	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			DIETISTA - 111C	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	4			4				0			0	4	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO - 1L1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	59			59	2			2	10		10	67	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA - 1L1A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	60	2		62	1		2	3	10		10	69	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA - 1L1F	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	4			4				0			0	4	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TECNICO AUDIOMETRISTA - 1N1E	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIROCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	0			0				0	1		1	1	
	Personale della prevenzione			ASSISTENTE SANITARIO - 111D	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	Personale della prevenzione			TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO - 1M1A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	36			36				0	4		4	40	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			PODOLOGO - 111F	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1			1				0			0	1	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			FISIOTERAPISTA - 1N1A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	56	2		58	1			1	4		4	61	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			LOGOPEDISTA - 1N1D	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	17			17				0	1		1	18	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			ORTOTTISTA - 1N1C	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	3			3				0			0	3	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - 1N1G	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	11	1		12			1	1	1		1	12	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO - 1N1F	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	34			34				0	6		6	40	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			MASSAGGIATORE NON VEDENTE - 1N1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1			1				0			0	1	
	Personale tecnico-sanitario e riabilitazione			TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - 1L1R	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	3			3	1			1	1		1	3	
	Assistenti religiosi			ASSISTENTE RELIGIOSO - 2E1A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	O.T.A./O.S.S.			OPERATORE SOCIO-SANITARIO - 3F2G	Area degli Operatori (ex Bs)	256	24		280	7		24	31	31		31	280	
	Assistenti Sociali			ASSISTENTE SOCIALE - 3D1A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	31			31	1			1	1		1	31	
	Assistenti Sociali			ASSISTENTE SOCIALE SENIOR - 3D1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1			1				0			0	1	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	Area del Personale di Elevata Qualificazione				0				0			0	0	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - ARCHIVISTA (Z608) 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)				0				0	1		1	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - INGEGNERE (U106) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	4			4				0			0	4	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - INGEGNERE SISTEMI EDILIZI - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)				0				0	2		2	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - INGEGNERE ELETTRICO - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)				0				0	2		2	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - CHIMICO (T102) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - TECNOLOGO ALIMENTARE (U111) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1			1				0			0	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - ARCHITETTO - (U105) C3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	2			2				0			0	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - INFORMATICO (U109) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	6			6				0		2	2	8	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - PROGRAMMATTORE (U114) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	0			0				0		2	2	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			COLLABORATORE TECNICO PROFESIONALE - STATISTICO (U110) - 3E1B	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	1			1				0			0	1	

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2026/2028

ALLEGATO n. 2

						PERSONALE IN SERVIZIO AL 30/11/2025				CESSAZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026				ASSUNZIONI PERSONALE PREVISTE ANNO 2026			DOTAZIONE PREVISTA ANNO 2026	NOTE EVENTUALI
C.C.N.L.	Profilo professionale (selezionare)	Disciplina di inquadramento (selezione necessaria solo per Dirigenza Medico/Veterinaria e Dirigenza Sanitaria)	Descrizione SC (Solo per Dirigente S.C.)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area del profilo (solo per il personale del Comparto)	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	SUMAI	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO	PASSAGGIO AREA ex art. 21 E ELEVATA QUALIFICAZIONE EX ART. 16 (solo per il personale del Comparto)	TEMPO DETERMINATO (compresi Comandi ed Assegnazioni Temporanee)	TOTALE	TEMPO INDETERMINATO (compresi Tempo DETERMINATO)	PASSAGGIO AREA ex art. 21 CCNL (solo per il personale del Comparto)	TOTALE		
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO - 221A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)				0				0	1		1	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			ASSISTENTE TECNICO - GEOMETRA (U116) - 3E1A	Area degli Assistenti (ex C)	2			2		1		1			0	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			ASSISTENTE TECNICO - PROGRAMMATORE (U114) - 3E2A	Area degli Assistenti (ex C)	5			5		2		2			0	3	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			ASSISTENTE TECNICO - PERITO (U115) - 3E3A	Area degli Assistenti (ex C)	5			5		1		1			0	4	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			ASSISTENTE TECNICO - AUTISTA SOCCORRITTORE (U117) - 3E3B	Area degli Assistenti (ex C)	0			0				0		2	2	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO - 3E3D / 3E3C	Area degli Assistenti (ex C)	4			4	1			1			0	3	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO - AUTISTA (U118) - 3E3H	Area degli Assistenti (ex C)	2			2				0			0	2	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - AUTISTA SOCCORRITTORE (U117) - 3F1L	Area degli Operatori (ex Bs)	9			9		2		2			0	7	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - AUTISTA (U118)	Area degli Operatori (ex Bs)				0				0		3	3	3	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	Area degli Operatori (ex Bs)				0				0		4	4	4	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - IMPIANTISTICA IDRAULICA (U120)	Area degli Operatori (ex Bs)				0				0	1		1	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO DELL'ASSISTENZA (OTA) - 3F3Q	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	2			2		2		2			0	0	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - AUTISTA AMBULANZA (U119) - 3F3G	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	2			2		2		2			0	0	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - AUTISTA (U118) - 3F3A	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	1			1		1		1	10		10	10	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - MAGAZZINIERE (U113) - 3F3A	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	0			0				0	3		3	3	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - CENTRALINISTA (U112) - 3F3A	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	0			0				0	10		10	10	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - 3F3A / 3F3N	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	14			14	1			1			0	13	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - NECROFORO - 3F3J	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	1			1				0			0	1	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO ACCALAPPIACANI - 3F3U	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	2			2				0			0	2	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO - PORTINERIA/CENTRALINISTA - 3F3F / 3F3W / 3F34	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	15			15	2			2	2		2	15	
	Collaboratori/Assistenti/Operatori Tecnici			OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA- 3F3P	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	85			85				0			0	85	
	Amministrativi			COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	Area del Personale di Elevata Qualificazione				0				0			0	0	
	Amministrativi			COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE - 4A5A	Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari (ex D/DS)	61			61	2			2		35	35	94	
	Amministrativi			ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - 4B1A	Area degli Assistenti (ex C)	107	1		108	6	35		41	5	7	12	79	
	Amministrativi			COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR - 4C1C	Area degli Operatori (ex Bs)	28			28		7		7		24	24	45	
	Amministrativi			COADIUTORE AMMINISTRATIVO - 4C1A	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	73	1		74	2	24		26			0	48	
	Amministrativi			COMMESSO - 4D1A	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	16			16				0			0	16	RUOLO AD ESAURIMENTO
	Ausiliari			AUSILIARIO SPECIALIZZATO - 3G1C	Area del Personale di Supporto (ex A/B)	2			2		2		2			0	0	RUOLO AD ESAURIMENTO
TOTALE COMPARTO						2172	65	0	2237	45	79	54	178	162	79	241	2300	
TOTALE						2618	89	78	2785	59	79	74	212	294	79	383	2956	

SEZIONE 3

Organizzazione e capitale umano

SOTTOSEZIONE di programmazione: 3.3

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Premesse

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i CC.CC.NN.LL., la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile).

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è immediatamente esecutivo. Ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura è invitato a darne applicazione.

Scopo del Piano è definire le misure organizzative, i requisiti tecnologici e gli strumenti di misurazione periodica dei risultati conseguiti dai lavoratori impegnati nel lavoro agile.

Normativa di riferimento

- Art. 10 comma 1 lett. a) rubricato "Piano della performance e Relazione sulla performance", D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.,
- Art. 14 comma 1 rubricato "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche", Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia) e s.m.i.,
- Artt. 18 e 23 Legge 22 maggio 2017, n. 81,
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3/2017, recante "Indirizzi per l'attuazione del commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti",
- Circolare INAIL n. 48 del 2 novembre 2017 ad oggetto "Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative",
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017 ad oggetto "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2, dell'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti",
- Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0,
- D.P.C.M. 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.",
- D.M. 8 ottobre 2021 "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni",
- Schema di Linee guida del dicembre 2021 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro

per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni,

- Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità agile del 7 dicembre 2021 sottoscritto tra Parti sociali e Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali,
- D.L. 7/01/2022 n. 1, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 4 marzo 2022, n. 18,
- raccomandazioni di AgID di cui al vademecum del 17 marzo 2020,
- C.C.N.L. Comparto Sanità, triennio 2019 – 2021, del 02/11/2022,
- art. 41 *bis* D.L. 21 giugno 2022, n. 73 conv. dalla Legge 04/08/2022 n. 122 relativo alla comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali sulle prestazioni di lavoro in modalità agile,
- art. 8 D.L. 29 settembre 2023, n. 132, coordinato con Legge di conversione 27 novembre 2023, n. 170 recante "Proroga del termine in materia di lavoro agile per i lavoratori fragili",
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023,
- C.C.N.L. Area Sanità, triennio 2019 – 2021, del 23/01/2024
- C.C.N.L. Area Funzioni Locali , triennio 2019 – 2021, del 16/07/2024

Introduzione

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.

1. Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

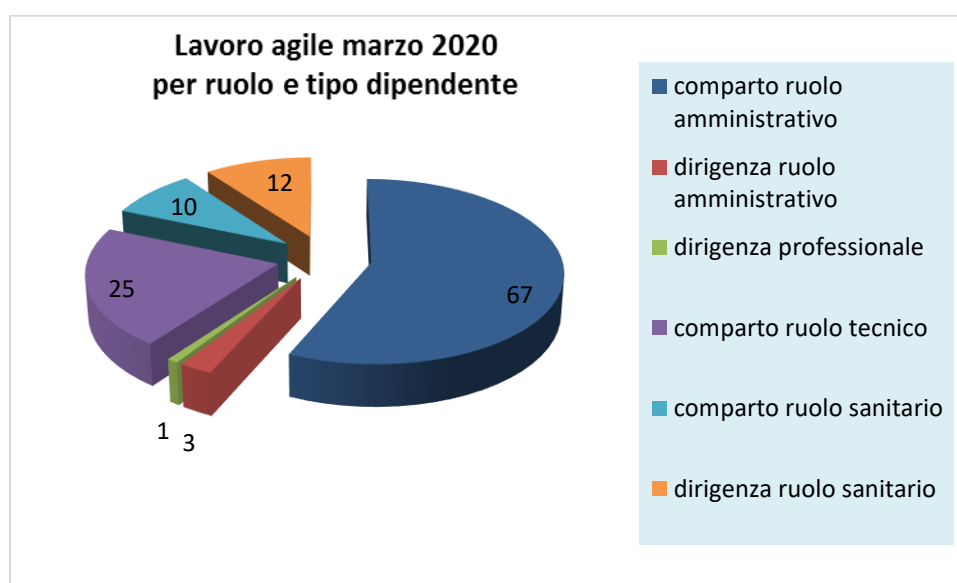
Il lavoro agile si è affermato come una delle modalità di espletamento della prestazione lavorativa nell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 con l'avvento dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 nell'anno 2020 (un Regolamento provvisorio è stato adottato, in via sperimentale, proprio nel marzo 2020 con delibera n. 169 del 10/03/2020).

Prima che si verificasse una tale anomala situazione, lo *smart working* non era né regolamentato né utilizzato in ambito aziendale.

L'emergenza pandemica ha però fortemente impattato sulle realtà lavorative, innescando un rapido processo di cambiamento anche all'interno di ASL5.

Nel primo anno del periodo emergenziale (i.e. nel 2020) il lavoro agile è stato una modalità lavorativa sperimentata in larga misura dal personale appartenente al Comparto ed ai ruoli tecnico e amministrativo, con alcune esperienze anche nei profili sanitari e dirigenziali.

Già mese di marzo 2020 l'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 ha provveduto ad abilitare al lavoro da remoto n. 118 dipendenti, suddivisi come di seguito graficamente rappresentato:



Nel corso dell'anno 2020 il numero delle abilitazioni attivate è aumentato progressivamente e, al dicembre 2020, su un totale di n. 2.139 dipendenti a tempo indeterminato (n. 1.542 donne pari al 72,09 % del totale e n. 597 uomini, pari al 27,91% del totale), n. 153 erano impegnati nell'espletamento del lavoro in modalità agile, con una percentuale quindi del 7,15% (n. 114 donne, pari al 74,51% del totale degli *smat workers* e n. 39 uomini, pari al 25,49% del totale degli *smat workers* come di seguito graficamente rappresentato).



La percentuale complessiva (7,15%), apparentemente non elevata, deve essere considerata nel contesto aziendale, caratterizzato - come ovvio - dalla presenza largamente predominante nel totale dei dipendenti di quelli adibiti a mansioni assistenziali e sanitarie in genere, come ovvio impegnati in presenza nel contrasto alla pandemia e nelle attività di cura.

Nel corso del 2020, la quota massima di lavoratori da remoto ha raggiunto le 220 unità.

Tuttavia, non era ancora agevole immaginare una organizzazione aziendale in cui lo *smart working* fosse una modalità lavorativa "a regime".

In tale contesto, caratterizzato dall'urgenza improvvisa di diminuire la presenza fisica all'interno delle sedi aziendali, l'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 non è stata in grado di fornire ai lavoratori adibiti al lavoro agile la dotazione tecnologica necessaria.

I dipendenti si sono pertanto avvalsi degli strumenti tecnologici in proprio possesso (notebook, personal computer, tablet, smartphone), laddove compatibili con il sistema informativo aziendale, facendosi altresì carico delle spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa da remoto (consumi elettrici, connettività, manutenzione e aggiornamento dei dispositivi, ecc.).

La S.C. Gestione Risorse Umane ha fatto da collettore dei report sul lavoro agile (richiesti con cadenza mensile, e trasmessi dal responsabile di riferimento del dipendente), occupandosi altresì dell'inserimento dell'apposito giustificativo sul software gestionale di rilevazione delle presenze.

L'esperienza effettuata ha evidenziato la presenza di criticità non considerate in precedenza, quali la scarsa digitalizzazione di alcune procedure e la ancora poco diffusa logica del lavoro per obiettivi e risultati, in favore di quella del lavoro per adempimenti.

Con il Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale del marzo 2021 e, successivamente, con il Decreto dell'8 ottobre 2021 (che ha previsto l'obbligo per i lavoratori subordinati della Pubblica Amministrazione di rientrare al lavoro in presenza) è stato avviato il superamento dello *smart working* emergenziale ed il lavoro agile è stato mantenuto per i soli lavoratori "fragili", così come definiti dalla vigente normativa.

Dotazione digitale dell'Azienda

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 garantisce al dipendente che lavora in presenza la possibilità di accedere ai dati ed applicativi da qualunque postazione di lavoro, purché all'interno della rete aziendale oppure tramite VPN opportunamente configurata. Sono infatti attuate:

- la profilazione degli utenti, con gestione dei ruoli e delle abilitazioni,
- la tracciatura degli accessi ai sistemi e agli applicativi,
- la disponibilità di documenti in formato digitale (flusso documentale da protocollo).

Già durante la fase emergenziale, il lavoro agile si è svolto in presenza delle seguenti possibilità tecnologiche:

- per il collegamento alla rete aziendale, è stata messa a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso: tale connessione rende possibile l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali normalmente disponibili dalla postazione aziendale. Sarà probabilmente a breve introdotta la VPN con credenziali di accesso a doppio fattore di autenticazione.
- assistenza tecnica dedicata in caso di necessità da parte della S.C. Sistemi Informativi Aziendali.

Non è stato necessario attivare corsi di formazione specifici in favore dei lavoratori adibiti al lavoro agile, poiché i dipendenti hanno dato prova di essere già sufficientemente abituati all'utilizzo degli strumenti digitali.

2. Modalità attuative del lavoro agile

In data 02/11/2022 è stato sottoscritto in via definitiva il C.C.N.L. Comparto Sanità per il triennio 2019/2021.

L'art. 77, comma 2, stabilisce che è l'Azienda datrice di lavoro ad individuare le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

Il successivo art. 81 introduce il "lavoro da remoto" come ulteriore modalità di espletamento della prestazione lavorativa.

In data 23/01/2024 è intervenuta la sottoscrizione del C.C.N.L. Area Sanità per il triennio 2019/2021.

L'art. 93, comma 2, rimette in capo all'Azienda l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, con esclusione dei lavori in turno e di quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili; sono comunque escluse le attività ispettive, di polizia giudiziaria ovvero le attività che per l'erogazione della prestazione necessitano della presenza fisica del dirigente.

Il successivo art. 95, comma 1, definisce l'articolazione della prestazione in modalità agile in fasce temporali e l'impossibilità, nelle giornate in cui la prestazione lavorativa non viene svolta in presenza di effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o in condizioni di rischio (comma 3).

Infine, l'art. 97 introduce anche per l'Area Sanità il "lavoro da remoto" come ulteriore modalità di espletamento della prestazione lavorativa presso il domicilio del dirigente oppure in altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

In data 16/07/2024 è stato sottoscritto il C.C.N.L. Area Funzioni Locali - Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa per il triennio 2019/2021.

L'art. 11

Le attività compatibili con il lavoro a distanza, ed i criteri di priorità nell'accesso allo stesso, saranno oggetto di confronto sindacale così come stabilito dai rispettivi CC.CC.NN.LL..

2.1. Destinatari

Destinatario del presente documento è il personale dipendente dell'Azienda appartenente ai profili dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale, che può essere autorizzato allo svolgimento della prestazione lavorativa in ambiente diverso dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza durante l'espletamento dell'attività nella modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

L'adesione al lavoro agile deve avere natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori – purché adibiti alle attività di cui alla mappatura che sarà appositamente predisposta- siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente

dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'Azienda garantisce che i dipendenti che si avvalgono della modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e di carriera, e si evidenzia che rimane applicabile anche a questi lavoratori la normativa sulle incompatibilità di cui all'art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., nonché quella inerente il codice di comportamento.

2.2 Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che l'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 intende perseguire con l'utilizzo del lavoro agile sono:

- la riduzione delle assenze dal servizio
- un maggior benessere organizzativo
- la promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità personale permanente o temporanea

2.3. Attività effettuabili in modalità agile

Nell'arco del triennio di riferimento (2026/2028) il percorso di sviluppo del lavoro agile si svilupperà in modo progressivo e graduale.

Allo stato attuale, alla luce dell'esperienza maturata negli ultimi mesi, nonché delle soluzioni organizzative e tecnologiche sperimentate, l'Azienda intende procedere preliminarmente con l'individuazione delle attività lavorative compatibili con il lavoro agile, predisponendo con il coinvolgimento della Dirigenza aziendale una apposita mappatura.

Tale mappatura rappresenta un documento dinamico, nel cui processo di aggiornamento periodico saranno parte attiva, a cascata, i Dirigenti ed i titolari di incarichi di funzione di tipo organizzativo.

Rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicanti ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socioassistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non remotizzabili.

Il *main driver* operativo che guiderà il lavoro di mappatura delle attività sarà l'esigenza di non impattare negativamente sull'efficacia dei processi organizzativi aziendali. L'organizzazione del lavoro in modalità agile deve essere credibile, percorribile ed efficace, ed essere attuata mediante un approccio graduale e ponderato.

Nella redazione della mappatura delle attività saranno coinvolti i Direttori delle Strutture aziendali, in particolare di quelle in Staff alla Direzione ed afferenti al Dipartimento Tecnico amministrativo, sulla base dei seguenti principi:

- sono in linea di massima compatibili con l'esecuzione in regime di lavoro agile le attività che possono essere attuate in autonomia, e che sono facilmente controllabili e misurabili, anche in ordine ai relativi risultati,
- anche nell'ambito delle attività compatibili, deve essere comunque garantita l'invarianza dei servizi resi all'utenza e la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza. Anzi, le condizioni di svolgimento del lavoro agile devono addirittura consentire di migliorare la qualità dei servizi erogati,
- il lavoro agile non può in ogni caso comportare un aggravio di attività a carico del personale espletante la prestazione lavorativa in modalità "tradizionale", né la formazione di lavoro arretrato,

La compatibilità dell'attività discende dai seguenti parametri:

- livello di informatizzazione del processo lavorativo e decisionale,
- possibilità di pianificazione e di misurazione dei risultati, mediante indicatori atti a misurare la prestazione sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo. In mancanza di obiettivi misurabili, il lavoro agile non potrà essere autorizzato.
- modalità di svolgimento delle attività, anche con riguardo all'interazione con superiori gerarchici, colleghi ed utenza interna ed esterna all'Azienda; in tal senso, rappresentano condizioni imprescindibili:
 - la bassa rilevanza del contatto con l'Utenza (ivi inclusa quella interna all'Azienda)
 - uno scarso livello di interdipendenza delle attività con quelle di altri colleghi/settori
 - uno scarso livello di eterogeneità delle attività (es: mix tra sportello e back office)
 - una elevata programmabilità delle attività

Ai parametri sopra enunciati, deve essere aggiunta la capacità del potenziale lavoratore agile addetto a tali attività di gestire il tempo, di lavorare in autonomia per il raggiungimento di predeterminati obiettivi, e di utilizzare agevolmente strumenti digitali.

Pertanto, il lavoratore, per accedere allo *smart working*, deve prioritariamente possedere le seguenti *skills*:

- competenze organizzative (capacità di sviluppare autonomamente il proprio lavoro, di lavorare per obiettivi/progetti/processi, capacità di autorganizzazione e rendicontazione, autonomia decisionale),
- competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie),
- capacità di *problem solving*.

Le fasce risultanti da tale processo di mappatura sono:

1. attività totalmente realizzabili in modalità di lavoro agile
2. attività prevalentemente realizzabili in modalità di lavoro agile
3. attività residualmente realizzabili in modalità di lavoro agile
4. attività che necessitano di essere svolte interamente in presenza

Si procederà altresì a mappare le dotazioni informatiche, con lo scopo di evidenziare eventuali

carenze o criticità e consentire una programmazione di acquisti mirati per il lavoro agile a regime, in considerazione del fatto che deve essere garantita la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore.

Tutta la strumentazione tecnologica e informatica che sarà fornita deve essere conforme alle disposizioni del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

2.4. Soggetti coinvolti nel lavoro agile

Si riassumono di seguito gli attori coinvolti nella configurazione di questa nuova organizzazione del lavoro nell'ambito dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5, funzionali - ognuno per quanto di propria competenza e nell'ambito del proprio ruolo all'organizzazione ed al monitoraggio del lavoro agile:

- Responsabili delle singole Strutture o Servizi, supportati dai titolari di incarichi di organizzazione
- S.C. Gestione Risorse Umane
- S.C. Sistemi Informativi Aziendali
- S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
- Responsabile Protezione Dati (DPO)
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Organizzazioni Sindacali
- Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Responsabili delle singole Strutture o Servizi

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura deve individuare le attività compatibili con la prestazione da remoto e valutare le *skills* del lavoratore; è inoltre il soggetto deputato all'individuazione, con il supporto del CCD, degli indicatori di misurazione del raggiungimento degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dello *smart worker*, ed al monitoraggio degli stessi. In tale compito, il Dirigente è supportato dal funzionario titolare di incarico di funzione di tipo organizzativo.

S.C. Gestione Risorse Umane

La S.C. Gestione Risorse Umane cura la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, l'aggiornamento normativo ed i rapporti in materia con le Organizzazioni Sindacali. Si occupa della creazione di apposito giustificativo per il software aziendale di rilevazione delle presenze ed effettua la comunicazione telematica dell'accordo individuale e delle sue modificazioni al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

S.C. Sistemi Informativi Aziendali

La S.C. Sistemi Informativi Aziendali cura lo sviluppo del processo di digitalizzazione, programma l'acquisto della strumentazione informatica da fornire al personale e fornisce allo *smart worker* assistenza tecnica in caso di necessità.

Supporta il datore di lavoro nella promozione dell'adozione di *policy* aziendali basate sul concetto di *security by design*, che prevedono l'implementazione di misure di sicurezza

adeguate comprendenti, a titolo meramente esemplificativo, se del caso la crittografia, l'adozione di sistemi di autenticazione e VPN, la definizione di piani di *backup* e protezione *malware*.

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione

Il tema della misurazione e valutazione della performance assume un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi (sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti agiti), ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

In tale contesto, la S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione fornisce ai Responsabili del lavoratore agile supporto tecnico nell'individuazione di idonei indicatori e nella relativa misurazione.

Responsabile Protezione Dati (DPO)

Fornisce le linee guida per la *compliance privacy* delle attività effettuate in remoto, e supporta il datore nelle iniziative di formazione e sensibilizzazione dei lavoratori sia sull'utilizzo, custodia e protezione degli strumenti impiegati per rendere la prestazione, sia sulle cautele comportamentali da adottare nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, compresa la gestione dei *data breach*.

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)

Alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali si applicano gli obblighi di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., ossia quelli relativi agli obblighi comportamentali, anche in merito alle dotazioni tecnologiche informatiche, laddove fornite dall'Azienda.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione fornisce con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Fornisce supporto per la implementazione dell'utilizzo del lavoro agile all'interno delle Strutture aziendali, ponendosi quale garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori.

2.5. Procedura di attivazione

Fermi restando i diritti di priorità stabiliti dalla vigente normativa, il principio di rotazione dei lavoratori per quanto applicabile e l'obbligo di garantire prestazioni adeguate, l'Azienda avrà

cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre e differenti misure previste a livello contrattuale o normativo quali a titolo esemplificativo:

- le lavoratrici in gravidanza,
- i lavoratori con figli conviventi in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/1992 e s.m.i., che necessitino di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.
- lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, fermo restando che il lavoro agile, laddove ricollegabile a condizioni di salute, non è da intendere quale istituto giuridico alternativo alla malattia, e che pertanto nel caso in cui le condizioni di salute del lavoratore dovessero determinare inidoneità alla prestazione lavorativa, egli dovrà astenersi dal renderla, tanto in presenza fisica quanto da remoto,

A parità di situazione di priorità, ha accesso al lavoro agile il dipendente che già non beneficia di altre forme di lavoro flessibile (part time, permessi Legge n. 104/1992, congedo straordinario art. 42 bis D. Lgs. 151/2001 e s.m.i.).

In ogni caso nella scelta, si terrà altresì conto delle "*skills*" del lavoratore.

Il dipendente intenzionato a richiedere l'accesso al lavoro agile deve presentare apposita istanza, al Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza, che procede a valutarla.

Tutte le istanze autorizzate da parte del Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura devono essere immediatamente inviate in formato pdf alla S.C. Gestione Risorse Umane ed alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali.

In caso di accoglimento della richiesta del lavoratore, si rende necessaria la stipula di un accordo individuale scritto, che disciplini l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo datoriale ed agli strumenti tecnologici utilizzati dal lavoratore.

Tale accordo non incide comunque sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e dai contratti collettivi di lavoro nazionali ed integrativi, né sul trattamento economico in godimento, fatto salvo quanto previsto con riferimento a particolari istituti (trattamento di missione o trasferta, prestazioni straordinarie, notturne o festive, o eccedenze orarie comunque denominate).

L'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità di lavoro agile è oggetto di comunicazione attraverso la piattaforma informatica disponibile sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con le modalità previste dalla normativa vigente.

Il contenuto minimo dell'accordo individuale, che una volta sottoscritto da ambo le parti (Dirigente e lavoratore) deve essere immediatamente inviato alla S.C. Gestione Risorse Umane, comprende:

1) durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere esclusivamente a termine.

Nell'ambito dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 si esclude la possibilità di adibizione al lavoro agile a tempo indeterminato, in considerazione della esigenza di coinvolgimento del personale nelle molteplici attività aziendali ulteriori rispetto ai normali compiti di servizio (partecipazioni a gruppi di lavoro, commissioni e similari) e della complessità dell'organizzazione del lavoro.

La durata minima dell'adibizione a lavoro agile viene individuata in tre mesi e quella massima in 12 mesi, con possibilità di rinnovare o anticipare la scadenza dell'accordo in base ad eventuali e/o sopravvenute indicazioni normative.

A tal proposito si terrà conto del principio di rotazione del personale nel rispetto delle competenze professionali e delle attività afferenti l'ufficio/servizio, fatti salvi i casi eccezionali connessi ai dipendenti portatori di particolari patologie.

L'accordo deve prevedere la sospensione/cessazione del lavoro agile al mancare temporaneo/cessare dei presupposti che ne hanno determinato l'esigenza.

2) indicazione del luogo in cui verrà svolta l'attività, specificando se si tratta dell'abitazione presso cui il lavoratore è domiciliato

Fermo restando che non è previsto l'obbligo di espletare il lavoro agile dal proprio domicilio, in ogni caso i luoghi di lavoro in modalità di lavoro agile devono essere predeterminati dalle parti. Il lavoratore avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi che rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza, che siano idonei all'uso abituale dei supporti informatici, non mettano a rischio la sua incolumità, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni (sono esclusi luoghi pubblici ed aperti al pubblico) e rispondano ai parametri di sicurezza sul lavoro come indicati dall'Azienda. Qualora si ravveda la necessità, debitamente documentata, di variare la sede di lavoro agile, il lavoratore avrà cura di concordarla in tempo utile con il proprio Direttore/Dirigente Responsabile.

Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alla S.C. Gestione Risorse Umane ed alla Struttura di appartenenza, per i necessari adempimenti.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore ha inoltre diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, solo quando la scelta del luogo della prestazione risponda a criteri di ragionevolezza e sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

3) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;

La prestazione lavorativa in modalità agile deve essere svolta per intere singole giornate; non è pertanto ammessa compresenza, nella stessa giornata, di attività in presenza e di attività da remoto.

La prestazione giornaliera da remoto non può essere effettuata nelle giornate di sabato (ove non lavorativo per il dipendente interessato), domenica o festive infrasettimanali.

Il numero di giornate totali in lavoro agile viene declinato esclusivamente su base settimanale, con un minimo di una giornata ed un massimo di tre. E' escluso il lavoro agile nelle giornate di rientro.

Per indifferibili esigenze di servizio non diversamente gestibili, il Direttore/Dirigente responsabile si riserva di disporre la presenza lavorativa in sede del dipendente nelle giornate previste come lavorabili da remoto, con un preavviso minimo di 24 ore, senza che questo dia luogo a forme di compensazioni o recuperi comunque denominati nelle settimane successive.

4) modalità ed ipotesi di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della L. n. 81/2017;

5) tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria coincide con la durata dell'orario medio giornaliero di lavoro;

b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui ai vigenti CC.CC.NN.LL. a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Lo *smart worker* deve sostanzialmente garantire la raggiungibilità telefonica nelle medesime fasce di orario di servizio che già rispettava nell'espletamento dell'attività "in presenza".

Durante dette fasce, al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi, il dipendente è tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. In particolare, laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, deve essere obbligatoriamente attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

Il lavoratore si impegna a garantire la prestazione settimanale e mensile nella forma flessibile concordata, rispettando le pause ed il riposo giornaliero e settimanale, così come previsto dalle disposizioni di legge vigenti e dai CC.CC.NN.LL. di riferimento.

Negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

6) strumentazioni tecnologiche di lavoro;

Le strumentazioni ed attrezzature fornite dall'Azienda sono da intendere in comodato d'uso. Il dipendente deve impegnarsi a custodirle con la massima diligenza e ad utilizzarle esclusivamente per ragioni di servizio. L'assistenza tecnica è a carico dell'Azienda, che sarà comunque esonerata da qualsiasi responsabilità in merito ad eventuali danni a cose e/o persone derivanti da un uso improprio delle apparecchiature assegnate.

Le credenziali di accesso sono strettamente personali e devono essere custodite con estrema cura ed attenzione, in modo da scongiurare problematiche di grosso impatto per la sicurezza dell'intera rete che potrebbero derivare dalla eventuale perdita/comunicazione/diffusione delle stesse.

In caso di fermi prolungati dei collegamenti e degli strumenti a disposizione del dipendente, che è suo obbligo comunicare tempestivamente, resta facoltà dell'Azienda disporre il temporaneo rientro presso la sede di lavoro. Analoga facoltà è riservata al Responsabile di riferimento in caso di accertato mancato rispetto dell'obbligo di reperibilità telefonica o di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

7) modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'Azienda nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;

Al lavoratore agile si applicano tutte le norme previste dai Contratti Collettivi di Lavoro, dal codice disciplinare e dal codice di comportamento aziendale vigenti.

L'accesso ai sistemi informativi aziendali ed ai servizi erogati attraverso gli stessi, pur tenendone traccia, non consentono – attualmente – la "rilevazione della presenza" del lavoratore agile collegato da remoto.

Gli obiettivi connessi alla prestazione di lavoro devono essere condivisi, puntuali, chiari, coerenti con quelli aziendali e di Struttura (comunque coerenti con la qualifica ed il profilo del lavoratore) e misurabili in termini di tempo e di risultato.

Il raggiungimento degli stessi durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve essere monitorato dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza, sulla base di indicatori di performance lavorativa individuale di seguito declinati:

DIMENSIONE	INDICATORE
Efficacia Quantitativa	A) n. di pratiche/procedimenti B) n. utenti serviti C) n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali D) n. utenti serviti in lavoro agile/n. utenti serviti

Efficacia Qualitativa	qualità del lavoro effettuato attraverso la valutazione del Direttore/Dirigente Responsabile e/o rilevazioni da customer satisfaction
Efficienza Temporale	Tempistica di completamento pratiche/procedimenti in lavoro agile/Tempistica di completamento pratiche/procedimenti in presenza

Al momento della stipula dell'accordo individuale, al lavoratore vengono forniti l'informativa INAIL sulla salute e sicurezza del lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. 81/2017, le raccomandazioni di AgID di cui al vademecum del 17 marzo 2020 e un'informativa privacy specifica nella quale viene ribadito il dovere di mantenere la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni aziendali adottando ogni provvedimento idoneo a garantire tale riservatezza.

La rendicontazione dello *smart working* rimane da rendere su base mensile, con la trasmissione delle rilevazioni effettuate al Direttore/Dirigente Responsabile che procederà alla approvazione dei relativi giustificativi, inseriti dal lavoratore sulle singole giornate, tramite Irisweb. L'attività di lavoro agile avrà la durata del normale orario di lavoro giornaliero, a tempo pieno o tempo parziale.

2.6. Documentazione

La documentazione formalizzata in materia di lavoro agile (POLA, modulo di Istanza per l'Accesso al lavoro agile, informative) verrà resa disponibile sul sito Internet aziendale e sul portale Intranet aziendale ad apposita voce di menù.

PIANO TRIENNALE

DELLE AZIONI POSITIVE

2026-2028

INDICE

RIFERIMENTI NORMATIVI	PAG.	3
FINALITÀ	PAG.	4
L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE:SINTESI	PAG.	5
CONCILIAZIONE VITA/LAVORO	PAG.	8
PARITÀ/PARI OPPORTUNITÀ	PAG.	9
BENESSERE DEL PERSONALE	PAG.	9
COMITATO UNICO DI GARANZIA	PAG.	9
AZIONI POSITIVE	PAG.	10

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Art. 3 della Costituzione che enuncia il principio di eguaglianza riconoscendo a tutti i cittadini Pari dignità sociale e dichiarandone l'uguaglianza *"tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*;
- Decreto Legislativo n. 165/2001 (cd. Testo Unico sul Pubblico Impiego) recante *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*;
- Direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica (attuazione Decreto Legge n.215/2003);
- Direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (attuazione Decreto Legge n. 216/2003);
- Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 riguardante *"L'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego"*;
- Decreto Legislativo n. 198/2006 *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246"*;
- Legge n. 183/2010 (cd. Collegato al lavoro) che prevede all'art.21 *"Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche"* la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.);
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 avente ad oggetto le *"Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia"*;
- Decreto Legislativo n. 80/2015 avente ad oggetto *"misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro"*;
- Legge n.124/2015 avente ad oggetto *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*, in particolare l'art.14 *"Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*;
- Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo *"Creazione di condizioni del mercato di lavoro favorevole all'equilibrio tra vita privata e vita professionale"*;
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n.3 del 1 giugno 2017 *"Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della legge n.124/2015 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti"*;
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n.2 del 26 giugno 2019 *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"*.

FINALITA'

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 hanno, in particolare, lo scopo di:

- a) eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- c) favorire l'accesso al lavoro autonomo e alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate ed in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali ed una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi;
- g) valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, di eguaglianza sostanziale, che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena e effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure particolari 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. Secondo quanto disposto dalla succitata normativa, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità

attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

La Direttiva n. 2/2019 ha rafforzato il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le Pari Opportunità previsto dall'art.21 della Legge n.183/2010, rendendo non prorogabile la costituzione dello stesso, al fine della predisposizione di azioni positive contro le discriminazioni.

Il Piano si propone di perseguire le seguenti finalità:

- 1) tutela e riconoscimento del fondamentale e irrinunciabile diritto a pari libertà e dignità da parte dei lavoratori e delle lavoratrici;
- 2) garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e caratterizzato da relazioni inter-personali improntate al rispetto della persona e alla correttezza dei comportamenti;
- 3) tutela del benessere psicologico dei lavoratori, anche attraverso la prevenzione e il contrasto di qualsiasi fenomeno di mobbing;
- 4) sviluppo di una modalità di gestione delle risorse umane lungo le linee della pari opportunità, nello sviluppo della crescita professionale e dell'analisi delle concrete condizioni lavorative, anche sotto il profilo della differenza di genere;
- 5) promozione di politiche di conciliazione dei tempi e delle responsabilità professionali e familiari;
- 6) innovazione dell'Amministrazione e sviluppo dell'organizzazione.

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE: SINTESI

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: Beverino, Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice di Cornoviglio, Deiva Marina, Folle, Framura, Levante, Monterosso,

Pignone, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, 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:

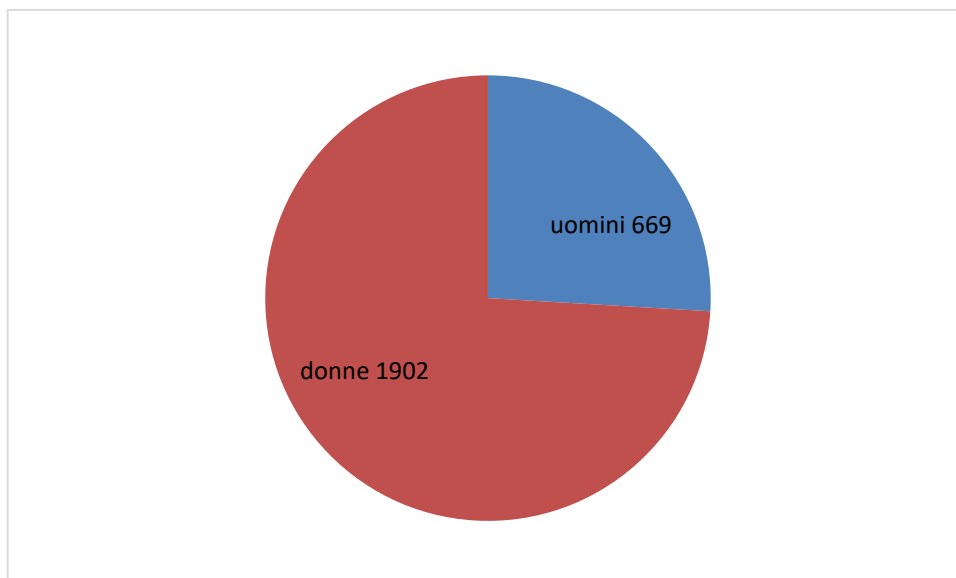
Ospedale S. Andrea della Spezia

Ospedale San Bartolomeo di Sarzana

Nel territorio del Comune di Levante è inoltre presente una Struttura Sociosanitaria con posti 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.

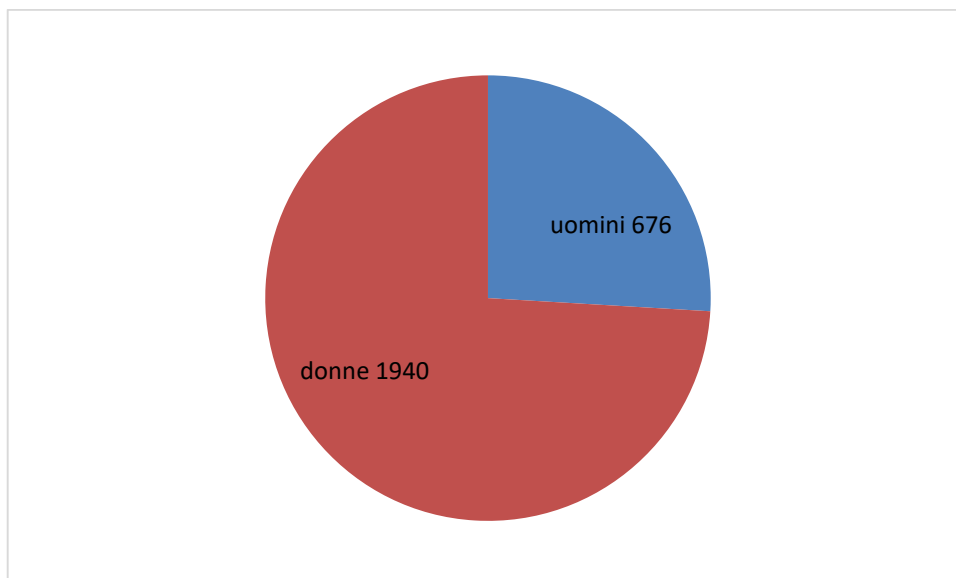
L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 aveva al 31.12.2024 un capitale professionale di 2571 dipendenti a tempo indeterminato, di cui 669 uomini e 1902 donne.

AL 31.12.2024			
CATEGORIE PROFILI	ruolo	m	f
ruolo sanitario	1826	477	1349
ruolo sociosanitario	284	30	254
ruolo professionale	12	5	7
ruolo tecnico	161	75	86
ruolo amministrativo	288	82	206
totale generale	2571	669	1902



L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 al 31.11.2025 per la categorie di professionisti citati aveva un totale di 2.616 dipendenti a tempo indeterminato, di cui 676 uomini e 1940 donne.

AL 30.11.2025			
CATEGORIE PROFILI	ruolo	m	f
ruolo sanitario	1856	473	1383
ruolo sociosanitario	288	32	256
ruolo professionale	5	3	2
ruolo tecnico	169	79	90
ruolo amministrativo	298	89	209
totale generale	2616	676	1940



CONCILIAZIONE VITA/LAVORO

OBIETTIVO

L'obiettivo è individuare soluzioni che concilino l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

Gli strumenti a disposizione del personale per conciliare i tempi di vita personale con quelli divita lavorativa sono il part-time, la flessibilità maggiorata, i permessi retribuiti e non retribuiti, e brevi aspettative per motivi familiari e di studio e le aspettative.

I recenti avvenimenti connessi con l'emergenza pandemica hanno evidenziato in modo prioritario il tema delle **pari opportunità**, con particolare riguardo alla conciliazione tra lavoro e vita personale e familiare ed alla condivisione dei carichi di cura tra uomini e donne.

AZIONI

L'Azienda si propone di ampliare gli strumenti a disposizione del personale di cui sopra con le seguenti azioni:

- possibilità di accedere allo Smart Working e gestione dei relativi contratti;
- possibilità di riconoscere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, concordando eventualmente una turnazione opposta tra i genitori anche se appartenenti a strutture diverse;
- aggiornamento e semplificazione del regolamento aziendale per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza a parità di condizioni per particolari situazioni di famiglia e di salute.

PARITÀ/PARI OPPORTUNITÀ

E' possibile affermare che in Azienda non sono riscontrabili differenziali retributivi uomo/donna in quanto la disciplina retributiva rispetta la normativa generale riguardante il trattamento economico derivante dalla contrattazione generale ed integrativa stabilita su un piano di assoluta parità uomo/donna.

BENESSERE DEL PERSONALE

L'obiettivo è la creazione di un ambiente di lavoro improntato al “*benessere organizzativo*”, inteso come la capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, accrescendo la convivenza sociale, mantenendo e migliorando il grado di benessere fisico, psicologico e sociale. Infatti quando le persone risultano coinvolte e valorizzate e possono accrescere le proprie competenze e condividerle, il clima e l'atmosfera prevalente nell'organizzazione rendono più facile il loro benessere sul luogo di lavoro e questo, a sua volta, farà crescere l'organizzazione e migliorerà i suoi risultati.

Le azioni da perseguire sono:

1. formazione sui vari profili del benessere sul lavoro;
2. analisi specifica delle criticità nel processo di ascolto del malessere lavorativo;
3. elaborazione, approvazione ed utilizzazione di Linee guida per il perseguimento del benessere organizzativo e verifica di attuazione, eventualmente anche attraverso l'organismo di valutazione della performance;
4. contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica;
5. promozione di azioni positive volte alla difesa dell'integrità, della dignità, della persona e del benessere fisico e psichico;
6. divulgazione del Codice di Comportamento e Disciplinare del personale per far conoscere la sanzionabilità dei comportamenti, ed il corrispondente dovere per tutto il personale di mantenere una condotta informata a principi di correttezza, che assicurino pari dignità di trattamento tra uomini e donne sul lavoro.

COMITATO UNICO DI GARANZIA

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5:

- con la Delibera del 12 aprile 2017, n. 332, ha costituito il *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG);
- con la Delibera del 20 luglio 2017, n. 644, ha approvato il *Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG) stabilendo i suoi compiti;

- Con la Delibera del 13 giugno 2024, n. 584, ha ricostituito il Comitato Unico di Garanzia a seguito dell'intervenuta scadenza del mandato del precedente.

LE AZIONI POSITIVE

Le azioni positive da intraprendere sono:

- promozione e diffusione tra il personale dipendente delle tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, anche attraverso incontri formativi organizzati o promossi dal CUG in modalità alternative alla "frequenza frontale" come webinar, focus formativi on line, laboratori esperienziali a piccoli gruppi al fine di consentire la più ampia partecipazione;
- promozione della costituzione delle commissioni di concorso in osservanza a quanto stabilito dall'art 57 del Decreto Legislativo n. 165/2001 in ottemperanza del quale le Pubbliche amministrazioni devono riservare alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso;
- sostegno alla concessione di forme ulteriori di flessibilità dell'orario lavorativo rispetto a quelle già previste dall'Ente, su richiesta, ai dipendenti ed alle dipendenti che si trovino in particolari situazioni di necessità (età maggiore di 60 anni, genitore di almeno 3 figli, lavoratori con tragitto casa-lavoro particolarmente lungo);

Promozione dell'accesso al lavoro agile per lavoratori immunologicamente fragili e/o in possesso di Legge 104 art.3 comma 3;

- promozione di una migliore organizzazione del lavoro, di corsi sul benessere organizzativo e sull'applicazione del "Codice etico e comportamentale";
- promozione di azioni che favoriscano una corretta comunicazione tra le varie figure professionali e tra le stesse ed i loro vertici all'interno delle singole Unità Operative;
- promozione del lavoro in équipe e della valorizzazione del singolo, attraverso incontri formativi organizzati dal CUG, attraverso laboratori esperienziali a cadenza trimestrale, tenuti con piccoli gruppi di lavoro all'interno dei dipartimenti, al fine di consentire la più ampia partecipazione;
- promozione della diffusione della Mindfulness, attraverso un primo corso nel periodo invernale e sulla base della risposta degli operatori sanitari, vista l'adesione volontaria e al di fuori dell'orario di servizio, verrà proposta a cadenza semestrale la ripetizione del corso riservato a piccoli gruppi di operatori;

- promozione di azioni di partenariato con gli enti pubblici di mobilità e parcheggio locali, per favorire l'accesso agli ambienti di lavoro e ridurre le spese di trasporto;
- promozione di azioni di partenariato con servizi educativi, per favorire la gestione dei lavoratori con ruolo genitoriale e ridurre le problematiche ed i costi ad essi connessi;
- promozione di esercizi di rieducazione motoria individuando ambienti dedicati all'interno degli spazi ospedalieri per educare attraverso esercizi personalizzati, consigli nutrizionali al potenziamento del benessere psicofisico del singolo lavoratore per la gestione dello stress lavorativo.
- attivazione di convenzioni con servizi educativi e centri estivi, a sostegno dei dipendenti con ruolo genitoriale nei periodi di chiusura scolastica, con agevolazioni tariffarie e priorità a personale turnista per migliorare la conciliazione vita-lavoro, ridurre assenze non programmabili e contenere i costi familiari, con monitoraggio di utilizzo e impatto organizzativo.

PIANO TRIENNALE

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E
DELLA TRASPARENZA

PTPCT
2026-2028

INDICE

	SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
ART.1	PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA:PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO	Pag. 5
ART.2	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	Pag. 7
ART.3	OGGETTO/FINALITA' DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE: OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	Pag.8
ART.4	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALE E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE	Pag.25
ART.5	COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE.	Pag.28
ART.6	SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE: COMPITI E RESPONSABILITA' 6.1-Autorità di Indirizzo Politico 6.2-Responsabile della Prevenzione Corruzione 6.3-Referenti per la Prevenzione dell'Anticorruzione 6.4-Dipendenti/Incarichi di Funzione/Dirigenti 6.5.Organismo Indipendente di Valutazione(OIV) 6.6-ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) 6.7-Collaboratori a qualsiasi titolo 6.8-Rasa e Gestore Antiriciclaggio	Pag.29
ART.7	OBBLIGHI DI CONOSCENZA	Pag.35
ART.8	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	Pag.36
ART.9	MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE	Pag.39
ART.10	METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Pag.40
ART.11	AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE	Pag.43
ART.12	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE/ULTERIORI IN SANITA'	Pag.45
ART.13	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	Pag.45
ART.14	MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO 14.1-Rotazione 14.2-Obbligo di astensione in caso conflitto di interessi 14.3-conferimento/autorizzazione incarichi extra istituzionali 14.4-Inconferibilità per incarichi dirigenziali 14.5-Incompatibilità specifiche per particolari posizioni dirigenziali 14.6-Attività successive alla cessazione del servizio Pantouflage 14.7-Divieto di incarichi dirigenziali, di studio e consulenza a soggetti in quiescenza 14.8-Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici conferimento incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. 14.9-Tutela del dipendente che segnala un illecito 14.10- Formazione del personale 14.11-Patti di integrità negli affidamenti 14.12-Azioni di sensibilizzazione e rapporti con a società civile 14.13-Monitoraggio tempi dei procedimenti 14.14-Monitoraggio rapporti azienda e soggetti esterni	Pag.46

	14.15-Codice di comportamento 14.16- Trasparenza	
ART.15	MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO “ULTERIORI” SEZIONE PREVENZIONE TRASPARENZA	Pag.55
ART.16	PREMESSA	Pag.57
ART.17	QUADRO NORMATIVO	Pag.58
ART.18	OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA	Pag.60
ART.19	I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE	Pag.61
ART.20	TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (reg.UE2016/679)	Pag.61
ART.21	HOME PAGE DEL SITO AZIENDALE	Pag.63
ART.22	L’UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE	Pag.64
ART.23	LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON LINE DEI DATI NELLA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”	Pag.64
ART.24	OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB	Pag.65
ART.25	POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	Pag.66
ART.26	STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO DI ADOZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO-MONITORAGGI	Pag.66
ART.27	COINVOLGIMENTO STAKEHOLDERS	Pag.67
ART.28	DIRITTO DI ACCESSO	Pag.68
ART.29	SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL’ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA	Pag.69

ALLEGATO: “REGISTRO RISCHI”

SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

(Articolo 1)
**PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA
(PTPCT): PROCESSO DI ADOZIONE E SUO AGGIORNAMENTO**

Il presente documento costituisce il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)** dell'ASL 5, in continuità con i precedenti Piani, rappresenta il principale strumento di prevenzione della corruzione che la Legge 6 novembre 2012 n. 190 (di seguito Legge 190/2012) avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A." ha previsto per le Pubbliche amministrazioni.

Il PTPCT è uno strumento in continua evoluzione concepito con la consapevolezza che i processi migliorativi di un'organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di misure che vengono progressivamente affinate, modificate, perfezionate o sostituite in conseguenza alle attività di monitoraggio che sono state svolte.

L'ASL 5 (di seguito Azienda) riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti.

L'Azienda adempie al dettato normativo di cui all'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, che prevede l'aggiornamento annuale del piano, mediante l'approvazione del presente Piano riferito al triennio 2026-2028 nel quale sono indicati i progetti e le iniziative che l'Azienda intende perseguire relativamente al periodo 2026-2028 con lo scopo del miglioramento della qualità delle misure di prevenzione già in atto.

Il PTPCT è adottato, nei termini di legge, dal Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), quale documento correlato al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) come previsto dall'art. 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

In premessa occorre precisare che la Regione Liguria ha con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che a partire dal 1 Gennaio 2026 prevede la fusione delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 che sono incorporate in Liguria Salute che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria).

Le suddette aziende sanitarie perderanno la loro personalità giuridica e in particolare le AASSLL nn. 1, 2, 3, 4 e 5 diventeranno Aree Sociosanitarie Locali (ASL) che costituiranno articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della azienda sanitaria unica regionale ATS Liguria. Le Aree avranno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi.

L'attività di pianificazione e programmazione sarà in capo alla ATS Liguria che darà gli indirizzi alle AASSLL, gli obiettivi e le relative risorse per realizzarli.

In sede di prima applicazione, il P.I.A.O. dell'ATS Liguria risulta dalla composizione del P.I.A.O. delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5, di cui il PTPCT è un documento correlato, e di Liguria Salute.

Parte integrante del Piano è il Programma Triennale della Trasparenza alla quale è dedicata un'apposita sezione dove sono indicati i soggetti competenti alla continua implementazione, trasmissione e pubblicazione dati ai sensi del Decreto legislativo 33/2013 e s.m.i.

Il consolidamento del livello di trasparenza dei processi e dei procedimenti, nonché dei livelli di responsabilità di tutti gli attori, è obiettivo aziendale per garantire il livello di accessibilità alle informazioni da parte dei cittadini.

L'adozione del Piano e i suoi aggiornamenti saranno pubblicati sul sito web aziendale nei link sottoindicati:

- Sezione Amministrazione Trasparente
- Altri contenuti
- Prevenzione della Corruzione

Al RPCT, come meglio precisato nei paragrafi successivi, è affidato il compito di predisporre, aggiornare e vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, avvalendosi della collaborazione del funzionario a supporto di dette attività e della collaborazione dei Referenti delle macro-aree.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza secondo le disposizioni normative nazionali), con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Direttori / Responsabili di Struttura e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

Resta inteso che il presente Piano cessa la sua validità quanto la suddetta ATS Liguria, operativa dal 01 Gennaio 2026, si doterà di propri piani in materia come sopra illustrato.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi interni;
- emersione di nuovi rischi;
- indicazioni del vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Il PNA costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni (PP.AA.) e per tutti gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa anticorruzione ed è volto a favorire il rispetto sostanziale delle norme pur lasciando ad ogni singola amministrazione la scelta delle misure più appropriate per adattare, ad ogni specifico contesto, l'attuazione delle misure indicate nel PNA e per porre in essere qualsiasi altro presidio ritenuto idoneo a prevenire e reprimere i fenomeni corruttivi. Le misure indicate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) hanno valenza esemplificativa e hanno lo scopo di supportare gli Enti

nell'individuazione degli strumenti di prevenzione della corruzione più idonei per ogni singola realtà organizzativa;

- Vademecum di ANAC di esemplificazione e orientamento valido sia per la predisposizione del PTPCT, sia della sezione del PIAO dedicata alle misure di prevenzione.

Il Piano dell'Azienda 2026-2028, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- nuove indicazioni fornite dall'ANAC, con delibere, determine, comunicati;
- esito del monitoraggio sull'attuazione delle misure di anticorruzione e degli obblighi di pubblicazione;
- rivalutazione dei rischi alla luce delle misure di prevenzione introdotte negli anni precedenti, delle criticità e proposte formulate dai Direttori/ Responsabili di struttura e dai Referenti delle macro-aree e delle indicazioni contenute nei PNA 2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025 in relazione alle specifiche e ulteriori aree di rischio individuate Contratti pubblici e Sanità.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al *feedback* ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti di cui all'art. 6 del presente piano secondo le modalità e i compiti ivi indicati e le procedure evidenziate nell'allegato Registro Rischi relativamente all'attuazione e al monitoraggio. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni .

L'Azienda prima dell'approvazione del Piano pubblica sul sito aziendale apposito avviso, inviato anche alle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.), al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. L'avviso per l'aggiornamento del Piano 2026-2028 è stato pubblicato e inviato alle OO.SS. con Prot.n. 45/RPCT il 24/11/2025 con scadenza per l'invio delle eventuali osservazioni entro il 05/12/2025.

(Articolo 2) QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Principali disposizioni normative:

- “D.P.R.16 aprile 2013 n.62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165” e s.m.i.;
- Codice di comportamento aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 14 marzo 2024 “Approvazione “Codice di Comportamento Azienda

Sociosanitaria Figure 5 - aggiornato al D.P.R. 81/2023”;

- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 così come modificato dal Decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 in materia di “Riordini della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi”;
- Decreto Legislativo n. 165/2001 art.53 “incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi”;
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazione di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, c.d. whistleblowing;
- Decreto legge n. 80/2021, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” così come convertito in Legge 6 agosto 2021 n.113;
- Decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- Provvedimenti e Linee guida aggiornate predisposte dall’ANAC.

(Articolo 3)

OGGETTO E FINALITA’ DEL PIANO: DEFINIZIONE DI CORRUZIONE OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

Con la Legge 190/2012 come modificata dal Decreto Legislativo 97/2016, FOIA , sono state definite le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella P.A. e, pertanto, le Pubbliche Amministrazioni devono provvedere all’adozione del PTPCT (art. 1, comma 5 e 8).

Il presente Piano, incoerenza con la sopra richiamata disciplina nazionale, accoglie una nozione ampia di corruzione, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati o pubblici (sviamento dall’interesse pubblico), ovvero l’inquinamento dell’azione amministrativa a breve termine, sia che tale azione abbia successo, sia che rimanga a livello di tentativo.

Da qui deriva l'esigenza che l'attività amministrativa abbia sempre come riferimento il principio della legalità e dell'integrità, inteso nella sua accezione più ampia e quindi comprendente tutti gli altri principi che reggono all'ordinato svolgimento di compiti affidati a una Struttura e a un Dirigente.

Gli obiettivi di carattere generale sono finalizzati a:

- far sì che le opportunità in cui si manifestino casi di corruzione siano ridotte;
- aumentare la capacità di identificare casi di corruzione con un maggior coinvolgimento delle Strutture;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione valorizzando la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio.

Il PTPCT mira a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;
- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;
- monitorare il rispetto dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano;
- monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.
- adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento e l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri comportamentali;
- adottare misure che garantiscano la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconvertibilità e incompatibilità;
- adottare misure e procedure per la rilevazione e gestione dei conflitti, di interesse, dei casi di incompatibilità e svolgimento di incarichi esterni;
- attuare la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione (individuati nell'art. 6).

Sono stabiliti in tale aggiornamento gli obiettivi strategici in materia per l'anno 2026 secondo le indicazioni regionali:

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 proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo;
- Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo interaziendale degli RPCT - Sanità);
- Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza 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.

Nel 2025 il sottogruppo dedicato al PNRR del Gruppo Interaziendale RPCT di cui è stata referente ASL5 ha svolto attività che sono funzionali al suddetto obiettivo nell'anno 2026 che sono di seguito sinteticamente rappresentate.

Sono stati elaborati da ASL5 modelli di schede che sono state utilizzate per gli audit eseguiti presso le strutture coinvolte. E' stata inoltre effettuata una scheda per ogni intervento finanziato dal PNRR selezionati per il monitoraggio.

ASL 5 aveva già predisposto una scheda di analisi per la mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione, con indicatori di rischio e relative misure di prevenzione al fine di elaborare il nuovo registro dei rischi che sarà operativo dal 2026.

La motivazione del lavoro di ASL 5 consiste nel superamento delle indicazioni contenute nel PNA 2013 relativamente alla valutazione del rischio con indici numerici basati sulla valutazione della probabilità di accadimento di un rischio e sul relativo impatto sulla quale è stato elaborato l'attuale registro dei rischi aziendale.

ANAC ha evidenziato che il sistema PNA 2013 non dava risultati positivi in esito al monitoraggio dei PTPCT. Serve quindi un approccio prevalentemente qualitativo, che può essere supportato anche da dati quantitativi, con indicatori individuati a livello autonomo dalle singole amministrazioni pubbliche (indicatori di rischio). La valutazione va quindi fatta utilizzando indicatori che sono suggeriti dalla storia e dalla narrazione di ogni azienda. I riferimenti per la predisposizione di stima del livello del rischio sono contenuti nel PNA 2019 (livello di interesse esterno: presenza anche di interessi economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio; grado di discrezionalità del decisore interno della PA: presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale vincolato; opacità del processo decisionale: adozione di strumenti di trasparenza e sostanziale e non solo formale; grado di attuazione delle misure anticorruzione: attuazione delle misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi; dati sui precedenti giudiziari: sentenze passate in giudicato: reati contro la PA, falso e truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.); i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile (Corte dei Conti); i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici esiti dei procedimenti disciplinari; le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction (possibili malfunzionamenti o mala gestione); fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali giudizio del rischio (descrizione narrativa della probabilità del rischio e del relativo impatto).

Dopo aver valutato i rischi secondo i suddetti indicatori, devono essere individuate misure

di prevenzione della corruzione in funzione della criticità individuate in sede di analisi e valutazione dei rischi (rischi potenziali). I requisiti delle misure sono: presenza e adeguatezza di misure e/o controlli specifici preesistenti: sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione; capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio; sostenibilità economica e organizzativa delle misure: capacità di attuazione dell'Azienda; adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione (contestualizzazione).

La scheda con le sopra citate caratteristiche che ha preso a riferimento la struttura del PNA 2019 è stata usata come modello per predisporre una scheda di monitoraggio per gli interventi del PNRR (ASL n. 5 aveva già predisposto, come sopra ricordato, altre schede e aveva proceduto al monitoraggio degli interventi PNRR di cui ha presentato specifico materiale al coordinamento gruppo regionale RPCT).

Per procedere allo sviluppo dello schema di analisi, A.Li.Sa (dal 01.09.2025 Liguria Salute) componente del sottogruppo PNRR, ha fornito il "Catalogo dei rischi PNRR" predisposto da ANAC, Italia Open Go, 5° Piano d'Azione Nazionale 2021-2023 che è stato studiato dal sottogruppo nelle sue diverse parti.

In particolare, si è focalizzata l'attenzione sul fenomeno della "interferenza relazionale" che si determina nella rete di relazioni del decisore pubblico (esempio: commissario di gara, RUP, DEC, commissario di una selezione di personale). La sfera delle relazioni private e anche pubbliche può influire negativamente sulle decisioni del dipendente pubblico che non agisce esclusivamente per soddisfare l'interesse collettivo della azienda pubblica alla quale appartiene (opportunità, legittimità, efficacia ed efficienza) ma per appagare un interesse proprio o di terzi che collima in tutto o in parte con il suddetto interesse collettivo, provocando una conseguente perdita di valore pubblico. Tale scenario si inquadra nell'area del conflitto di interessi.

Occorre quindi una valutazione preventiva del conflitto di interessi attraverso una mappatura sintetica delle relazioni "sensibili" stabili e il relativo sviluppo.

Nella scheda di analisi sono state previste misure che agiscono sia in maniera preventiva (la suddetta mappatura delle relazioni sensibili) sia in itinere con un sistema di gestione dei comportamenti e di controlli (i suddetti controlli rinforzati).

Tali processi sono stati suddivisi in diverse fasi per ciascuna delle quali si sono applicate gli indicatori di rischio della scheda di analisi sopra citata e si sono individuate le misure specifiche di prevenzione del rischio.

In specifico per i seguenti processi si sono stabiliti indicatori di rischio e misure per ciascuna delle seguenti fasi:

1. gara;
2. concorso pubblico;
3. opera pubblica (es. costruzione, acquisto attrezzatura, software).

La scheda da utilizzare per monitorare lo stato di avanzamento degli interventi/servizi finanziati con il PNRR è la seguente:

-Garantire l'aggiornamento dei codici di comportamento alla luce del D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81, con particolare riferimento alle disposizioni sull'utilizzo dei social, alla social media policy, e alle responsabilità dirigenziali in materia di performance;

-Progettare eventi formativi sull'etica pubblica e sulla cultura dell'integrità rivolti al personale dell'Ente;

-Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto del whistleblowing e sulla normativa antiriciclaggio.

In relazione all'antiriciclaggio già nel 2025 (PTPCT 2025-2027) si erano definite le seguenti misure:

AREA	TIPO RISCHIO	MISURE SPECIFICHE	MONITORAGGIO INDICATORI
Antiriciclaggio Appalti	Rischio antiriciclaggio	1) Sensibilizzazione alla normativa 2) Diffusione indicatori di anomalia UIF Appalti 3) Eventuale consulenza/formazione specifica 4) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 5) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 221.000 (oltre IVA).	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all'eventuale corso formativo. Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.
Antiriciclaggio PNRR	Rischio antiriciclaggio	1) Censimento progetti PNRR in cui l'azienda è Stazione Appaltante 2) Sensibilizzazione alla normativa 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Eventuale consulenza/formazione specifica 5) Individuazione indicatori di anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000 (oltre IVA)	Organizzazione di almeno un incontro interno di condivisione della normativa e circolarizzazione interna degli indicatori e relativo verbale di partecipazione. Partecipazione all'eventuale corso formativo. Verifica sull'inclusione degli indicatori di anomalia tra i controlli da applicare.

Nel 2025 è stata applicata la seguente ceck list agli operatori economici:

CHEK LIST IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO									
AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5									
PARTITA IVA: 00962520110									
Sede legale: Via Fazio n. 30 La Spezia									
Il sospetto deve essere basato su una valutazione di elementi plurimi oggettivi e soggettivi acquisiti sulla base dell'istruttoria normalmente avviata.									
La presente checklist fornisce un ausilio indicativo e non esaustivo all'identificazione delle attività a forte rischio di riciclaggio tale da fornire un aiuto alla relativa valutazione									
Verifica adempimenti in fase di aggiudicazione di appalti e/o affidamenti diretti									
Operatore economico:									
Cod. CUP: - cod. CIG:									
Responsabile del Procedimento - RUP									
DOCUMENTAZIONE DA CONTROLLARE in più fasi									
	INDICATORE DI ATTENZIONE	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note			
A) Visura camerale	A.1 Età anagrafica del rappresentate legale: > di 80 anni o < di 20 anni	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.2 Si ha difficoltà ad individuare la figura del titolare effettivo?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.3 C'è stata una variazione dell'oggetto sociale negli ultimi 6 mesi?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B) Certificato antimafia	B.2 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
C) White lists	C.1 Il controllo ha dato esito positivo?	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
D)Notizie di stampa recenti (6 mesi)	D.1 Sono state reperite notizie giornalistiche o via internet che possono condurre ad un rischio di riciclaggio?	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				

A)- ANOMALIE DEL SOGGETTO PARTECIPANTE O AFFIDATARIO									
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note			
A) Documentazione relativa all'operazione:	A.2 Documenti o informazioni inerenti l'operazione difformi e/o contraddittori	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B) Contiguità o operatività o rapporti finanziari rilevanti con soci amministratori:	B.1 Persone sottoposte a procedimenti penali e/o misure di prevenzione patrimoniale	ALTO *	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	B.2 Persone che rivestono importanti cariche pubbliche	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B)- ANOMALIE DELL'APPALTO PUBBLICO O DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO									
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note			
A) Presentazione di un'unica offerta nell'ambito di procedure di gara con:	A.1 Aggiudicazione al prezzo più basso	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.2 Offerta anormalmente più bassa	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B) Offerta con ribasso elevato in gare al prezzo più basso con:	B.1 Contratto caratterizzato da complessità elevata	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
C)- ANOMALIE NELLA FASE DI ESECUZIONE									
	INDICATORE DI ANOMALIA	VALORE	DATI RILEVABILI DALL'ISTRUTTORIA			Note			
A) Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione consistenti in:	A.1 Variazioni prestazioni originarie	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.2 Allungamento termini di ultimazione lavori, servizi, forniture	BASSO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
	A.3 Significativo incremento dell'importo del contratto	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
B) Esecuzione contratto con ripetute e/o non giustificate operazioni di:	B.1 Cessione, trasformazione, fusione, scissione ovvero affitto d'azienda o di un suo ramo.	MEDIO	SI	NO	NON RICORRE LA FATTISPECIE				
* Il Valore ALTO determina singolarmente motivo di									

segnalazione.									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occorre altresì sottolineare che nell'anno 2025 è stato svolto un corso di formazione per i referenti aziendali dell'antiriciclaggio dove sono state ribadite le seguenti tematiche.

Corruzione e riciclaggio si pongono in linea di continuità. L'azione di prevenzione della corruzione può contribuire a ridurre il rischio di riciclaggio, così come l'antiriciclaggio ostacola il reimpiego dei proventi illeciti, accresce il costo ed i rischi, rendendo la corruzione meno vantaggiosa.

Ci sono altresì presidi comuni del sistema di anticorruzione e degli obblighi antiriciclaggio:

Articolo 1, co. 16, Legge n.190/2012 ed Articolo 10, co. 1, D.lgs.n. 231/2007

scelta del contraente e procedura di scelta

autorizzazioni, concessioni e licenze

finanziamenti e vantaggi economici

Sistema Anticorruzione :

- tutela dell'integrità dell'apparato pubblico;
- prevenzione dei rischi;
- collaborazione di attori qualificati, nei quali accrescere la consapevolezza dei rischi e delle vulnerabilità;

Sistema Antiriciclaggio :

- tutela dell'integrità dell'economia e dei mercati
- analisi e prevenzione dei rischi
- collaborazione di categorie di operatori qualificati tenuti ad obblighi di adeguata verifica della clientela, registrazione, formazione e segnalazione o comunicazione delle operazioni sospette a una unità centrale nazionale (UIF) che le analizza (individuando connessioni con possibili attività criminose) e trasmette i risultati ad autorità investigative.

Nel sistema antiriciclaggio, particolare attenzione va rivolta alla valutazione dei rischi, nell'ambito di tutte quelle attività e nella realizzazione di operazioni a contenuto economico, che comportano la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento o sono, comunque, connesse alla realizzazione di obiettivi di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero rivolte ai controlli di competenza nei confronti dei destinatari di

dette operazioni.

Le principali aree di attenzione, al fine di procedere con l'obbligo di segnalazione, sono nello specifico gli ambiti e le procedure/procedimenti di seguito elencati:

- Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.
- Tutte le attività ed i processi inerenti la realizzazione di interventi previsti dal PNRR e che prevedono l'impiego e la gestione di risorse.

L'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi nell'impiego dei fondi provenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse. Tutte le amministrazioni pubbliche tenute ad adottare i PTPCT devono adempiere anche agli obblighi antiriciclaggio, valorizzando il più possibile il coordinamento con le misure anticorruzione, in modo da realizzare gli obiettivi di semplificazione e razionalizzazione dei controlli pubblici previsti dalla legislazione vigente.

La segnalazione di operazione sospetta è una comunicazione funzionale all'avvio di approfondimenti investigativi e differisce dalla denuncia che riguarda fatti penalmente rilevanti segnalati all'Autorità Giudiziaria. Non è quindi una denuncia/querela, non è un esposto.

L'intera disciplina del D.lgs 231/2007 è costruita intorno alla funzione chiave della segnalazione delle operazioni sospette: lo scopo della normativa antiriciclaggio, infatti, è quella di tutelare il sistema economico e finanziario, garantendone la stabilità e la trasparenza, e contrastandone l'utilizzo ai fini del riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

OBIETTIVO 4 - VALORE PUBBLICO E TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione della corruzione e della maladministration. A tal fine la sola trasparenza amministrativa non è sufficiente e deve essere semplificata. Allo stesso tempo occorre incrementare la trasparenza sui risultati, sul valore pubblico e sugli impatti prodotti dell'azione pubblica. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- Sviluppare la trasparenza sui risultati raggiunti e sul valore pubblico a cominciare

dal PIAO e dalla relazione integrata sul PIAO, illustrando obiettivi e risultati raggiunti in modo semplice, utilizzando grafici, rendendo agevole la comprensione dei dati anche ad un pubblico di “non addetti ai lavori” e digitalizzando gli strumenti.

- Adeguare le sezioni Amministrazione Trasparente agli schemi di pubblicazione definiti da Anac per i dati riferiti agli obblighi negli ambiti “spese e pagamenti dell’amministrazione”, “organizzazione”, “controlli e rilievi sull’amministrazione” (artt. 4 bis, 13 e 31 del d.lgs. n.33/2013).
- Sviluppare modalità di pubblicazione dei dati in logica open e interoperabile con la Piattaforma Unica della Trasparenza (PUT) e Trasparenza di ANAC, in coerenza con gli schemi approvati con Delibera n. 495/2024.

OBIETTIVO 5 - INDICATORI DI PREVENZIONE E DI BUONA AMMINISTRAZIONE

La conoscenza e il monitoraggio degli indicatori di warning abilitanti la corruzione e la cattiva amministrazione della cosa pubblica sono di assoluto rilievo per la prevenzione della corruzione e per promuovere la “buona amministrazione”. Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi:

- Applicare i cruscotti e le dashboard progettate nel 2025 per monitorare gli indicatori di rischio di misurazione della corruzione (compreso il cruscotto elaborato dal Gruppo intraziendale degli RPCT Sanità) e di buona amministrazione, anche prevedendo l’istituzione di appositi gruppi di lavoro tra gli enti;
- Progettare ulteriori evoluzioni dei cruscotti informativi di indicatori (KPI) finalizzati al monitoraggio anche di indicatori e ambiti di “buona amministrazione” quali: rispetto tempi procedurali, applicazione misure anticorruzione, applicazione obblighi di pubblicazione, rilevazioni di customer satisfaction per utenti esterni e interni, rispetto tempi pagamento fatture commerciali.

Tra gli obiettivi del 2025 c’era lo sviluppo di un sistema di indicatori (Key Performance Indicators) che il sottogruppo costituito referente l’IRCSS San Martino del Gruppo Interaziendale RPCT ha elaborato e presentato al Convegno di Genova con ANAC del 09/06/2025.

Per l’anno 2026, la Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali ha dato mandato di implementare un cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

Tali indicatori dovranno essere misurati dalle strutture aziendali competenti in materia con il supporto dell’ufficio RPCT. Gli indicatori sono di seguito elencati:

1. Appalti Pubblici

- a. Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV): L'uso del criterio OEPV comporta maggiori margini di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso, potenzialmente aprendo la strada a favoritismi.

2.	4. Elevata percentuale di procedure aggiudicate con criterio OEPV rispetto al totale 5. Offerti di valutazione poco chiari o non coerenti con l'oggetto dell'appalto 6. Scarso equilibrio tra componente tecnica ed economica, con prevalenza eccessiva della componente qualitativa 7. Numero limitato di partecipanti alla gara 8. Assenza o incompletezza di dati/documentazione trasparente nella fase di aggiudicazione
10. ALTO	
11.	11. Ripetitività di aggiudicazioni OEPV a favore degli stessi operatori 12. Criteri di valutazione definiti ma con margini interpretativi moderati 13. Squilibrio adeguato tra componente tecnica ed economica 14. Numero medio di partecipanti alla gara
10. M 10. LO 10.	
15.	17. Documentazione completa e trasparente con motivazioni dettagliate 18. Uso limitato o mirato del criterio OEPV, con prevalenza di criteri oggettivi 19. Elevato numero di partecipanti alla gara
10. B 10. AL 10. S 10. O	

Appalti Pubblici

Procedure non aperte o ristrette:

Queste includono procedure negoziate, affidamenti diretti e cottimi fiduciari. Una quota elevata di tali procedure, rispetto al totale, può indicare una mancanza di concorrenza e trasparenza.

ALTO	- Proroga tecnica reiterata oltre il necessario - Mancanza di clausola d'opzione nel bando - Prolungamento non motivato da esigenze oggettive - Affidamento diretto di fatto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza
MEDIO	- Proroga prevista ma di durata discutibile rispetto all'appalto originario - Motivazioni non strettamente tecniche o temporanee - Comunicazione agli organi di controllo (RPCT) ma rischio di abuso
BASSO	- Proroga prevista e limitata nel bando - Durata contenuta e proporzionata - Motivazione oggettiva e documentata - Comunicazione tempestiva agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

Gare con un'unica offerta:

Quando un appalto si conclude con la ricezione di una sola offerta, il rischio è che la mancanza di concorrenza nasconda comportamenti corruttivi o scelte non ottimali.

ALTO	- Assenza di concorrenza senza giustificazioni oggettive - Settore con presenza di più operatori - Possibili accordi tra imprese o rapporti privilegiati - Prezzi superiori a quelli di mercato - Rischio di aggiudicazione non ottimale per la PA
MEDIO	- Settore con pochi operatori - Documentazione delle difficoltà di attrarre offerte - Analisi di mercato effettuata e trasparente - Prezzi in linea con il mercato, ma rischio comunque presente
BASSO	- Unicità del fornitore comprovata - Urgenza o motivi tecnici insuperabili - Procedura trasparente e motivata - Controlli ex post e comunicazione agli organi di vigilanza

Appalti Pubblici

Processi di proroga e rinnovo dei contratti

Estensioni contrattuali che superano in maniera marcata la durata originaria possono essere indicative di una volontà di evitare la trasparenza di una nuova gara, mantenendo relazioni consolidate con fornitori specifici.

ALTO	- Durata molto superiore al contratto originario - Assenza di clausole di proroga nel bando - Mancanza di motivazioni oggettive - Possibile affidamento diretto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza - Responsabilità penale per gli amministratori
MEDIO	- Clausole di proroga presenti ma usate al limite - Motivazioni documentate ma non strettamente tecniche - Durata proroga contenuta ma significativa - Rischio di abuso ma con qualche tutela formale
BASSO	- Proroga tecnica limitata nel tempo - Motivazioni oggettive e documentate - Rispetto delle condizioni previste dal Codice Appalti (D.Lgs. 36/2023) - Trasparenza e comunicazione agli organi di controllo

Gestione del Personale

Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi

ALTO	- Incidenza elevata di incarichi fiduciari senza selezione pubblica - Nomine dirette prevalenti rispetto a procedure comparative - Mancanza di pubblicazioni di atti motivati e curricula - Elevato rischio di clientelismo, nepotismo e favoritismi - Possibili violazioni del principio di imparzialità e concorrenza
MEDIO	- Incidenza di incarichi fiduciari entro limiti di legge - Procedure di nomina non sempre trasparenti o pubbliche - Motivazioni presenti ma non sempre esaurienti - Rischio contenuto ma presente di favoritismi o scelte non ottimali
BASSO	- Incidenza limitata e giustificata di incarichi fiduciari - Procedure selettive e comparative prevalenti - Pubblicazione puntuale di nomine, motivazioni e curricula - Basso rischio di favoritismi e clientelismi - Conformità ai principi di trasparenza e imparzialità

Gestione del Personale

Percentuali rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio

ALTO	- Rotazioni non effettuate o molto ritardate (oltre i tempi previsti) - Assenza di motivazioni documentate o giustificazioni insufficienti - Mancata applicazione delle misure alternative (es. segregazione funzioni) - Scarso o nullo monitoraggio e reporting nel PTPCT/PIAO - Elevato rischio di consolidamento di rapporti clientelari e di corruzione
MEDIO	- Rotazioni effettuate in parte, con alcune eccezioni giustificate - Misure alternative adottate in modo non sistematico - Monitoraggio e reporting presenti ma non sempre completi - Rischio contenuto ma presente di comportamenti non conformi
BASSO	- Rotazioni programmate e realizzate nei tempi previsti - Applicazione coerente delle misure alternative quando necessario - Monitoraggio continuo e report puntuali nel PTPCT/PIAO - Basso rischio di consolidamento di situazioni a rischio di corruzione

Gestione del Personale

Percentuale incarichi annullati o revocati

ALTO	- Numerosi annullamenti/revoche per violazioni di legge o procedure - Mancata verifica preventiva delle professionalità interne ed esterne - Ricorsi frequenti e contenziosi amministrativi - Elevato rischio di danni erariali e responsabilità amministrativa - Segnalazioni da parte di TAIR, Corte dei Conti o ANAC
MEDIO	- Annullamenti/revoche occasionali e giustificati - Procedure di verifica e controllo presenti ma non sempre efficaci - Rischio contenuto ma presente di errori o irregolarità - Attività di formazione e aggiornamento in corso
BASSO	- Rari annullamenti o revoche, generalmente per cause eccezionali - Procedure trasparenti e conformi alla normativa vigente - Verifiche preventive e documentate delle professionalità - Basso rischio di errori o irregolarità

Gestione del Personale

Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite

ALTO	- Alta incidenza di procedimenti disciplinari conclusi con sanzioni gravi (licenziamenti, sospensioni) - Numerosi eventi critici rilevati e gestiti - Presenza di fenomeni di illegalità o malcostume diffusi - Necessità di interventi strutturali e rafforzamento della prevenzione
MEDIO	- Procedimenti disciplinari attivati ma con circa un terzo conclusi senza sanzioni - Sanzioni applicate in modo proporzionato e selettivo - Eventi critici gestiti con efficacia e trasparenza - Rischio contenuto ma presente, con margini di miglioramento nella prevenzione
BASSO	- Limitato numero di procedimenti disciplinari e sanzioni gravi - Prevalenza di comportamenti conformi alle regole - Sistema di prevenzione e controllo efficace - Basso rischio di fenomeni corruttivi o malcostume

Conflitto di Interessi

Numero di conflitti di interesse dichiarati:

Quanti casi sono stati formalmente segnalati e gestiti.

ALTO	- Scarso o nullo numero di segnalazioni nonostante il contesto complesso - Mancata adozione di misure preventive e di controllo - Potenziali conflitti non rilevati o non comunicati - Rischio elevato di favoritismi e violazioni di imparzialità
MEDIO	- Segnalazioni presenti ma non sistematiche - Procedure di gestione parzialmente documentate - Alcuni casi di conflitto gestiti correttamente - Rischio contenuto ma presente, soprattutto in assenza di monitoraggi costanti
BASSO	- Segnalazioni coerenti con il volume e la complessità dell'ambito - Procedure chiare e applicate per la gestione dei conflitti - Comunicazioni tempestive e astensioni effettive - Basso rischio di condizionamenti illeciti

Conflitto di Interessi

Tasso di risoluzione dei conflitti:

Percentuale di conflitti di interesse risolti in un arco di tempo definito.

ALTO	- Ritardi o astensione del personale coinvolto - Procedure di gestione non applicate o incomplete - Elevato rischio di favoritismi e violazioni di imparzialità - Carenze nella vigilanza e controllo
MEDIO	- Procedure di gestione presenti ma non sempre tempestive - Alcune situazioni di conflitto risolte parzialmente - Rischio residuo di condizionamenti o favoritismi - Necessità di migliorare la tempestività e completezza delle misure
BASSO	- Applicazione rigorosa della normativa vigente (es. Art. 16 del D.Lgs. 36/2023) - Astensione immediata del personale in conflitto - Procedure chiare e trasparenti di gestione - Basso rischio di influenze indebite o alterazioni della concorrenza

Conflitto di Interessi

Qualità della documentazione e delle procedure di gestione:

Valutazione qualitativa delle politiche interne e della loro efficacia.

ALTO	- Mancanza di procedure chiare e formalizzate - Assenza o scarsa qualità delle dichiarazioni di assenza di conflitto - Procedure di verifica e controllo non definite o non applicate - Archiviazione e monitoraggio delle dichiarazioni carenti o assenti - Scarso coinvolgimento e formazione del personale
MEDIO	- Politiche interne formalizzate ma non sempre aggiornate - Dichiarazioni di assenza di conflitto raccolte ma con verifiche limitate - Procedure di controllo esistenti ma non sempre efficaci - Monitoraggio e archiviazione parziali - Formazione del personale presente ma non sistematica
BASSO	- Politiche dettagliate e aggiornate in materia di conflitti di interesse - Dichiarazioni obbligatorie e verificate sistematicamente - Procedure di controllo e monitoraggio ben strutturate (es. registri, sistemi informatici) - Documentazione completa e facilmente accessibile - Formazione continua e sensibilizzazione del personale

Formazione e cultura dell'integrità

Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione

(PIAO, whistleblowing, pantouflage, codice di comportamento).

ALTO	- Personale non formato o informato sulle misure anticorruzione - Mancata diffusione o applicazione del Piano Integrato Anticorruzione e Trasparenza (PIAO) - Ignoranza o scarsa conoscenza degli strumenti di segnalazione (whistleblowing) - Assenza di codici di comportamento o loro mancata osservanza - Elevato rischio di comportamenti illeciti e mancata prevenzione
MEDIO	- Formazione presente ma non sistematica o aggiornata - PIAO adottato ma non pienamente implementato - Strumenti di whistleblowing attivi ma poco utilizzati - Codice di comportamento presente ma non sempre rispettato - Rischio moderato di inefficacia nelle misure di prevenzione
BASSO	- Formazione regolare e aggiornata del personale - PIAO adottato, aggiornato e diffuso - Meccanismi di whistleblowing efficaci e utilizzati - Codice di comportamento chiaro, aggiornato e rispettato - Basso rischio di comportamenti corruttivi e maggiore trasparenza

Formazione e cultura dell'integrità

Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione.

ALTO	- Formazione non sistematica o sporadica - Mancata copertura dei dipendenti in aree a rischio - Assenza di formazione specifica per ruoli chiave (RPCT, dirigenti) - Scarso impatto sulla cultura organizzativa anticorruzione - Elevato rischio di inefficacia delle misure preventive
MEDIO	- Formazione prevista ma non sempre aggiornata - Copertura parziale del personale, con attenzione maggiore alle aree a rischio - Programmi di formazione differenziati ma non sempre efficaci - Rischio residuo di comportamenti non conformi o di scarsa consapevolezza
BASSO	- Formazione obbligatoria e regolare per tutto il personale - Percorsi formativi specifici per RPCT, dirigenti e personale a rischio - Aggiornamenti annuali o biennali - Monitoraggio e rendicontazione della formazione erogata - Basso rischio di comportamenti illeciti e maggiore efficacia delle misure

Formazione e cultura dell'integrità

Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.

ALTO	- Personale ignaro o poco informato sulle misure anticorruzione - Mancata attuazione delle misure previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Assenza di segnalazioni o interventi disciplinari per inadempienze - Elevato rischio di violazioni e comportamenti non conformi - Mancanza di un sistema di monitoraggio efficace
MEDIO	- Formazione e informazione erogate ma non costantemente - Applicazione delle misure non sempre uniforme o tempestiva - Monitoraggio e verifica presenti ma non sempre efficaci - Rischio residuo di non conformità e inefficienze - Necessità di migliorare la cultura organizzativa
BASSO	- Personale formato e sensibilizzato regolarmente - Misure applicate in modo coerente e documentato - Sistema di monitoraggio e controllo attivo e efficace - Segnalazioni gestite e azioni disciplinari tempestive - Basso rischio di comportamenti illeciti e alta efficacia preventiva

Trasparenza e Accesso Civico

Tempo medio di pubblicazione dei dati:

Intervallo tra il completamento di un processo decisionale e la sua pubblicazione ufficiale.

ALTO	- Pubblicazione ritardata oltre i termini ragionevoli (es. >10 giorni) - Mancata definizione di tempi chiari previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Ritardi sistematici nella pubblicazione di dati sensibili (bandi, incarichi, contributi) - Rischio elevato di opacità e mancato controllo pubblico - Potenziali fenomeni di corruzione o favoritismi
MEDIO	- Pubblicazione entro 1-6 mesi dalla disponibilità dei dati - Tempi definiti nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, ma con margini di flessibilità - Ritardi occasionali ma non sistematici - Rischio moderato di inefficienze e ridotta trasparenza
BASSO	- Pubblicazione entro 30 giorni dalla disponibilità dei dati - Definizione chiara e rispettata dei tempi previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Aggiornamenti costanti e trasparenti - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Trasparenza e Accesso Civico

Numero di audit e controlli pubblicamente resi noti:

Frequenza e trasparenza dei controlli interni ed esterni.

ALTO	- Pochi o nessun audit resi pubblici - Mancanza di report o documentazione accessibile - Controlli sporadici o non pianificati - Assenza di misure correttive comunicate - Elevato rischio di opacità, inefficienze e fenomeni corruttivi
MEDIO	- Audit condotti con cadenza almeno annuale o biennale - Report pubblici parziali o non sempre aggiornati - Procedure di monitoraggio presenti ma migliorabili - Trasparenza discreta, ma con margini di miglioramento
BASSO	- Audit pianificati e svolti regolarmente (es. annuali o trimestrali) - Report dettagliati e pubblicati tempestivamente - Integrazione dei risultati nei Piani di monitoraggio e PIAO - Misure correttive comunicate e monitorate - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

OBIETTIVO 6 - 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 (PNA) 2025 di ANAC in una logica di integrazione con le altre sezioni del PIAO o documento analogo e prevedendo forme di coordinamento tra RPCT e gli altri attori coinvolti nella predisposizione del PIAO.

- Garantire l'aggiornamento di un'unica e integrata mappatura di tutti i processi a rischio, la loro valutazione e il loro trattamento.
- Consolidare i parametri di valutazione del rischio prevedendo anche il rischio di interferenza di soggetti esterni e di stakeholder nelle procedure amministrative.
- 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 a cominciare dalla definizione di obiettivi di valore pubblico territoriali.

OBIETTIVO 7 - GOVERNANCE E COORDINAMENTO 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, anche prevedendo la costituzione di appositi gruppi di lavoro tematici.
- Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.
- Coordinare la strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo
- Promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholders anche con la progettazione di un tavolo permanente di dialogo e confronto con le organizzazioni della società civile e gli stakeholder più rappresentativi sulle misure anticorruzione.

(Articolo 4)

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DELLE DINAMICHE SOCIO-TERRITORIALI E DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE

La prima e fondamentale fase del processo per la gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, esterno e/o interno, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne e al fine di definire misure adeguate a contrastare i rischi corruttivi. Il PNA contiene un generico riferimento al contesto esterno ed interno ai fini dell'analisi del rischio corruttivo.



L'analisi del contesto esterno, ha come obiettivo ottenere le informazioni necessarie a comprendere come le caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e definire, quindi, misure adeguate a contrastare il loro sorgere.

E' attraverso questo tipo di analisi, che s' intende favorire la predisposizione di PTPCT contestualizzati e, quindi, potenzialmente più efficaci a prevenire i rischi corruttivi.

Per l'analisi del contesto interno si deve aver riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'Azienda che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione considerando gli organi di indirizzo, le strutture organizzative, ruoli e responsabilità, le politiche, gli obiettivi, e strategie.

L'Azienda fa parte del Sistema Sanitario Regionale Ligure. 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.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati 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.

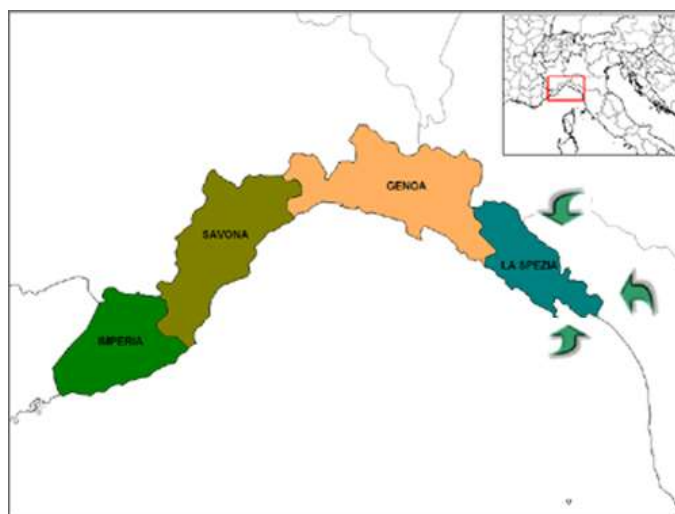
La rete ospedaliera, organizzata strutturalmente e funzionalmente in Dipartimenti, è costituita da un Presidio Ospedaliero (Presidio Ospedaliero del Levante Ligure) articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

Ospedale S. Andrea della Spezia

Ospedale San Bartolomeo di Sarzana

Nel territorio del Comune di Levante è inoltre presente una Struttura Sociosanitaria con posti tecnici di dialisi e una sede di primo intervento (PPI). I Dipartimenti di Area Sanitaria dell'Azienda sono costituiti da Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche attraverso cui si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

CONTESTO ESTERNO



Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2025, il bacino di utenza dell'Azienda è costituito su una superficie di circa 665,22 Km². Nel capoluogo La Spezia risiedono 92.711 abitanti.

(Articolo 5) COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Piano Nazionale Anticorruzione, nel suo aggiornamento del 2015 ha stabilito che *“L’efficacia del PTPC 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. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n.6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:*

- alla performance;
- agli standard di qualità dei servizi;
- alla trasparenza e alla integrità;
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Nell'aggiornamento al PNA 2017 viene ribadita *“la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza e anticorruzione”* 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".

E' dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal D.lgs. n. 150 del 2009, ribadito anche dalla determina ANAC n. 12/2015, ossia:

- il Piano e la Relazione sulla performance (art.10 del D.lgs.150 del 2009);
- il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art.7 del D.lgs.150 del 2009);
- il Piano Aziendale della Formazione.

Gli obiettivi anticorruzione del 2026 sono illustrati all'art. 10 "Metodologia di valutazione del rischio".

(Articolo 6) **SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE CORRUZIONE: COMPITI E RESPONSABILITA'**

6.1) AUTORITA' DI INDIRIZZO POLITICO

La Autorità di indirizzo politico è la Direzione Aziendale coinvolta nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e pertanto chiamata a partecipare attivamente all'elaborazione del PTPCT, alla definizione dei suoi contenuti e delle misure da applicare, all'attuazione e al controllo di efficacia delle misure con esso adottate nonché all'individuazione degli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione. Questi ultimi costituiscono contenuti necessari del PTPCT (art 1, co 8, Legge 190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.lgs. 97/2016). La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPCT e possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, e, ricevono dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

6.2) RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La figura del RPCT è stata interessata da sostanziali modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 e dal PNA 2016; infatti è stato unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile Corruzione e Trasparenza (RPCT) e rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il RPCT, ai sensi della legge n. 190/2012 tra l'altro deve svolgere i seguenti principali

compiti:

- elabora e propone al Direttore Generale il PTPCT;
- formula le proposte per il piano di formazione aziendale per quanto concerne la prevenzione della corruzione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- individua il personale da inserire nei programmi di formazione;
- secondo termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta;
- riferisce sull'attività alla Direzione Generale, in caso di richiesta o qualora ne rilevi l'opportunità;
- vigilare sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio contenute nel PTPCT e segnalare all'organo di indirizzo e all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il RPCT è soggetto a responsabilità nei termini previsti dalla normativa vigente.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Deliberazione del Direttore Generale n. 525 del 08/06/2023, il Dott. Carlo Oliva, Dirigente amministrativo, è stato nominato RPCT.

6.3) REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELL'ANTICORRUZIONE

Il Referente svolge attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questo abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'ASL, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche in relazione agli obblighi di rotazione del personale.

L'azione del Referente è subordinata alle indicazioni e istruzioni del suo Responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

I referenti, concorrono ad assicurare in modo diffuso e capillare un'azione coordinata di attività di controllo per la prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, e riferiscono al RPCT sulle attività svolte nell'esercizio delle proprie funzioni.

Essi, inoltre, con riferimento alle articolazioni cui sono preposti segnalano:

- i dipendenti da inserire nei piani di formazione sui temi della legalità, che operano nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- eventuali modifiche intervenute rispetto al presente PTPCT, nell'individuazione di attività a più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti organizzativi tali da richiedere una modifica del piano stesso;
- eventuali accertamenti di violazione del presente piano;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti interni per la conclusione dei procedimenti;

- gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione ed erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, amministratori o soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione;
- le esigenze, ai sensi del presente Piano, in termini di rotazione di incarichi negli uffici preposti a svolgere attività, ove è più elevato il rischio di corruzione;
- qualsiasi informazione ritenuta utile per il pieno conseguimento delle finalità del presente piano.

6.4) DIPENDENTI, TITOLARI DI INCARICHI DI FUNZIONE, DIRIGENTI

I dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposte alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative, i dirigenti, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, a seguito della pubblicazione sul portale aziendale devono essere a conoscenza del presente PTPCT e devono provvedere all'applicazione dello stesso.

Tutti i dipendenti delle Strutture organizzative coinvolte nell'attività amministrativa mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Dipendenti e tutto il personale in servizio (anche a tempo determinato e collaboratori esterni)

Oltre a quanto suindicato, i dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente e/o al RPCT;
- segnalano casi di personale in conflitto di interessi;
- condividono l'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che siano alla base del codice di comportamento dell'Amministrazione.

Titolari di Incarichi di funzione

I titolari di incarichi di funzione nelle strutture ad alto rischio, provvedono al monitoraggio settimanale dell'effettiva avvenuta trasmissione della posta in entrata e, ove possibile in uscita; relazionano contestualmente al proprio dirigente sulle eventuali anomalie.

Le anomalie (procedure non conformi alle direttive aziendali) costituiscono elemento di valutazione della responsabilità da parte del dipendente preposto alla trasmissione.

La mancata segnalazione dell'anomalia costituisce elemento di valutazione della responsabilità del titolare di posizione organizzativa.

Dirigenti

Nell'area di rispettiva competenza, i Dirigenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio in un'ottica di piena condivisione degli obiettivi e di massima responsabilizzazione, al monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie e propongono misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale;
- propongono al RPCT, i dipendenti da inserire in particolari programmi di formazione;
- inseriscono nei bandi di gara apposita clausola che preveda l'esclusione di coloro che non dichiarino di aderire alle regole di legalità previste dal Codice di Comportamento aziendale, per quanto compatibili;
- provvedono, al monitoraggio semestrale dell'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza relazionando al RPCT.

6.5) ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Azienda, con Delibera n. 515 del 26.05.2022 ha ricostituito l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV). L'OIV svolge le funzioni, previste dal Decreto Legislativo n. 150/2009. Con delibera n. 1111 del 13/12/2017 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento OIV.

L'OIV garantisce la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance e svolge inoltre funzioni di monitoraggio e verifica degli obblighi di pubblicazione sul sito della trasparenza assicurando la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità dei risultati raggiunti dal personale dirigenziale.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, l'OIV verifica la corretta applicazione del PTPCT da parte dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale o Strutture Semplici.

Come stabilito da P.N.A., gli organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- validano la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati;

- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art.43 e 44 Decreto Legislativo n. 33/2013); In particolare promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai sensi art. 14 D.Lgs.150/2009;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art.54 e 55 D.Lgs.n.165\2001);
- verificano la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- verificano i contenuti della relazione annuale del RPCT sull'attuazione delle misure anticorruzione (art.1,comma 14 Legge 190/2012)

6.6) UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

Il suddetto organismo, costituito con Delibera n. 238 del 08.03.2023 “Modifica composizione Ufficio Procedimenti Disciplinari - UPD - a seguito di cessazione di alcuni componenti” svolge le seguenti attività:

- istruisce i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art.55 bis Decreto Legislativo n.165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria (art. 20 Decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art 1 comma 3 - Legge n.20\1994; art. 331 Codice di Procedura Penale);
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- svolge attività di vigilanza e in raccordo col RPCT e al monitoraggio previsto dall'art. 15 del DPR n. 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale.

6.7) COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO CON L'AMMINISTRAZIONE

Il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai soggetti sopra indicati anche a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- Personale assunto con contratto di somministrazione;
- Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della S.C. Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente PTPCT e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere

inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del PTPCT e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

6.8) NOMINA RASA E GESTORE ANTIRICICLAGGIO

Il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto (RASA, Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti) preposto all'iscrizione e aggiornamento dell' Anagrafe unica stazioni appaltanti (AUSA) e a indicarne il nome nel PTPCT.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 643 del 18/07/2023 è stato individuato come Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) il Dott. Marco Lugli Dirigente Amministrativo della S.C. Programmazione e Gestione Acquisti gestione Magazzino Economale.

Con Deliberazione del Direttore Generale n.995 del 16/12/2021 è stato adottato apposito Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo sulla base delle indicazioni contenute nel decreto UIF del 23/04/2018 " Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle PP.AA". La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

Con Deliberazione del Direttore Generale n.650 del 27/07/2023 è stato nominato all'interno dell'Azienda, il soggetto Gestore delegato alla valutazione e trasmissione all'UIF (Unità di valutazione Finanziaria) delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo. Il soggetto nominato Gestore è il Dott. Matteo Fontana Dirigente Amministrativo della S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

Tale Regolamento ha lo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte degli Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari (indicatori di cui al DM del 25/9/2015 e decreto UIF del 23/04/2018) possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle Strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni,

identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

(Articolo 7) OBBLIGHI DI CONOSCENZA

La presa visione del PTPCT e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui ai precedenti articoli.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane inserisce clausola nei contratti di lavoro di ogni nuovo assunto o collaboratore circa l'obbligo di prendere visione del PTPCT consultando l'apposito sito web;
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPCT e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti.

(Articolo 8) PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO:

La gestione del rischio di corruzione:

- a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;
- b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della *performance* e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPCT per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle *performance* o in documenti analoghi. L'attuazione delle misure previste nel PTPCT è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;

- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPCT;
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPCT);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Il processo di gestione del rischio adottato dall'Azienda si sviluppa in un processo dinamico articolato in diverse fasi di intervento:

- FASE DI ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO (si richiama art. 4 del presente PTPCT) e conseguente MAPPATURA DEI PROCESSI (individuazione aree a rischio) da svolgere su tutta l'attività dell'azienda (tutte le aree a rischio sulla base delle specificità dell'Azienda) al fine di identificare le aree che in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa risultano potenzialmente esposte a rischi di corruzione. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. Essa consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase, al fine di procedere all'elaborazione del registro dei rischi e definire l'ambito di intervento.
- FASE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO : è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità e le possibili misure preventive:

a) Identificazione degli eventi rischiosi. L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'Azienda. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «*non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive*», compromettendo l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

b) Analisi del rischio: L'analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e di individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

L'analisi è essenziale al fine di:

- comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi (ad es. mancanza di controlli, di trasparenza, inadeguata diffusione della cultura della legalità, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento...) e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l'individuazione delle misure di prevenzione più idonee);
- definire quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

c) Ponderazione del rischio: l'obiettivo della ponderazione del rischio, è di *«agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione»* (PNA).

In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera. La ponderazione del rischio viene attuata in Azienda secondo un criterio "prudenziale" quindi , anche in presenza di un rischio basso si è proceduto comunque all'individuazione di misure di prevenzione della corruzione. La determinazione del livello di esposizione al rischio dei singoli processi (valutazione del rischio) è stata effettuata in Azienda, utilizzando la metodologia e i criteri in termini di probabilità e impatto che si realizza attraverso la misurazione della probabilità che un rischio si realizzi e delle conseguenze che esso produrrebbe all'interno dell'Amministrazione.

➤ FASE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione): Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Le misure non devono essere astratte , ma devono opportunamente essere progettate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di temperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili. Le misure possono essere misure “obbligatorie” e misure “ulteriori”. Le prime sono definite come tutte quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative; le seconde, invece, possono essere inserite nei PTPCT a discrezione dell'amministrazione. Il PTPCT contiene sia misure obbligatorie che ulteriori e prevede per ogni misura individuata, la tempistica di attuazione, il responsabile e gli indicatori e la periodicità del monitoraggio.

L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili e dei Dirigenti delle strutture aziendali e

dei titolari di posizioni organizzative, di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Nel 2025, il Gruppo interaziendale ha svolto le seguenti attività in merito agli obiettivi definiti:

OBIETTIVI	ATTIVITÀ SVOLTA
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 la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti; ▪ Prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse, (in quest'ultimo caso acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria); ▪ Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC.	<i>E' stata predisposta una scheda elaborata da ASL5 per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.</i> <i>La scheda si compone di diverse sezioni relative alla descrizione dei processi, identificazione dei rischi - indicatori di rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche di prevenzione del rischio.</i> <i>I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzature, software).</i> <i>Nella sezione Amministrazione Trasparente - sottosezione Altri contenuti PNRR viene pubblicata la rendicontazione semestrale dei progetti in essere e il monitoraggio sull'utilizzo dei fondi stanziati e sullo stato di attuazione dei progetti stessi.</i>
OBIETTIVO 2 - Promozione della cultura dell'integrità e formazione La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione. Per questo occorre programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l'istituto del whistleblowing e la normativa antiriciclaggio	<i>E' stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento.</i> <i>E' stato predisposto il materiale per il corso sulla normativa e sulle disposizioni attuative riguardanti il whistleblowing che verrà erogato nel corso del 2026.</i>

OBIETTIVO 3 - Antiriciclaggio L'applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs. n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni. A tal fine, occorre garantire l'applicazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n.231 del 21 Novembre 2007 recante <i>"Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione"</i> per le Pubbliche Amministrazioni.	<i>E' stato organizzato un corso per i dirigenti e i dipendenti di Regione Liguria e delle aziende sanitarie che si è svolto in data 13 Novembre 2025.</i>
OBIETTIVO 4 - Indicatori per la prevenzione della corruzione Per migliorare l'efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l'azione pubblica degli enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di <i>alert</i> che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare. Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi: ▪ Mappare i principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia. ▪ Progettare un cruscotto informativo di indicatori (KPI) finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.	<i>E' stato progettato un cruscotto di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.</i> <i>Gli ambiti considerati sono: Appalti pubblici (procedure, esiti, partecipazione); Gestione del personale (assegnazioni, rotazione, incarichi, formazione); Conflitti di interesse (dichiarazioni, incompatibilità, autorizzazioni); Formazione e cultura dell'integrità; Trasparenza e accesso civico.</i> <i>Tale attività è stata presentata durante il Convegno in data 9/06/2025 presso la Regione Liguria al quale sono intervenuti anche due Consiglieri di ANAC.</i>

(Articolo 9) MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE

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 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;

- dall'OIV.

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 Referenti e Responsabili di struttura, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano. 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 definizione di un sistema di reportistica tale da consentire ai Referenti e al RPCT il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure. Considerato il collegamento col Ciclo della Performance la reportistica è quella utilizzata per verificare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia, sia in fase di rendicontazione finale;
- Nel corso degli anni il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza è stato effettuato dall'RPCT alla cadenza temporale del 30 giugno e del 31 dicembre per le strutture interessate esaminando l'attuazione dei singoli obblighi sulla base delle relazioni dei responsabili delle strutture. L'RPCT ha predisposto apposita relazione semestrale sullo stato di attuazione delle misure anticorruzione e degli obblighi di trasparenza. Le relazioni sono pubblicate sul sito aziendale e allegate al presente Piano.

(Articolo 10)

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Relativamente alla metodologia per analizzare ciascun singolo procedimento amministrativo/processo sanitario aziendale e individuare le relative misure specifiche di prevenzione del rischio, durante l'anno 2026, si utilizzerà una nuova metodologia in linea con quanto suggerito dall'ANAC.

Si adotterà un approccio prevalentemente qualitativo, superando un approccio meramente quantitativo basato sull'attribuzione di punteggi (scoring), 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 quali: 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 malagestioni di taluni processi organizzativi.

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

Per definire il livello di rischio di ognuno, si deve adottare una scala di misurazione ordinale (basso, medio, alto, elevato) che sarà definito sulla base del giudizio complessivo espresso sullo specifico procedimento/processo o su una parte di esso.

Al fine di realizzare la mappatura dei processi con la finalità di individuare il livello di rischio, si usa una specifica scheda di rilevazione articolata nelle seguenti parti:

- descrizione del processo: struttura, processo, n. fase, esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione), evento (rischio);
- identificazione del rischio - indicatori di rischio: livello di interesse esterno, grado di discrezionalità del decisore interno della PA, opacità del processo decisionale, grado di attuazione delle misure anticorruzione, dati sui precedenti giudiziari, i procedimenti per responsabilità amministrativa contabile, i ricorsi amministrativi in tema di affidamento per i contratti pubblici, esiti dei procedimenti disciplinari, le segnalazioni whistleblowing e reclami, e, risultanze indagini customer satisfaction, fattori abilitanti: condizioni individuali, organizzative, sociali, ambientali;
- valutazione del rischio: giudizio del rischio discorsivo e attribuzione livello ordinale;
- programmazione misura specifica: descrizione della misura, risultato atteso, tempi realizzazione, responsabile della misura, indicatori di monitoraggio della misura, valutazione dell'efficacia della misura.

[illegible]

ASL 5 ha provveduto nel corso del 2025, applicando la suddetta scheda, alla mappatura dei processi aziendali a rischio che ha costituito anche obiettivo di budget (performance organizzativa) per alcune strutture. Tale attività ha portato alla formazione del nuovo registro dei rischi allegato al presente PIAO che potrà essere soggetto a revisione con la riforma del Servizio sanitario Regionale in essere come illustrato in “Premessa”. Nel 2026 si rende quindi necessario implementare e applicare il nuovo registro dei rischi che stabilisce un sistema di controlli rafforzati sul sistema di gestione dei comportamenti al fine di individuare situazioni di rischio corruttivo anche potenziali, con lo scopo di verificarne l’efficacia ed introdurre eventuali azioni correttive. Gli obiettivi anticorruzione delle strutture consisteranno nella fattiva applicazione del nuovo registro dei rischi attraverso una costante collaborazione con l’ufficio RPCT. Nella tabella seguente sono riportati tali obiettivi delle strutture/servizi/uffici per l’anno 2026:

Strutture interessate	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso (target)	Indicatore
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA: 1) Direzione Medica del Presidio Ospedaliero; SS Formazione, aggiornamento e ricerca.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO PREVENZIONE: 1) Medicina Legale; 2) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; 3) Igiene degli alimenti e nutrizione; 4) Igiene e Sanità Pubblica; 5) Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; 6) Sanità animale; 7) PSAL;	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SERVIZI: 1) Laboratorio specialistico Tossicologia; 2) Patologia clinica e laboratorio analisi.	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI: 1) SS Disabilità; 2) Terapia Fisica e Riabilitazione; 3) Fragilità e cronicità -> SS Residenzialità anziani; Assistenza Farmaceutica aziendale -> SS Farmacia Ospedaliera - SS Protesica	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE: 1) Strutture Residenziali e Semiresidenziali; 2) SERD; 3) Assistenza Psichiatrica Distrettuale 18; 4) Assistenza Psichiatrica 117 e 19; 5) Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: 1) Gestione Risorse Umane; 2) Affari Generali e Legali -> Contratti e convenzioni; 3) Risorse Economiche e Finanziarie -> responsabile antiriciclaggio; 4) Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino economico; 5) Gestione Tecnica; 6) Ingegneria Clinica; 7) Sistema Informativo Aziendale; 8) Controllo di gestione, flussi, acquisto e monitoraggio prestazioni sanitarie e sociosanitarie -> con riferimento alle convenzioni con le strutture accreditate; 9) Coordinamento amministrativo territoriale e contratti medici convenzionati (MMG, PLS, SUMA)	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione del nuovo registro dei rischi al fine di verificarne l'efficacia e introdurre eventuali azioni correttive, in costante collaborazione con l'ufficio RPCT	Applicare/sviluppare le nuove misure specifiche di prevenzione del rischio definite nel nuovo registro dei rischi.	100% dei controlli previsti (misure specifiche di prevenzione del rischio) nella scheda anticorruzione della struttura.

Le strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo indicate ai punti 8 e 9 non sono ancora operative e pertanto gli obiettivi sono riferiti alla struttura vigente S.C. URP, Attività amministrative, Ospedale e Territorio e al così detto CCD (Centro di Controllo Direzionale).

(Articolo 11) AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE

La Legge n. 190 e il PNA hanno già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, e si riferiscono ai procedimenti di:

A) Area: acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'anno
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'anno e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'anno
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'anno e nel contenuto

D)Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale

Queste aree obbligatorie elencate nell'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012 si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 50 del 2016;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009.

(Articolo 12)

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE / ULTERIORI IN SANITA'

Le aree SPECIFICHE per gli Enti del SSN in relazione alla tipologia ed alla missione della singola azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione:

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Tutti questi processi sono stati mappati ed esaminati e i risultati dell'analisi sono contenuti nel Registro dei rischi.

(Articolo 13)

MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO

Le misure di prevenzione del rischio si classificano in :

- MISURE GENERALI: sono quelle la cui applicazione discende dalla legge o da altre

fonti normative (rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, conferimento/autorizzazione incarichi, inconfiribilità per gli incarichi dirigenziali, incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali, attività successive alla cessazione dal servizio, formazione di commissioni, tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, formazione, patti di integrità negli affidamenti, azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile, monitoraggio dei tempi procedurali, monitoraggio rapporti tra Azienda e soggetti esterni, codice di comportamento, trasparenza). A tali misure si fa riferimento nell'ambito del presente Piano.

- MISURE ULTERIORI O SPECIFICHE: sono quelle che pur non essendo obbligatorie per legge, possono essere introdotte nel piano aziendale e pertanto diventano anch'esse obbligatorie.

(Articolo 14) MISURE DI PREVENZIONE GENERALI DEL RISCHIO

14.1) ROTAZIONE DEL PERSONALE

Le pubbliche amministrazioni, di cui all'art.1 comma 2, del Decreto Legislativo n. 165\2001, sono tenute ad adottare adeguati criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, compresi i responsabili di procedimento operanti nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La norma prevede che tale principio di rotazione del personale vada temperato con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza d'indirizzo nelle strutture.

L'introduzione della misura deve essere accompagnata da strumenti e accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa.

14.2) OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale”.

Per conflitto di interessi reale o potenziale si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

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

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

L'Azienda ha intrapreso adeguate iniziative per informare il personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

14.3) CONFERIMENTO / AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime di svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.Lgs.165/2001 prevedendo che:

- appositi regolamenti ministeriali debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche;
- le amministrazioni debbano adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali.

L'Azienda ha approvato con Delibera n. 66 del 29.1.2014 il "Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali" che disciplina la procedura per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali conferiti direttamente dall'amministrazione di appartenenza o da Amministrazioni pubbliche diverse da quella di appartenenza o da Enti privati" che sarà oggetto di revisione.

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziali tra l'attività extra- istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio dell'autorizzazione, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva.

Il dipendente è tenuto a comunicare all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti affinché possa valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interessi.

14.4) INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La Delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli 3 Direttori aziendali (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e adesso anche Direttore Sociosanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. n.39/2013. precisando che:

“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

Con la Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 è stato esteso il regime dell’inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch’essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell’incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell’art. 17 D.Lgs 39/2013 e l’applicazione delle sanzioni di cui all’art. 18 del medesimo decreto.

14.5) INCOMPATIBILITA’ SPECIFICHE PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI

Ai sensi del D.Lgs. 39/2013 per “incompatibilità” si intende “l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico , lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico”.

A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del D.lgs. 39/2013.

14.6) ATTIVITA’ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO (“PANTOUFLAGE”)

La Legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito dell’art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all’impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l’impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la convenienza di accordi fraudolenti. Il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali del pubblico dipendente prospettandogli possibilità di assunzioni o incarichi una volta cessato dal servizio.

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

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

14.7) DIVIETO DI CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI, DI STUDIO E CONSULENZA A SOGGETTI IN QUIESCENZA

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle Amministrazioni Pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:

- di studio e di consulenza;
- dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle Amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 263 del 30 marzo 2018 " Regolamento in materia di conferimento di incarichi a titolo gratuito nell'ambito dell'ASL 5 Spezzino", l'Azienda ha disciplinato l'istituto in argomento.

14.8) FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.

Con la normativa di cui all'art. 35 bis D.lgs. 165/2001 aggiunto dall'art. 1 comma 46 della Legge n. 190/2012 sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 introdotto dall'art. 1, comma 46 della Legge n. 190/2012, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara.

14.9) TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE UN ILLECITO

La tutela del segnalante (di seguito denominato anche "whistleblower") è disciplinata in ultimo dal Decreto Legislativo n. 24/2023 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle

persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”.

Il Decreto Legislativo n. 24/2023 riguarda la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del Diritto dell'Unione Europea ed è orientato, da un lato, a garantire la manifestazione della libertà di espressione e di informazione e dall'altro, è strumento per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, invece, escluse dal citato Decreto Legislativo le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di Sicurezza e Difesa Nazionale.

La segnalazione di condotte illecite e/o irregolarità, quindi, si configura quale modalità attraverso la quale il segnalante contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e di situazioni pregiudizievoli dell'interesse all'integrità dell'Ente/Azienda e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

E' stata adottata la Deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 15/02/2024 “Approvazione “Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità ricevute da parte del dipendente e relative forme di tutela (WHISTLEBLOWING)”.

14.10) FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare .

A tal fine l'Azienda programma adeguati percorsi di formazione strutturati su due livelli:

- un livello generale_rivolto a tutti i dipendenti che riguarda l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità;
- un livello specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione, ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio. Il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto in Azienda.

I fabbisogni formativi sono individuati dal RPCT in accordo con i Dirigenti delle strutture interessate. Ciascun dirigente individuerà il personale impiegato nelle attività a rischio ai fini della partecipazione ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- b) grado di rischio dell'attività svolta;

- c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
- d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

A prescindere dai sopra esposti criteri, deve essere data priorità ai neo-assunti e al personale coinvolto nei processi di rotazione.

14.11) PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI

Patti d'integrità, introdotti per la prima volta con l'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti. Il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Con l'inserimento del "Patto di Integrità" nella documentazione di gara si intende garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché garantire una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento.

Il Patto di Integrità degli Enti del SSR della Regione Liguria regola i comportamenti degli operatori economici e dei dipendenti delle varie Aziende, nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i..

Esso stabilisce la reciproca e formale obbligazione tra l'Amministrazione aggiudicatrice e gli operatori economici, di improntare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio.

14.12) AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dall' U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza

L'Azienda pertanto deve favorire la cultura del dialogo con l'utenza, le organizzazioni portatrici di interessi, le organizzazioni sindacali, il terzo settore, e in generale la cittadinanza, mediante gli strumenti della comunicazione attraverso la quale il cittadino

partecipa attivamente alla progettazione e al controllo della pubblica amministrazione.

14.13) MONITORAGGIO TEMPI DEI PROCEDIMENTI

L'art. 1 comma 9 ,lett.d , della Legge n.190/2012 prevede che le Amministrazioni pubbliche svolgano il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e che i risultati siano pubblicati e siano resi consultabili nel sito web istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs.33/2013.

Tutte le fasi del procedimento, da quella iniziale fino a quella conclusiva si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni aziendali nel rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

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

Il rispetto dei tempi procedurali costituisce elemento fondamentale della corretta attuazione dei principi del procedimento amministrativo e della correttezza dell'agire amministrativo e pertanto degli obiettivi di prevenzione di cui al presente Piano. Tale monitoraggio consente di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di adottare tempestivamente adeguate iniziative in caso di omissioni.

Il D.lgs. 97/2016 ha abrogato l'obbligo di pubblicazione semestrale degli elenchi dei procedimenti contenenti i dati numerici di quelli conclusi con rispetto dei termini e quelli conclusi con ritardo con indicazione delle ragioni del ritardo. Tuttavia l'obbligo di monitorare e verificare i tempi dei procedimenti rimane come misura di prevenzione della corruzione in quanto sempre previsto dalla Legge 190/2012.

Pertanto i singoli Responsabili, ciascuno per la struttura di competenza, vigilano sull'osservanza dell'obbligo, anche attraverso periodiche verifiche a campione, comunicando tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità riscontrate .

14.14) MONITORAGGIO RAPPORTI AZIENDA E SOGGETTI ESTERNI

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e, della legge n. 190/2012, l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela e affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e dipendenti.

Sui rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti in argomento, vigilano in via ordinaria i dirigenti preposti alle varie strutture al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza e al rigoroso rispetto della legge anche verificando eventuali relazioni di parentela.

In caso di conflitto di interesse dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I responsabili delle strutture interessate, i dirigenti e dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie danno atto, nel provvedimento di competenza, dell'insussistenza di relazioni di parentela e affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento.

I responsabili delle strutture devono relazionare annualmente il Responsabile della prevenzione della corruzione attestando l'avvenuta effettuazione di verifiche in ordine alle autocertificazioni richieste in occasione di gare o altri procedimenti amministrativi in favore di soggetti destinatari di contratti, o interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, segnalando i casi di conflitto di interesse riscontrati e le misure adottate.

14.15) CODICE DI COMPORTAMENTO

L'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190, assegna al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *"al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico."* In attuazione della delega, Il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 2013, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Il D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81” Regolamento concernente modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62”, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165» ha in parte modificato e integrato il precedente decreto su alcuni istituti: rapporti con il pubblico, disposizioni particolari per i dirigenti, utilizzo delle tecnologie informatiche e utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media.

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa. Si tratta di una misura molto diffusa ed apprezzata anche negli altri Paesi europei e l'esperienza internazionale ne consiglia la valorizzazione.

Il Codice di comportamento contiene tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni.

Il Codice si applica a tutti i dipendenti dell'Azienda e a tutti i collaboratori e consulenti dell'Azienda a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici, borsisti e tirocinanti, lavoratori interinali.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance* e della conseguente

corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e/o dei provvedimenti relativi allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Il codice di comportamento aziendale è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 2024.

14.16) TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio e coinvolge tutti i processi aziendali essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione previsti dalla legge.

Essa consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

(Articolo 15)

MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO “ULTERIORI”

Nell'ottica di realizzare un costante miglioramento degli strumenti preventivi e di tracciabilità delle attività vengono individuate quali misure ulteriori di prevenzione, oltre a quelle obbligatorie previste dal PNA (sopra elencate), le azioni SPECIFICHE previste per i singoli procedimenti mappati nel nuovo Registro dei rischi allegato al presente piano quale parte integrante.

SEZIONE PREVENZIONE TRASPARENZA

(Articolo 16)

PREMESSA

Con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione ha posto l'accento sul tema della trasparenza, introducendo una serie di strumenti obbligatori, atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità dei dati e delle informazioni e definendo nuovi ambiti d'intervento, ai quali deve attenersi il piano strategico Aziendale.

In ottemperanza all'art.11, comma 8, lettera a), del D.lgs. 150/2009, della legge 6 novembre 2012, n.190, del D.Lgs.33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA diventato operativo dal 23.12.2016) "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni e sulla base delle Linee Guida ANAC (Delibera n. 1310 del 28.12.2016) "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato da D.Lgs. 97/2016", "le Pubbliche Amministrazioni, hanno l'obbligo di adottare come Sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione il Programma per la Trasparenza e l'integrità (pertanto con decorrenza 23.12.2016 si avrà un unico documento denominato PTPCT ex delibera ANAC 831/2016 relativa al PNA 2016, previsione confermata da art.10, comma 1, D.Lgs.33/2013 come modificato da FOIA) ,da aggiornare annualmente, al fine di garantire un adeguato livello di:

- trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività (in particolare mediante la pubblicazione *on-line* delle informazioni concernenti ogni aspetto della Organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse);
- integrità, da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle PA (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

Il Programma dell'Azienda è realizzato rendendo note le iniziative da intraprendere nell'arco triennale di attività e consiste in una dichiarazione programmatica di intenti, sì da garantire i seguenti duplici profili di Trasparenza dell'Azione Amministrativa:

- un profilo "statico", consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale
- un profilo "dinamico", direttamente collegato alla performance, che comporta l'obbligo di risposta alle decisioni prese ed alle azioni compiute.

La pubblicità dei dati collegati all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance, anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interessi (stakeholder). Il coinvolgimento e l'apporto

partecipativo degli stakeholder agevola il raggiungimento del medesimo obiettivo. Al fine di garantire il massimo coinvolgimento degli stakeholder, nel programma sono previste forme di misurazione dell'usabilità e del gradimento dei dati oggetto di pubblicazione.

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione *on-line* dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda e concorre a sollecitare nuove modalità di partecipazione e di coinvolgimento della collettività. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità, sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Il PTPCT enuncia ed esplicita tutte quelle iniziative in corso o da intraprendere, che garantiscano gli obiettivi sopra enunciati.

Fondamento di tale iniziativa è la pubblicazione di tutta una serie di dati e informazioni che favorisca:

- un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione;
- una gestione ottimale delle risorse pubbliche;
- un livello massimo di trasparenza, da attuare anche nelle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance.

La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.asl5.liguria.it.

(Articolo 17) QUADRO NORMATIVO

Si richiamano le principali disposizioni normative:

- Art. 11 del D.Lgs n. 150/2009 la trasparenza come “accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”;
- Linee guida per i siti web della PA del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, che prevedono che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite “l'accessibilità totale” da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190, entrata in vigore il 28 novembre, “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*”;

- Legge 17 dicembre 2012, n. 221, *“Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”*;
- Delibera n. 6/2013, *“Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”*;
- D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali, provvedimento n. 243 del 15.5.2014 *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati”*;
- DPCM 22 settembre 2014 avente ad oggetto *“Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”*;
- Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità (AGENAS-LIBERA) -anno 2015;
- Legge n. 208 del 30.12.2015 (Legge di stabilità 2016) art.1 commi 522 e 523 : *“Gli Enti del SSN assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente il Bilancio di esercizio entro 60 giorni dalla data di relativa approvazione”*;
- D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA) *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni”*;
- D.Lgs. n. 36/2023(nuovo Codice Contratti pubblici);
- Sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019_riguardante gli obblighi di pubblicazione dei dati di reddito e patrimonio;
- D.L. n.162 del 30.12.2019 Decreto milleproroghe , art. 1 , comma 7,(conv. in L. n. 8 del 28.02.2021) con cui si dispone la sospensione della pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali fino al 31.12.2020 (termine prorogato al 30.04.2021) previa emanazione di apposito decreto della Funzione Pubblica che dovrà specificare i soggetti obbligati e le modalità della pubblicazione;
- Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 1 del 22.01.2020 recante proposta di modifiche al decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 (Decreto Milleproroghe);
- D.Lgs. n. 18 del 17.03.2020 (Conv. in L. n. 27 del 24.04.2020) art. 99 *“Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

- Sentenza TAR Lazio n. 12288 del 24.11.2020 Riguardante obblighi di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali;
- Provvedimenti e Linee guida aggiornate predisposti dall'ANAC.

(Articolo 18) OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Per l'anno 2026, sono confermati i seguenti obiettivi strategici generali:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda , delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando 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 degli atti, in funzione di prevenzione della corruzione e più in generale della cattiva amministrazione;
- consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;
- garantire piena accessibilità e pubblicità di tutti i provvedimenti adottati;
- implementare il diritto di accesso attraverso una maggiore trasparenza dell'attività amministrativa;
- favorire un rapporto diretto tra amministrazione, cittadini e portatori di interessi;

Tali obiettivi strategici generali 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 modalità e procedure di svolgimento;
- 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.

(Articolo 19)

I DATI: OBBLIGHI E MODALITA' DI PUBBLICAZIONE

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale devono essere selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza (D.Lgs.33/2013 come modificato da D.Lgs. 97/2016 (FOIA) e indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC (Delibera n. 1310 del 28.12.2016)“Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato da D.Lgs. 97/2016” e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on-line* delle amministrazioni. Inoltre, devono essere pubblicati in conformità a quanto definito dal Regolamento relativo al sito Internet istituzionale www.asl5.liguria.it, assunto dall’Asl 5 con Deliberazione del Direttore Generale n. 296 del 2 maggio 2013 e successive integrazioni, che sono state adottate con Deliberazione del Direttore Generale n. 479 dell’11.07.2013.

Le categorie di dati pubblicati devono favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell’informazione e nell’erogazione dei servizi all’utenza.

I soggetti dell’Azienda tenuti agli obblighi di pubblicazione, in qualità di “Fonte”, pubblicheranno i dati direttamente se utenti pubblicatori e, se non utenti pubblicatori forniranno al Servizio Informativo Aziendale (SIA) o al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza i documenti da divulgare, in formato aperto e accessibile, definito per la pubblicazione in oggetto; la “Fonte” dovrà inviare alla casella di posta aziendale della trasparenza quanto pubblicato, direttamente o indirettamente.

L’aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione “Amministrazione Trasparente” avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. La struttura responsabile della pubblicazione, in questo caso, provvederà ad effettuare le modifiche richieste.

(Articolo 20)

TRASPARENZA E NUOVA DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l’accento sulla protezione dei dati personali, in modo tale che i dati pubblicati -ed i modi di pubblicazione- risultino pertinenti e non eccedenti, rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Si ritiene pertanto opportuno evidenziare che la diffusione dei dati personali e/o sensibili, mediante la pubblicazione su sito istituzionale, è ammissibile nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare per la pubblicazione dei dati di cui agli art. 14 e 15 D.Lgs.33/2013 (situazione patrimoniale e reddituale) e art. 26 (erogazione sussidi contributivi, benefici economici);
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
4. sul sito possono essere pubblicati solo i dati personali (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) che siano indispensabili rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;

La pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali quali liceità, correttezza, minimizzazione, limitazione della conservazione, adeguatezza e pertinenza con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Nei casi in cui norme di legge o regolamento prevedono la pubblicazione di atti o documenti, le PP.AA. devono provvedere a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o se sensibili o giudiziari non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione (art. 7 bis, comma 4 D.Lgs. 33/2013).

Il RGPD (UE) n.2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), entrato in vigore il 25 maggio 2018 ha introdotto la figura del responsabile della protezione dei dati (RPD).

In particolare all'art.37 del RGPD viene stabilito che il RPD può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente. Nel primo caso, ANAC ritiene (Aggiornamento 2018 al PNA) che, per quanto possibile , tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) di ASL5 può essere contattato all'indirizzo : privacy@asl5.liguria.it

Inoltre, la pubblicazione *on-line* delle informazioni sarà effettuata in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida Siti Web" (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla Delibera n.8 del 2009 del Ministero per la pubblica

amministrazione e la semplificazione, e delle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali provvedimento n. 243 del 15.5.2014 " Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati" con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti (pdf, odt, etc.);
- contenuti aperti.

La pubblica amministrazione deve, altresì, prima di pubblicare qualsiasi atto o documento, effettuare i seguenti passi:

- individuare l'esistenza di un presupposto di legge o di un regolamento che legittima la diffusione del documento o del dato personale;
- verificare, caso per caso, se vi sono i presupposti per oscurare determinate informazioni;
- sottrarre all'indicizzazione i dati sensibili e giudiziari.

(Articolo 21) HOME PAGE DEL SITO AZIENDALE

La home page rappresenta il punto principale di accesso al sito e raccoglie notizie, informazioni e titoli provenienti da tutte le sezioni.

Gli argomenti danno accesso alle pagine contenenti le informazioni vere e proprie, che possono anche essere condivise tra più sezioni.

Nella home page sono inseriti i seguenti contenuti essenziali, sviluppati all'interno del sito:

1. le informazioni sulle prestazioni ed i servizi erogati;
2. le comunicazioni di natura "giornalistica", quali le iniziative istituzionali, le campagne di comunicazione, gli eventi e le notizie meritevoli di particolare evidenza;
3. le informazioni sulle strutture, sulla loro organizzazione e sui compiti/funzioni istituzionali dell'Azienda;
4. l'erogazione di servizi immediatamente fruibili (modulistica in linea, ecc.);
5. la pubblicità legale;
6. la pubblicità dell'attività amministrativa svolta, con possibilità di reperire specifica documentazione.

L'Azienda rende accessibile la propria attività amministrativa alla cittadinanza, garantendo la consultazione di tutto ciò che rientra nei parametri della "trasparenza" e/o è previsto dalla norme di Legge; inoltre, nel rispetto delle normative, assicura la possibilità di stampare quanto pubblicato sul sito.

(Articolo 22)

L'UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE

L'utente pubblicatore ha il compito di inserire ed aggiornare direttamente i contenuti delle pagine web.

L'utente pubblicatore è responsabile, sia dei contenuti pubblicati da lui o da suo delegato, sia del mancato aggiornamento o della non pubblicazione.

Gli utenti pubblicatori, accedono alla gestione della parte di loro competenza tramite una procedura dedicata, di facile utilizzo, predisposta e concordata con il Sistema Informatico aziendale (S.I.A.).

(Articolo 23)

LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON LINE DEI DATI NELLA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”

Le Strutture competenti alla produzione dei dati dovranno trasmettere gli stessi -se prive dell'utente pubblicatore- al S.I.A o all'ufficio del RPCT, in formato digitale, tramite posta elettronica interna, entro i tempi di attuazione stabiliti.

Con le modalità previste dall'art. 19 “I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE” del presente Piano.

I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale come disposto nel D.lgs. 33/2013 nella apposita sezione, in evidenza nella parte in basso, denominata “Amministrazione Trasparente”.

Tale procedura prevede che i pubblicatori, una volta autorizzati, saranno registrati e quindi rintracciabili. Alla perdita dei requisiti sarà revocato l'accesso ed individuato un nuovo utente pubblicatore, anche in via temporanea.

Ogni utente pubblicatore è obbligato, con riguardo alla propria area di competenza, a:

- non diffamare od altrimenti violare diritti altrui tutelati dalla legge;
- non pubblicare, inviare, caricare, distribuire o diffondere qualsiasi argomento, nome, materiale od informazione inappropriata, blasfema, calunniosa, trasgressiva, oscena, indecente od illegale;
- non caricare file o software protetto dalla normativa sulla proprietà intellettuale a meno che non si sia direttamente titolari di tali diritti o si abbiano ricevute le necessarie autorizzazioni;
- non caricare file o programmi che possa ledere i sistemi informatici.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza di Asl5 ai sensi del D.Lgs n.33/2013 si basa, ancor più a seguito delle modifiche del D.Lgs.n.33/2013, sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete:

- a) l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni (Dirigenti degli uffici);
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni (S.I.A.).

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo, assicurando, ai sensi dell'art.43, c.1 D.Lgs. n.33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'ufficio competente a pubblicare i dati trasmessi dai singoli uffici nella sezione "Amministrazione trasparente" è individuato nella Struttura Complessa Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.) che si avvale della società informatica "Liguria Digitale" che gestisce la manutenzione del Portale Aziendale.

(Articolo 24)

OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB

La trasparenza è una regola generale che coinvolge ogni determinazione pubblica e rappresenta il principio costituzionale di buon andamento e imparzialità, codificato nell'articolo 97 della Carta Costituzionale.

Ne consegue che in ambito sanitario le finalità di pubblico interesse devono sempre consentire di comprendere i percorsi decisionali del management garantendo, allo stesso tempo, l'informazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo assistenziale.

Trasparenza e partecipazione sono i pilastri basilari delle regole di condotta delle aziende, consentendo alla parte privata - il cittadino utente - di comprendere appieno le decisioni adottate, confermando la tendenziale coincidenza tra gli obiettivi perseguiti e l'utilizzo del potere conferito all'organo di gestione ed ai responsabili dell'erogazione del servizio.

Tutti i servizi dell'Azienda devono uniformarsi alle norme ed ai deliberati, per garantire i diritti di "cittadinanza digitale".

Il D.Lgs 33/2013 prevede, infatti, al comma terzo dell'art 43, in capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione la responsabilità del tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare al fine del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

(Articolo 25)

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di “dematerializzazione” della burocrazia.

L'Azienda in ottemperanza con quanto prescritto dalla normativa ed al fine di aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti.

L'Azienda si è attivata affinché tutte le strutture dotate di un indirizzo PEC adottino al loro interno una procedura formale per la gestione della casella di posta elettronica certificata con la designazione del referente alla ricezione.

(Articolo 26)

STRUTTURE COINVOLTE NEL PROCESSO DI ADOZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO-MONITORAGGI

Con il RPCT collaborano funzionalmente tutti i dirigenti sanitari, amministrativi e tecnici.

Anche la Direzione generale ha un ruolo fondamentale in quanto individua gli obiettivi strategici e indirizza le attività.

L'OIV in qualità di responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti, esercita un'attività di impulso nell'elaborazione del piano e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza

Un ruolo fondamentale nell'individuazione dei contenuti del Programma, nella definizione delle modalità e dei tempi di attuazione degli obblighi nonché delle ulteriori iniziative da promuovere è quello svolto dalle Strutture dell'Azienda.

I Direttori delle Strutture Complesse possono individuare un soggetto della propria struttura a cui affidare i compiti in materia di trasparenza (che svolgerà anche i compiti in materia di prevenzione della corruzione) che viene nominato “referente per la trasparenza e l'anticorruzione ” e tiene i rapporti e collabora con il RPCT. In mancanza di individuazione di tale soggetto, il referente è il Direttore stesso.

Il RPCT svolge un'attività di controllo sulla pubblicazione dei dati che ha carattere continuo ma viene formalizzata con relazioni a cadenza semestrale sullo stato di

attuazione del programma, pubblicate sul sito aziendale dell'Amministrazione trasparente nella sezione "Anticorruzione - Piano triennale di riferimento - relazione del responsabile". Le relazioni vengono inviate semestralmente a tutte le strutture evidenziando le parti carenti e invitando i responsabili, ciascuno per propria competenza, a integrare i dati mancanti o incompleti. Tali relazioni saranno inoltre rese disponibili ai componenti dell'OIV i quali attraverso la loro attività di verifica predispongono annualmente l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza sulla base di apposita delibera ANAC annuale e specifica griglia di obblighi da verificare.

Il Responsabile/referente di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati ai soggetti individuati per la pubblicazione.

L'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 pone altresì in capo al RPCT una serie di funzioni:

- vigilare sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione assicurando la completezza, la chiarezza, e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico(per gli atti di obbligatoria pubblicazione);
 - segnalare all'ufficio di disciplina i casi di inadempimento o anche parziale degli obblighi di pubblicazione;
- inviare comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative.

(Articolo 27) COINVOLGIMENTO STAKEHOLDERS

L'Azienda si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli *stakeholder*, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Azienda intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- indiretta, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica o presentate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per le notizie apprese tramite i media locali;
- diretta, attraverso la sezione:

<http://www.asl5.liguria.it/Istituzionali/Relazioniconilpubblico/Pubblicatutela.asp>
[X](#)

del sito istituzionale, attraverso i feedback ricevuti dai cittadini e mettendo a disposizione una mail dedicata : trasparenza@asl5.liguria.it per raccogliere suggerimenti e proposte per apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni .

A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso (da inviare anche a Direzione aziendale, responsabili delle strutture interne , OO.SS) al fine di raccogliere suggerimenti e proposte .

Sulla base delle proposte pervenute da tutti i soggetti interni ed esterni , il RPCT elabora la bozza di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione .

(Articolo 28) DIRITTO DI ACCESSO

Con delibera n. 1016 del 24.12.2018 l'Azienda ha adottato "Regolamento unico in materia di accesso civico semplice , civico generalizzato e documentale- Approvazione", aggiornato con delibera n.958 del 10.12.2021.

Il regolamento è stato pubblicato nella sezione trasparenza del sito aziendale il registro degli accessi.

Il Regolamento disciplina i criteri e le modalità per l'esercizio di tutte le forme normativamente previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall'Autorità, dall'*accesso civico obbligatorio*, da parte di chiunque ne abbia interesse (ai sensi dell'art.5,co.1,D.Lgs.n.33/2013) a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all'*accesso generalizzato*, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell'art.5,c.2 dello stesso decreto trasparenza, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione nonché al diritto di accesso ai documenti amministrativi formati o detenuti dall'Autorità ai sensi della legge 7 agosto 1990, n.241.

Per ognuna delle fattispecie esaminate dal regolamento, vengono definiti:

- I criteri di formulazione dell'istanza di accesso (rendendo altresì disponibili moduli *standard* per la presentazione della richiesta);
- Eventuali limiti relativi alla legittimazione soggettiva del richiedente (presenti, come noto, solo per l'accesso ex l.241/1990, per il quale va accertato l'interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento che l'istante chiede di acquisire);
- Le modalità di svolgimento del procedimento;
- Gli strumenti a disposizione nei casi di inerzia, mancata risposta o diniego.
- Il destinatario dell'istanza ovvero il responsabile del procedimento che è:

- In caso di **accesso civico** il RPCT
- In caso di **accesso generalizzato**, i singoli uffici competenti per materia.
- In caso di **accesso documentale** sulla base della Legge n.241/1990, l'ufficio competente per materia oggetto dell'accesso.

In tutti i casi di accesso la S.C. Affari Generali e Legali svolge funzione di coordinamento, registrazione e di controllo di uniformità delle procedure delle richieste d'accesso e delle relative risposte attraverso la gestione e la pubblicazione del registro degli accessi, ma non si sostituisce ai singoli uffici competenti per materia.

(Articolo 29)

SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

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 che da parte dell'OIV.

L'OIV 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 svolgono 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.

Il Responsabile della Trasparenza effettua il monitoraggio interno delle attività del programma triennale della trasparenza 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 responsabile 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.

12 Dicembre 2026

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2026



Sommario

PREMESSA	3
IL QUADRO DI RIFERIMENTO AZIENDALE	4
IL RUOLO DELLE AZIENDE SANITARIE	5
CONTESTO DI RIFERIMENTO E POLITICHE DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO CONTINUO NEL SETTORE “SALUTE” DEL PERSONALE DIPENDENTE.....	6
ORGANI DI GOVERNO DELLA FORMAZIONE	7
DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE.....	8
PERSONALE DIPENDENTE AZIENDA SOCIO SANITARIA 5	9
SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO E DIFFUSIONE DELL’OFFERTA FORMATIVA AZIENDALE	10
STRUMENTI DI VERIFICA	11
BUDGET PER LA FORMAZIONE AZIENDALE INTRA SEDE.....	11
BUDGET PER LA FORMAZIONE AZIENDALE EXTRA SEDE.....	12
STRATEGIA E STRUMENTI ADOTTATI IN AZIENDA PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	13
COME SI STRUTTURA L’ATTIVITÀ NEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	14
LINEE GUIDA NELLA PROGETTAZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE.....	15

ALLEGATI

- Allegato 1.1: TABELLA A - OBIETTIVI OBBLIGATORI AZIENDALI
- Allegato 1.2: TABELLA B – OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI
- Allegato 1.3: TABELLA C – OBIETTIVI SPECIFICI DIPARTIMENTALI

PREMESSA

La formazione continua rappresenta un elemento strategico per l'innovazione e per il costante allineamento delle competenze dei professionisti ai cambiamenti determinati dall'evoluzione dei bisogni sanitari e dei modelli organizzativi. Essa comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e atteggiamenti professionali, indispensabili per garantire una pratica competente, sicura e aggiornata.

In un contesto sanitario in continua evoluzione, i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a rispondere a nuove esigenze cliniche, assistenziali e organizzative; diviene pertanto necessario promuovere lo sviluppo di competenze che, per loro natura, richiedono un aggiornamento costante e una ridefinizione periodica.

La formazione continua si fonda su una duplice prospettiva:

- una visione organizzativa, orientata ai bisogni aziendali e finalizzata all'adeguamento delle competenze alle esigenze culturali, tecniche e operative dell'organizzazione;
- una visione educativa, centrata sui bisogni di sviluppo professionale individuale e volta a incrementare le competenze dei singoli operatori, in coerenza con gli obiettivi aziendali.

L'aggiornamento professionale costituisce uno strumento essenziale per mantenere elevati standard di conoscenza e competenza del personale sanitario, favorendo la qualità delle prestazioni e l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche nella pratica quotidiana. Esso deve considerare la crescita esponenziale delle conoscenze, l'introduzione di nuove tecnologie, l'aumento delle aspettative dell'utenza e la crescente attenzione alla qualità e agli esiti delle cure. La competenza è un costrutto complesso che integra conoscenze, abilità e comportamenti orientati al raggiungimento di obiettivi specifici. Essa, se non esercitata e aggiornata, perde progressivamente efficacia e appropriatezza. Il riconoscimento del valore del capitale umano richiede la definizione di modelli di gestione orientati alla valutazione, alla valorizzazione e allo sviluppo professionale continuo.

In tale prospettiva, l'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 promuove un modello organizzativo dinamico e flessibile, capace di valorizzare le competenze e il patrimonio professionale come risorsa strategica per lo sviluppo sostenibile dell'organizzazione; l'Azienda si riconosce nei seguenti valori fondanti:

- centralità del paziente e del cittadino;
- valorizzazione del patrimonio professionale come leva di crescita culturale e organizzativa;
- innovazione come strumento di sviluppo professionale, gestionale e tecnologico;

- qualità come principio guida per il miglioramento continuo;
- formazione e informazione come elementi di progresso del sistema e delle persone;
- gestione del rischio clinico e sicurezza negli ambienti di lavoro.

La capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni di salute della popolazione è direttamente correlata alle competenze dei propri professionisti. La formazione aziendale assume pertanto un ruolo strategico per garantire il costante aggiornamento dei contenuti culturali, professionali ed etici, in coerenza con la mission e la vision aziendale.

A tal fine, il Piano Formativo Aziendale (PFA) viene elaborato partendo dall'analisi dei bisogni formativi, individuati sia in relazione alle esigenze di sviluppo organizzativo sia alle richieste espresse dagli operatori. Tale processo consente di definire interventi formativi mirati, coerenti con gli obiettivi strategici e con il Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Attraverso la formazione, la ricerca, l'innovazione organizzativa e tecnologica, l'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 si impegna a garantire qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni erogate, promuovendo la diffusione di buone pratiche, la valorizzazione del know-how interno e una cultura condivisa della formazione continua.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO AZIENDALE

L'elaborazione di un Piano della Formazione non può prescindere dalle indicazioni e dalle linee guida emanate in sede Nazionale, nonché da quelle definite dall'Ente Accreditante Regione Liguria. Tali riferimenti si concretizzano anche attraverso la definizione di specifici obiettivi formativi nazionali e regionali, che rappresentano lo strumento principale per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori della sanità.

Nella D.G.R. n. 330 del 28 aprile 2017, avente ad oggetto "Recepimento Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017: La formazione continua nel settore salute e Delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 dicembre 2016: Criteri per l'assegnazione dei crediti delle attività ECM", si stabilisce che le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi considerati prioritari nel Programma Nazionale ECM, nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nei Piani Sanitari Regionali (PSR).

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua individua gli obiettivi formativi considerando i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i Piani Sanitari Regionali e le linee guida di cui all'art. 3 del D.L. 158/2012, inserendoli in almeno una delle seguenti macro-aree:

- 1. Obiettivi formativi di processo:** finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze relative alle attività e alle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie.
- 2. Obiettivi formativi di sistema:** finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze relative alle attività e alle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sicurezza dei sistemi sanitari.
- 3. Obiettivi formativi tecnico-professionali:** finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività.

In coerenza con tali indirizzi, la D.G.R. n. 303 del 19 aprile 2019 approva il "Manuale di accreditamento dei provider ECM della Regione Liguria", che definisce i requisiti minimi, i criteri di qualità e le modalità di monitoraggio delle attività formative. Il Manuale costituisce lo strumento di riferimento regionale per garantire uniformità, trasparenza e qualità nella progettazione, realizzazione e valutazione dei percorsi di formazione continua.

Pertanto, la programmazione del Piano della Formazione deve tenere conto non solo degli obiettivi formativi nazionali e regionali, ma anche dei requisiti organizzativi, gestionali e qualitativi previsti dal Manuale di accreditamento regionale.

IL RUOLO DELLE AZIENDE SANITARIE

Le Aziende Sociosanitarie, nel sistema della formazione continua devono essere in grado di:

- effettuare l'analisi del bisogno formativo;
- presidiare e governare la funzione dell'aggiornamento continuo, promuovendo la rilevazione dei bisogni, supportando i processi di apprendimento, valorizzando le competenze formative degli operatori e valutandone le ricadute in termini organizzativi e di sviluppo professionale;
- pianificare l'offerta formativa attraverso il piano formativo aziendale annuale (PFA);
- garantire la qualità tecnico scientifica degli eventi formativi, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e l'impegno del rispetto delle indicazioni programmatiche Nazionali e Regionali;
- garantire la trasmissione della relazione annuale relativa agli eventi svolti nell'anno precedente, all'ente accreditante.

CONTESTO DI RIFERIMENTO E POLITICHE DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO CONTINUO NEL SETTORE "SALUTE" DEL PERSONALE DIPENDENTE

La Mission aziendale è orientata alla promozione e tutela della salute della popolazione, garantendo l'accesso equo e qualificato a una rete integrata di servizi sanitari. In tale contesto, la formazione continua riveste un ruolo strategico, rappresentando uno strumento essenziale di innovazione e di sostegno al cambiamento organizzativo e professionale.

L'Azienda investe nello sviluppo delle risorse umane e nella qualità dei processi assistenziali, promuovendo competenze tecnico-professionali, relazionali e comunicative, nonché la sicurezza del paziente e il miglioramento costante dell'organizzazione. La formazione si configura come leva per introdurre nuove procedure operative, tecnologie, metodologie e per favorire la partecipazione del personale alle scelte strategiche aziendali.

La programmazione formativa 2026 è stata elaborata in coerenza con le Linee Guida Nazionali, Regionali e Aziendali, integrando gli obiettivi obbligatori con quelli strategici e dipartimentali individuati attraverso l'analisi dei bisogni formativi. È stato potenziato il livello di trasparenza e accessibilità dei processi formativi mediante la pubblicazione sul portale intranet aziendale delle informazioni relative al Servizio Aggiornamento/Formazione, ai cataloghi degli eventi, ai piani formativi e alla documentazione utile alla progettazione.

La politica di sviluppo dell'aggiornamento continuo persegue l'obiettivo di:

- rilevare e soddisfare i bisogni formativi individuali e collettivi;
- promuovere la crescita culturale e professionale degli operatori;
- favorire il miglioramento continuo dei processi organizzativi e assistenziali;
- potenziare l'integrazione interdipartimentale e la qualità dei sistemi;
- mantenere la personalizzazione dei percorsi formativi dipartimentali;
- promuovere una comunicazione efficace basata sul rispetto, la gentilezza e la centralità della persona.

La formazione aziendale mira a sostenere la qualità dei servizi e la centralità del paziente, valorizzando la ricerca e l'innovazione metodologica attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione (indicatori di output e outcome) e la collaborazione dei Responsabili Scientifici e dei Referenti della Formazione Aziendale (RAF).

Le metodologie didattiche privilegiano l'apprendimento attivo e partecipativo, mediante formazione sul campo, discussione di casi, esercitazioni pratiche e metodologie interattive. La

Formazione a Distanza (FAD) e la formazione blended vengono promosse per diffondere temi obbligatori e per garantire un accesso più ampio e flessibile ai percorsi formativi.

Sul piano organizzativo, l'Azienda dispone di una struttura dedicata all'Aggiornamento/Formazione, afferente alla S.C Governo Clinico e Risk Management, che supporta la Direzione Aziendale nella pianificazione, progettazione, attuazione e verifica degli interventi formativi, assicurando coerenza tra politiche di sviluppo professionale, obiettivi strategici e qualità dei servizi erogati.

ORGANI DI GOVERNO DELLA FORMAZIONE

IL COMITATO SCIENTIFICO

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5, al fine di conformarsi alle regole previste per ottenere l'Accreditamento come Provider, ha provveduto all'individuazione del Comitato Scientifico ECM e del suo Coordinatore secondo quanto indicato nell' Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 02/02/2017 e nel Manuale nazionale di accreditamento (DGR n. 303 del 12/04/2019).

I componenti identificati le cui competenze sono adeguatamente documentate sono:

- Direttore Sanitario, in qualità di Coordinatore Scientifico
- Direttore Amministrativo
- Direttori di Dipartimento
- Dirigente Professioni Sanitarie
- Direttore della Struttura Complessa Risk Management e Governo clinico
- Incarico di Funzione Organizzativa del Servizio di Formazione e Aggiornamento continuo nel settore salute del personale dipendente

I REFERENTI DELLA FORMAZIONE (RAF) DIPARTIMENTALI

I Referenti della Formazione costituiscono una rete di professionisti appartenenti ai diversi Dipartimenti aziendali, con il compito di favorire il collegamento operativo e informativo tra le strutture organizzative e il Servizio Aggiornamento/Formazione.

Essi svolgono un ruolo strategico nella promozione e realizzazione delle attività formative dipartimentali, orientate alla risoluzione di problematiche specifiche e al potenziamento delle competenze professionali del personale, garantendo al contempo la coerenza con le esigenze di servizio e con gli obiettivi aziendali.

La designazione dei Referenti avviene a cura del Direttore di Dipartimento, sulla base di requisiti specifici quali:

- comprovate capacità comunicative e relazionali nei contesti di gruppo;
- disponibilità a dedicare tempo aggiuntivo alle attività istituzionali di formazione;
- disponibilità a partecipare a corsi di formazione di base sulle metodologie didattiche e sui processi formativi, al fine di collaborare alla progettazione e realizzazione di interventi formativi con i Responsabili Scientifici e i Direttori di Dipartimento.

Questa figura rappresenta un elemento fondamentale nel modello di governance della formazione aziendale, assicurando l'integrazione tra il livello strategico e quello operativo e favorendo la diffusione di una cultura condivisa della formazione continua

I RESPONSABILI SCIENTIFICI

I Responsabili Scientifici sono esperti designati dal Comitato Scientifico ECM a cui è affidata la responsabilità del singolo evento formativo e la realizzazione del programma formativo. Definiscono, in collaborazione con i RAF Dipartimentali, gli obiettivi didattici e formativi, collaborano nella progettazione dell'evento formativo con l'utilizzo appropriato di metodologie formative attive e interattive. Predispongono e preparano materiale didattico se necessario, individuano e coordinano le attività dei docenti, definiscono il target di utenza a cui rivolgere il corso.

I TUTOR D'AULA

I Tutor d'Aula sono professionisti dotati di adeguate competenze relazionali e didattiche, che svolgono una funzione di accompagnamento dei discenti durante il percorso di apprendimento, favorendo il buon andamento e la piena riuscita dell'evento formativo.

Essi assicurano la corretta gestione operativa delle attività formative, garantendo il regolare svolgimento del corso, la continuità funzionale, il comfort organizzativo e la qualità complessiva dell'esperienza formativa.

La loro presenza costituisce un elemento qualificante del sistema formativo aziendale, in quanto favorisce l'efficacia didattica, la partecipazione attiva dei discenti e il raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati.

DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE

I destinatari privilegiati dell'offerta formativa inclusa nella progettualità futura sono i dipendenti dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5. Per alcune progettualità i partecipanti possono essere anche

professionisti convenzionati la cui modalità di iscrizione viene ogni volta definita in modo specifico. I criteri di coinvolgimento dei partecipanti alle attività formative sono relativi alla specificità degli obiettivi delle singole iniziative, all'area/ruolo di appartenenza.

PERSONALE DIPENDENTE AZIENDA SOCIO SANITARIA 5

I Professionisti Sanitari coinvolti nel processo di acquisizione crediti ECM sono: (Tab. 1)

Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato
Dirigenti Medici	322	34
Dirigenti Veterinari	16	
Dirigente Professioni Sanitarie	3	
Farmacisti	16	2
Biologi	16	1
Fisica Sanitaria	6	1
Psicologi	27	1
Chimici	0	
Infermieri	1097	28
Ostetriche	37	1
Infermieri pediatrici	2	
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	60	
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	36	
Assistente sanitario	2	
Dietiste	2	2
Tecnico audiometrista	2	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	11	1
Fisioterapisti	44	3
Tecnico di neurofisiopatologia	4	
Tecnico sanitario di radiologia medica	60	2
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3	
Logopedisti	17	
Ortottista	3	
Educatore professionale	35	
Podologo	1	

Assistente Sociale	32	
--------------------	----	--

Totale	1854	76
---------------	-------------	-----------

I Professionisti senza obbligo ECM sono:

Personale amministrativo del comparto e dirigenza senza obbligo ECM	291	9
Personale tecnico - professionale del comparto e dirigenza senza obbligo ECM	172	1

Personale Socio-Sanitario senza obbligo di ECM	256	
Massaggiatore non vedente senza obbligo ECM	1	12

Totale Dipendenti	2574	98
--------------------------	-------------	-----------

Tab. 1 - Fonte dati S.C. Gestione Risorse Umane al 30/10/2025

SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO E DIFFUSIONE DELL'OFFERTA FORMATIVA AZIENDALE

L'azienda, attraverso il Servizio Aggiornamento/Formazione, ha messo in opera un sistema informativo-informatico che consente di evidenziare la centralità del professionista quale protagonista dei processi formativi, il sistema in questione è in grado di governare le attività formative in una logica complessiva al fine del monitoraggio dei percorsi formativi.

Il sistema è in grado di ricomporre i percorsi formativi realizzati dal singolo professionista intra sede. Tutta l'offerta formativa riguardante l'attività promossa dalla Struttura Formazione viene resa pubblica e trasparente a tutti attraverso la piattaforma informatica "*aggiornamento formazione - catalogo formativo aziendale*" che ne garantisce la visualizzazione/consultazione da parte di tutto il personale dipendente. È inoltre attiva la piattaforma FAD Aziendale (Moodle) consultabile sulla rete Intranet aziendale alla sezione Formazione FAD ASL5 dove gli utenti abilitati hanno la possibilità di consultare e accedere ai corsi FAD aziendali; questa piattaforma è inoltre accessibile come sito internet.

STRUMENTI DI VERIFICA

L'Accordo Stato Regioni del 2/2/2017 ha reso espliciti i criteri di verifica della progettualità formativa per singola azienda. Il Servizio Formazione, per quanto di competenza, predispone annualmente, come strumento di verifica aggiuntiva, una relazione relativa alle attività formative svolte nell'anno precedente, inviata alla Direzione Generale 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.

BUDGET PER LA FORMAZIONE AZIENDALE INTRA SEDE

Ogni anno la Direzione Aziendale assegna un budget al Servizio Aggiornamento/Formazione per le attività formative. Il Servizio si impegna affinché l'attività formativa realizzata sia orientata a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità. Il budget assegnato a ciascun livello è finalizzato al sostegno dei costi diretti della formazione.

In sede di distribuzione delle risorse nel Piano Formativo Aziendale (PFA) la quota attribuita agli obiettivi specifici di dipartimento viene distinta tra corsi intra-sede e corsi extra-sede; per la parte intra sede la distribuzione delle risorse fa riferimento ai costi di previsione di spesa emergenti dalle proposte formulate a livello dipartimentale nella fase dell'analisi del bisogno.

Accertato che le attività formative individuate in questo Piano (elencate negli allegati A-B-C) prevedono un costo complessivo di Euro 271.354,00 è possibile rilevare la piena sostenibilità economico-finanziaria del piano medesimo, in quanto la somma delle risorse necessarie per la realizzazione degli eventi formativi previsti nel PFA 2026 trova copertura nel fondo predisposto dall'Azienda destinato alla formazione.

BUDGET PER LA FORMAZIONE AZIENDALE EXTRA SEDE

Per l'attribuzione del budget relativo alla parte extra sede (corsi autorizzati dal Direttore di Dipartimento sulla base delle richieste formulate dai dipendenti in corso d'anno, relativo ai soli costi di iscrizioni), è previsto lo stanziamento di un importo complessivo; la ripartizione del budget tra i Dipartimenti utilizza una specifica formula di calcolo con riferimento ai costi medi autorizzati negli anni precedenti (2017-2024). Questo criterio di attribuzione dei fondi permette una gestione dei corsi extra sede rispondente alle esigenze dipartimentali di flessibilità nella programmazione dei corsi stessi, mantenendo comunque la pianificazione ed il controllo della spesa.

I corsi extra sede ricomprendono gli eventi svolti al di fuori dell'Azienda (vedi Istruzione Operativa corsi extra sede pubblicata nella sezione aggiornamento formazione), con o senza costi di iscrizione e sono utilizzati quando, per la specificità dell'oggetto del corso o per il numero ridotto di discenti, non si possa organizzare un corso in sede; quindi sono un complemento delle attività formative organizzate e svolte in sede.

I costi extra sede sono gestiti dai Dipartimenti, le richieste di partecipazione/iscrizione ai corsi sono inserite attraverso un'apposita procedura informatizzata e vedono il coinvolgimento, al fine della valutazione nel merito del contenuto formativo, del Coordinatore Professionale, del Direttore della Struttura Complessa e del Direttore di Dipartimento (in presenza di costi di iscrizione). Al termine del percorso formativo il Direttore del Dipartimento/Struttura Complessa/Coordinatore Professionale effettua una valutazione dell'efficacia completando il verbale di formazione.

Il Servizio Aggiornamento/Formazione monitora, avvalendosi della stessa procedura informatizzata, l'andamento dei costi (di iscrizione) con il budget individuato nel Piano di Formazione (con invio di reports mensili su andamento costi a Dipartimenti), il rispetto delle procedure di autorizzazione delle richieste.

Durante l'anno, sulla base dell'andamento dei corsi in sede e dei corsi extra sede, in presenza di esigenze nuove e su richiesta motivata del Dipartimento, possono essere richieste/apportate modifiche nella distribuzione degli importi tra corsi intra sede e corsi extra sede, sempre nei limiti del budget complessivamente assegnato al Dipartimento per le due tipologie di corsi.

Relativamente alla formazione individuale è stata approvata la procedura PR_FORM_01 "Formazione del personale" che descrive le fasi della formazione individuale, i criteri atti a consentire l'accesso agli eventi formativi interni/esterni, le modalità di valutazione della ricaduta di tali eventi all'interno della struttura di appartenenza del dipendente.

STRATEGIA E STRUMENTI ADOTTATI IN AZIENDA PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Il processo di Educazione Continua in Medicina (ECM) è progettato per garantire aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali in coerenza con le esigenze individuali e strategiche dell'Azienda. Il Piano Formativo Aziendale (PFA) si basa sul principio dell'apprendimento organizzativo: la crescita dell'Azienda e l'innovazione dei processi sanitari sono strettamente collegati alla formazione continua del personale.

La programmazione delle attività formative si fonda su un'analisi dei bisogni coerente con gli obiettivi strategici, la normativa vigente, il Piano Sanitario Nazionale e Regionale e la mission aziendale. L'analisi identifica le competenze necessarie per garantire standard professionali ottimali, integrando fabbisogni individuali e orientamenti Nazionali e Regionali, in linea con l'Accordo Stato-Regioni del 01/01/2019 e il Manuale Nazionale di Accreditamento ECM. La gestione del processo si basa sulle Procedure Aziendali PR_GOV_05 e PR_FORM_01.

Il PFA è lo strumento strategico che pianifica e organizza le attività formative annuali, sostenendo l'innovazione, il miglioramento della qualità delle prestazioni e la valorizzazione delle risorse umane. La costruzione del Piano coinvolge tutte le articolazioni aziendali ed è finanziata nell'ambito del budget disponibile. Il PFA favorisce l'adozione di metodologie innovative, quali formazione blended, simulazione e-learning e interventi mirati di aggiornamento tecnico-professionale.

Il Provider ECM garantisce la partecipazione alle attività formative e la valutazione della loro efficacia attraverso sistemi di monitoraggio, strumenti di rilevazione dell'apprendimento e schede di gradimento standardizzate. La qualità dei programmi è verificata mediante relazioni dei Responsabili Scientifici e valutazioni dei partecipanti, assicurando omogeneità e coerenza con gli obiettivi formativi.

COME SI STRUTTURA L'ATTIVITÀ NEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Il Servizio Aggiornamento/Formazione Aziendale, in collaborazione con i Referenti della Formazione, in allineamento con le linee guida Regionali, ha effettuato la raccolta dei bisogni formativi per l'anno 2026 tramite l'utilizzo di Google Moduli riportando gli elementi delle schede di sintesi bisogni formativi. I moduli compilati sono stati scaricati e convertiti nelle proposte che costituiscono il Piano Formativo 2026.

Il Piano di Formazione Aziendale è stato sottoposto alla valutazione e validazione del Comitato Scientifico, si articola in tre distinte tipologie di obiettivi formativi, differenziate in funzione della natura, delle finalità e dell'ambito di applicazione degli interventi formativi.

1. Obiettivi Obbligatori

La formazione obbligatoria è finalizzata allo sviluppo di percorsi formativi su tematiche specifiche derivanti da disposizioni normative, direttive regionali, requisiti di accreditamento istituzionale, linee guida e indirizzi di programmazione definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), dal Piano Sanitario Regionale (PSR) e dal Piano delle Azioni Aziendali. Tale livello di formazione è declinato in progetti riportati nella **Tabella A** (Allegato 1.1), parte integrante e sostanziale del presente documento.

2. Obiettivi Strategici

La formazione strategica aziendale è volta a promuovere lo sviluppo e il consolidamento delle competenze professionali, delle capacità relazionali e gestionali del personale, al fine di sostenere il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e di favorire l'innovazione organizzativa e professionale necessaria al perseguimento della mission aziendale. Rientrano in tale ambito tutte le iniziative formative considerate di rilevanza strategica per l'Azienda, originate da:

- indicazioni e priorità definite dalla Direzione Aziendale;
- progetti di interesse aziendale che coinvolgono più Dipartimenti;
- iniziative afferenti ad aree strategiche quali il rischio clinico, la qualità e la gestione delle risorse umane. Le attività formative riconducibili a tale livello sono dettagliate nella **Tabella B** (Allegato 1.2), parte integrante e sostanziale del presente documento.

3. Obiettivi Specifici Dipartimentali

La formazione dipartimentale è rivolta prevalentemente allo sviluppo delle competenze professionali individuate a seguito dell'analisi dei bisogni formativi condotta all'interno dei singoli Dipartimenti. Essa comprende le iniziative di aggiornamento e formazione multidisciplinare

coerenti con le esigenze di sviluppo dipartimentale, in coerenza con gli obiettivi aziendali e nel rispetto del budget assegnato per la formazione dipartimentale. I progetti afferenti a tale livello sono riportati nella **Tabella C** (Allegato 1.3), parte integrante e sostanziale del presente documento.

Gli elementi unificanti i tre livelli/obiettivi in cui è strutturato il PFA sono quelli di migliorare la qualità della risposta ai bisogni degli operatori e dei cittadini.

Nelle Tabelle A, B e C vengono indicati n. 71 progetti formativi indicando per ciascuno:

- dipartimento proponente,
- argomento /titolo iniziativa formativa,
- target utenza,
- tipologia formativa,
- obiettivi formativi ECM,
- periodo di svolgimento/ il numero di edizione previste,
- previsione spesa,
- attività proposta,
- Responsabile Scientifico.

LINEE GUIDA NELLA PROGETTAZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE

La sezione del piano che contempla gli "obiettivi obbligatori" è dedicata prevalentemente all'acquisizione e sviluppo di competenze trasversali, che si esprimono con comportamenti attesi dall'organizzazione e che quindi devono essere patrimonio di tutti a prescindere dal ruolo, responsabilità del settore di lavoro. Il catalogo relativo ai "**corsi obbligatori**" raccoglie iniziative di aggiornamento rivolte a tutti coloro che sono interessati a percorsi nelle aree relative a:

- Emergenza: con sviluppo di competenze di base (BLSD, BLSD PEDIATRICO) e avanzate per adulto e pediatrico (ALS, PTC AVANZATO, ILS, METAL, NLS, EPALS, TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO);
- Sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Radioprotezione;
- Antincendio;
- Trattamento dati personali;
- Farmacovigilanza;

- Normative legislative specifiche;
- Codice di comportamento;
- Fascicolo Sanitario elettronico FSE 2.0 (Progetto Regionale);
- Corso neoassunto;
- Performance aziendale.

I corsi di formazione della sezione **“obiettivi strategici”** hanno tutti l’impegno o almeno l’ambizione di essere per l’azienda la formazione sostanziale, utile a contribuire allo sviluppo di sistema, quella che più contribuisce all’apprendimento organizzativo. Le aree di intervento sono ovviamente quelle di maggior interesse nel Piano Aziendale delle azioni per le quali la formazione può contribuire a diffonderne obiettivi e cultura per preparare gli operatori a far fronte a nuove organizzazioni di servizi. Alcune delle tematiche che verranno affrontate saranno le seguenti:

- Riconoscimento e gestione precoce delle infezioni correlate all’assistenza;
- Implementazione cartella clinica elettronica e corretta compilazione della documentazione sanitaria (residenziale e FSC);
- Umanizzazione delle cure;
- La gentilezza nelle attività sanitarie;
- Competenze e responsabilità professionali;
- La telemedicina e i PDTA;
- L’assistenza sanitaria delle vittime di violenza.

Il piano della Formazione genera il 31% dei suoi volumi di attività formativa, con **“obiettivi Dipartimentali”** la maggior parte di questa formazione viene progettata e organizzata a partire dalle proposte contenutistiche dei professionisti attivi nei dipartimenti, alcune delle iniziative proposte sono:

- Formazione e ruoli specifici dell’infermiere;
- NGS: appropriatezza dell’utilizzo di test multigenici predittivi e prognostici nella pratica clinica;
- Tecnologie di imaging: apprendimento sul campo;
- Peimaf;
- L’evoluzione nella codifica delle SDO;
- Gestione di patologie specifiche;
- Ascoltare e comunicare, non è sempre facile;
- Il diritto di accesso agli atti delle procedure di gara.

CORSI OBBLIGATORI	N.	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	N. Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/ore formative	NUMERO EDIZIONI	Totale posti disponibili	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
	1	CORSO BLS-D PEDIATRICO SANITARI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	10	180	9.000	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	2	CORSO BLS-D PER OPERATORI SANITARI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	24	432	20.000	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	3	CORSO ALS – ADVANCED LIFE SUPPORT IRC	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	12	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	5	60	27.800	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	4	CORSO PTC ADV – PREHOSPITAL TRAUMA CARE IRC	DIP. DEA	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	SETTEMBRE DICEMBRE 2026	2	36	15.200	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	5	CORSO EPALS (European Paediatric Advanced Life Support)	DIP. EMERGENZA	12	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	5	60	26.200	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	6	CORSO NLS (Newborn Life Support - assistenza al neonato nei primi 10-20 minuti dopo la nascita)	DIP. EMERGENZA	12	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MAGGIO SETTEMBRE 2026	4	48	7.700	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	7	METAL	TUTTE LE PROFESSIONI- DIP CURE TERRITORIALI	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	4	72	6.000	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	8	CORSO PRIMO SOCCORSO	AMMINISTRATIVI	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	4	72	3.000	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	9	CORSO ILS - IMMEDIATE LIFE SUPPORT	AREA MEDICA E CHIRURGICA	18	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MAGGIO DICEMBRE 2026	9	162	13.000	Dott. Ferrari Fabio Dott.ssa Di Marco Samantha
	10	CORSO TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO E OSTETRICO	DIP EMERGENZA DIP. MAT.INF	15	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	APRILE MAGGIO 2026	2	30	13.200	Dott.ssa Di Marco Samantha Dott.ssa Martinetti Micaela
	11	SICUREZZA BASE SUL LAVORO (4 ORE BASE)	TUTTE LE PROFESSIONI	40	FAD	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	5	200	/	Dott. Rinaldi Alessandro

CORSI OBBLIGATORI	N.	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	N. Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/ore formative	NUMERO EDIZIONI	Totale posti disponibili	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
D I R E Z I O N E A Z I E N D A L E	12	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO	AMMINISTRATIVI	10	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	10	100	/	Dott. Rinaldi Alessandro
	13	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO 12 ORE	PROFESSIONI SANITARIE	30	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	10	300	200	Dott. Rinaldi Alessandro
	14	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO 12 ORE	PROFESSIONI SANITARIE	30	FAD	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	12	360	200	Dott. Rinaldi Alessandro
	15	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO PER PREPOSTI	INCARICHI DI FUNZIONE E COORDINATORI	35	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	SETTEMBRE DICEMBRE 2026	1	35	1.000	Dott. Rinaldi Alessandro
	16	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO PER DIRIGENTI 16 ORE	DIRIGENTI E DIRETTORI	35	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	SETTEMBRE DICEMBRE 2026	1	35	1.800	Dott. Rinaldi Alessandro
	17	SICUREZZA SUL LAVORO - MODULO SPECIFICO MAPO	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	50	FSC	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	6	300	200	Dott. Rinaldi Alessandro
	18	PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONFLITTI	TUTTE LE PROFESSIONI	10	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	MARZO DICEMBRE 2026	10	100	15.700	Dott. Rinaldi Alessandro
	19	CORSO ADDETTO ANTINCENDIO MODULO DI AGGIORNAMENTO	TUTTE LE PROFESSIONI	26	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026	6	156	200	Arch. Ambrosino Francesco
	20	FORMAZIONE BASE ADDETTI ANTINCENDIO DI COMPARTIMENTO DM 19/03/15 Art. 42	TUTTE LE PROFESSIONI	26	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	GENNAIO DICEMBRE 2026 14 EDIZIONI	14	364	200	Arch. Ambrosino Francesco
	21	CORSO RADIOESPOSTI ai sensi dell'art. 111 del D.LGS 101/20.	TUTTI I DIPENDENTI RADIOESPOSTI	45	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	MARZO DICEMBRE 2026	2	90	200	Dott.ssa Foppiano Franca
	22	CORSO RADIOESPOSTI ai sensi dell'art. 110 del D.LGS 101/20.	DIRIGENTI E PREPOSTI	45	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	SETTEMBRE DICEMBRE 2026	1	45	200	Dott.ssa Foppiano Franca

CORSI OBBLIGATORI	N.	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	N. Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/ore formative	NUMERO EDIZIONI	Totale posti disponibili	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
	23	LA RADIOPROTEZIONE IN ASL5 ai sensi dell'art.162 del D.LGS 101/20	OPERATORI SANITARI PS	45	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 27	APRILE DICEMBRE 2026	1	45	200	Dott.ssa Foppiano Franca
	24	IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI UTENTI DI ASL 5 DA PARTE DEGLI AUTORIZZATI	TUTTE LE PROFESSIONI	50	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N. 7	GENNAIO DICEMBRE 2026	10	500	200	Dott.ssa Meo Patrizia
	25	FASCICOLO ELETTRONICO-MODULO 1	TUTTE LE PROFESSIONI	300	FAD	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N. 7	GENNAIO DICEMBRE 2026	8	2400	/	PROGETTO ALISA
	26	FASCICOLO ELETTRONICO - MODULO 2	TUTTE LE PROFESSIONI	300	FAD	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N. 7	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	8	2400	/	PROGETTO ALISA
	27	LE MODIFICHE E LE INTEGRAZIONI AL CODICE DI COMPORTAMENTO	TUTTE LE PROFESSIONI	300	FAD	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 7	GENNAIO DICEMBRE 2026	1	300	220	Dott.ssa Massei Maria Alessandra
	28	CORSO NEOASSUNTO	TUTTE LE PROFESSIONI	180	FAD	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 17	MARZO DICEMBRE 2026	1	180	200	Dott.ssa Graverini Barbara Dott.ssa La Regina Micaela Dott.ssa Barbieri Simonetta
	29	FORMARE I VALUTATORI: LEADERSHIP NEI RUOLI APICALI	TUTTE LE PROFESSIONI	50	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 11	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	3	150	3.220	Dott.ssa Massei Maria Alessandra
	30	SISTEMA DI MISURAZIONE E PERFORMANCE- TERZA PARTE	TUTTE LE PROFESSIONI	25	RES /FAD	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 8	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	99	2475	220	Dott.ssa Massei Maria Alessandra
	31	CORSO HIV (da attivare con Deliberazione dedicata)	DIRIGENZA/COMPARTO DI RIFERIMENTO	25	RES	OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI N. 18	MARZO DICEMBRE 2026	2	50	Da definire con Deliberazione dedicata	Dott. De Maria Andrea
	32	WHISTLEBLOWING: DALLA TEORIA ALLA PRATICA	TUTTE LE PROFESSIONI	2000	FAD	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.7	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	1	2000	220	Dott.ssa Massei Maria Alessandra Dott. Oliva Carlo
	33	DISPOSITIVO DI FARMACOVIGILANZA A.Li.Sa	TUTTE LE PROFESSIONI	1500	FAD	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.25	FEBBRAIO DICEMBRE 2026	1	1500	200	PROGETTO ALISA

CORSI OBBLIGATORI	N.	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	N. Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/ore formative	NUMERO EDIZIONI	Totale posti disponibili	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
N. CORSI	33										
TOTALI				5316				282	15237		
COSTI TOTALI										€ 165.680	

CORSI STRATEGICI	Priorità 1: alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni i/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
D	1	RICONOSCIMENTO E GESTIONE PRECOCE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO A	400 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.6	GENNAIO GIUGNO 2026 1 EDIZIONI	PROGETTO REGIONALE	Dott.ssa Morelli Pamela Dott.ssa La Regina Micaela
	1	RICONOSCIMENTO E GESTIONE PRECOCE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO B	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.6	GENNAIO GIUGNO 2026 10 EDIZIONI	PROGETTO REGIONALE	Dott.ssa Morelli Pamela Dott.ssa La Regina Micaela Dott.ssa Ferrando Paola
	1	RICONOSCIMENTO E GESTIONE PRECOCE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-MODULO C	TUTTE LE PROFESSIONI	FAD	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.6	GENNAIO GIUGNO 2026 1 EDIZIONI	PROGETTO REGIONALE	Dott.ssa Morelli Pamela Dott.ssa La Regina Micaela
	2	UMANIZZAZIONE DELLE CURE E RILEVAZIONE DEL GRADIMENTO COME STRUMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLE CURE	45 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.12	MARZO DICEMBRE 2026 5 EDIZIONI	2.220	Dott.ssa Lucarini Simonetta Dott.ssa Nardini Michela
	2	LA GENTILEZZA NELLE ATTIVITA' SANITARIE	1000 TUTTE LE PROFESSIONI	FAD	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.12	GENNAIO GIUGNO 2026 1 EDIZIONI	20	Dott.ssa La Regina Micaela
	1	LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E LE RESPONSABILITA' PROFESSIONALI	30 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.11	MARZO DICEMBRE 2026 25 EDIZIONI	200	Dott. Piu Franco
	2	LA LEAN ORGANIZATION E LA REVISIONE DEI PROCESSI DI COORDINAMENTO	25 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.8	MAGGIO SETTEMBRE 2026 4 EDIZIONI	1.200	Dott. Piu Franco

CORSI STRATEGICI	Priorità 1: alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni i/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
DIREZIONE AZIENDALE	1	ASSISTENZA DOMICILIARE: DALLA SEGNALAZIONE ALLA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.8	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 3 EDIZIONI	2.220	Dott.ssa Lucarini Simonetta Dott.ssa Nardini Michela
	1	LA TELEMEDICINA E I PDTA: PROGETTAZIONE, IMPLEMENTAZIONE E SOSTENIBILITA' PER UN'ASSISTENZA SANITARIA INNOVATIVA	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.17	APRILE DICEMBRE 2026 3 EDIZIONI	1.220	Dott.ssa Lucarini Simonetta
	1	IL LUPO TRA CONVIVENZA, TERRITORIO E GESTIONE, I RUOLI DEL MEDICO VETERINARIO PUBBLICO E DEGLI ALTRI ENTI	25 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.20	MARZO APRILE 2026 1 EDIZIONI	PROGETTO REGIONALE	Dott. Orlandi Mino Dott.ssa Zannardi Erika
	1	RICONOSCERE, ACCOGLIERE, PROTEGGERE: L'ASSISTENZA SANITARIA ALLE VITTIME DI VIOLENZA	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.18	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	220	Dott.ssa Signorile Anna Franca Dott.ssa Trivelli Marina Dott. Parenti Luca
	2	IL LAVORO IN TEAM: ANALISI DI CASI REALI	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.8	MARZO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	200	Dott.ssa Albano Corinne Dott. Piu Franco
	1	LA SICUREZZA DEL PAZIENTE PER LE NUOVE GENERAZIONI DI PROFESSIONISTI SANITARI	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.5	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	1.200	Dott.ssa La Regina Micaela Dott.ssa Albano Corinne

CORSI STRATEGICI	Priorità 1: alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni i/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
	2	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO RAQ	25 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.14	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 4 EDIZIONI	200	Dott.ssa Barbieri Simonetta
	1	DALLA CLINICA ALLA LEGGE: ADEMPIMENTI E RESPONSABILITA' DEL PROFESSIONISTA SANITARIO	30 DIRIGENTI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.6	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	200	Dott.ssa Albano Corinne Dott. Bergamaschi Gian Ercole Dott. Cargioli Fabio
	2	LA GESTIONE DEI PROCESSI E DEL PERSONALE IN FUNZIONE DEL POTENZIAMENTO DEL TERRITORIO	20 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.4	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 1 EDIZIONI	200	Dott.ssa Nardini Michela
N. CORSI	16							
COSTI TOTALI							€ 9.300	

DIPARTIMENTO PROPONENTE	Priorità 1:alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza (a edizione)	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizi oni/ore formative	Previsio ne Spesa 2026	Responsabile Scientifico
DIPARTIMENTO MEDICO	1	FORMAZIONE ECG PER INFERMIERI	25 COMPARTO	RES/FSC	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	APRILE NOVEMBRE 2026 2 EDIZIONI	200	Dott.ssa Morelli Pamela Dott. Bertoli Daniele
	2	L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE IN AREA MEDICA	25 COMPARTO	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	APRILE NOVEMBRE 2026 3 EDIZIONI	2.500	Dott.ssa Morelli Pamela
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE SERT	1	NUOVE ACQUISIZIONI TEORICO E CLINICHE NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE E DELLA SALUTE MENTALE	50 DIRIGENZA/ COMPARTO	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	MAGGIO DICEMBRE 2026 1 EDIZIONI	1.000	Dott.ssa Simonini Elisa
	2	DALLA CARTELLA ELETTRONICA ALLA RICERCA SCIENTIFICA: STRUMENTI PRATICI PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.3	MARZO MAGGIO 2026 3 EDIZIONI	220	Dott.ssa Simonini Elisa Dott.ssa Landini Emanuela
	2	COMUNICARE SENZA PAROLE: QUANDO IL SILENZIO NON E' D'ORO	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	MAGGIO DICEMBRE 2026 1 EDIZIONI	220	Dott.ssa Simonini Elisa Dott.ssa Benacci Federica
DIPARTIMENTO	1	DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DI CASI CLINICI DI PATOLOGIA NEOPLASTICA	26 TUTTE LE PROFESSIONI	RES/FSC	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	MARZO NOVEMBRE 2026 5 EDIZIONE	200	Dott. Scolaro Tindaro Dott. Ferrari Giorgio

DIPARTIMENTO PROPONENTE	Priorità 1: alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza (a edizione)	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
ONCOLOGICO	2	NGS: APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DI TEST MULTIGENICI NGS PREDITTIVI E PROGNOSTICI NELLA PRATICA CLINICA	30 TUTTE LE PROFESSIONI	RES/FSC	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.1	APRILE NOVEMBRE 2026 1 EDIZIONI	1.000	Dott. Scolaro Tindaro Dott. Nader Gorji Dott.ssa Ferro Paola
DIPARTIMENTO SERVIZI	1	NUOVE TECNOLOGIE DI IMAGING: APPRENDIMENTO SUL CAMPO	25 TUTTE LE PROFESSIONI	FSC	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.18	MARZO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	200	Dott. Ciarmiello Andrea Dott.ssa Anzilotti Silvia
DEA	1	PIANO EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO FERITI ASL 5 SPEZZINO	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.18	MARZO DICEMBRE 2026 3 EDIZIONI	3.200	Dott.ssa Morelli Pamela Dott.ssa Di Marco Samantha
	2	PEIMAF: LA GESTIONE NELLE STRUTTURE NON AFFERENTI AL DEA	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.18	SETTEMBRE DICEMBRE 2026 3 EDIZIONI	2.200	Dott.ssa Morelli Pamela Dott.ssa Di Marco Samantha
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	1	LABORATORIO DI CARDIOTOCOGRAFIA	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES/FSC	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.18	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	1200	Dott. Ferrari Giorgio Dott.ssa Signorile Anna Franca
	2	EMERGENZA IN AREA CHIRURGICA: RICONOSCIMENTO PRECOCE E GESTIONE INTEGRATA	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO-PROFESSIONALE N.18	MARZO DICEMBRE 2026 3 EDIZIONI	200	Dott. Ferrari Giorgio

DIPARTIMENTO PROPONENTE	Priorità 1:alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza (a edizione)	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	1	ASCOLTARE E COMUNICARE: NON E' SEMPRE FACILE	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N. 13	GIUGNO NOVEMBRE 2026 2 EDIZIONI	1.700	Dott. Orlandi Mino
	2	ILLECITI AMMINISTRATIVI E PENALI: LE ATTIVITA' TIPICHE DEL PERSONALE DEL DIP DI PREVENZIONE	50 TUTTO IL PERSONALE DIP.PREVENZIONE	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.17	GIUGNO NOVEMBRE 2026 2 EDIZIONI	1.700	Dott. Orlandi Mino
CURE TERRITORIALI	1	LA GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE ORTOPEDICHE DELLA SPALLA DA PARTE DEL FISIOTERAPISTA	50 TUTTO IL PERSONALE DIP.PREVENZIONE	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.18	MARZO GIUGNO 2026 1 EDIZIONI	1.700	Dott.ssa Lucarini Simonetta Dott. Incerti Vecchi Leonardo
	FARMACIA TERRITORIALE	APPROPRIATEZZA E REGOLE PRESCRITTIVE DEI MEDICINALI	30 DIRIGENZA	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.25	MAGGIO GIUGNO 2026 1 EDIZIONE	200	Dott. Sarteschi Alessandro
STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	La riorganizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale alla luce del DM 77/2022: quale futuro per il servizio sociale professionale in sanità	30 ASSISTENTI SOCIALI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.22	MAGGIO GIUGNO 2026 1 EDIZIONI	20	Dott.ssa Lucarini Simonetta Dott.ssa Bissacco Milena
	DMPO	L'EVOLUZIONE NELLA CODIFICA DELLE SDO: DALL'ICD-9 CM ALL'ICD-10 IM E CIPI 2025	40 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.3	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	200	Dott. Colotto Palamede

DIPARTIMENTO PROPONENTE	Priorità 1:alta 2: bassa	Argomento/Titolo Iniziativa Formativa	Target utenza (a edizione)	Tipologia formativa	Obiettivi formativi ECM	Periodo/Edizioni/ore formative	Previsione Spesa 2026	Responsabile Scientifico
STRATEGICA	GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT	UN TURNO DI GUARDIA QUALUNQUE: EMERGENZE MEDICHE	50 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO N.5	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	2.000	Dott.ssa La Regina Micaela Dott.ssa Albano Corinne
	FORMAZIONE AGGIORNAMENTO RICERCA	FORMAZIONE IN MEDICINA: RAF E FORMAZIONE /RICERCA	30 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVO FORMATIVO TECNICO- PROFESSIONALE N.2	FEBBRAIO DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	720	Dott.ssa La Regina Micaela Dott.ssa Miduri Angela
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	1	Il diritto di accesso agli atti con particolare riferimento agli atti delle procedure di gara	30 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.7	GIUGNO OTTOBRE 2026 2 EDIZIONI	1.800	Dott. Tosi Daniele
	2	L'avvio dell'azione disciplinare	30 TUTTE LE PROFESSIONI	RES	OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA N.17	APRILE DICEMBRE 2026 2 EDIZIONI	1.500	Dott. Cargiolli Fabio
N. CORSI	22							
COSTI							23.880	
						5%	1.194	
COSTI TOTALE							25.074	

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) 2026-2028

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE ANNI 2026-2028

- INQUADRAMENTO NORMATIVO
- CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 30/11/2025
- PROSPETTO ANDAMENTO DEL PERSONALE ANNI DA 2019 A 2025
- PROSPETTO ASSUNTI/CESSATI DAL 2019 AL 2025
- PROSPETTO CONCORSI ESPLETATI ANNO 2025 E PREVISIONE CONCORSI ANNO 2026
(ALLEGATO N. 1 e n. 1/A)
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE FABBISOGNO ANNO 2026-2028
(ALLEGATO n. 2)
- QUADRO PREVISIONALE COSTI DEL PERSONALE ANNO 2026
- ATTIVITA' AGGIUNTIVA E CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI (COLIPRO)
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- FONDI CONTRATTUALI ANNO 2025

INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 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 Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni, 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 Piano integrato delle attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: *compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 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 tetto di spesa per il personale per l'anno 2025 in assenza di indicazioni regionali si mantiene nella quantificazione prevista con delibera Giunta Regionale n. 675 del 04.07.2024 in **€ 142.000.000,00**

Il presente documento, si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda solo per l'anno 2026 (anziché previsione triennale) in considerazione del processo di Riforma del SSR attualmente in atto e già oggetto di DGR n. 19 del 06/11/2025 che porterà all'unificazione di tutte le ASL e Ospedali in un'unica ATS (Azienda Tutela Salute Liguria) e AOM (Azienda Ospedaliera metropolitana). La Riforma comporterà un nuovo assetto organizzativo che verrà formalizzato con un nuovo POA e renderà necessaria la revisione degli organici, dei fabbisogni di personale e delle funzioni /attività per cui eventuali previsioni triennali sono al momento impossibili da fare.

Per tali motivi è stato chiesto di anticipare la scadenza per la formalizzazione del PIAO che dovrà essere inviato da ciascuna Azienda alla nuova ATS che provvederà a unificare i vari PIAO e inviarli entro il 31 gennaio 2026. Pertanto i dati inseriti nel presente PIAO si riferiscono al 30/11/2025.

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

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.

CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 30/11/2025

L'anno 2025 (alla data del 30/11/2025) conta **2838 dipendenti** (di cui 2618 dipendenti a tempo indeterminato, 4 Direttori Aziendali, 89 dipendenti a tempo determinato, 78 Medici SUMAI, 49 contratti libero professionali (COLIPRO)). La consistenza del personale negli ultimi anni (dal 2021 al 2025) ha visto un incremento massivo in particolare a seguito dell'internalizzazione del servizio OSS e dei processi di stabilizzazione post COVID per cui risulta un aumento del personale a tempo indeterminato di **409 unità** (raffronto tra 2021 e 2025) di cui **256 OSS**. La maggior spesa comunque è stata contenuta in quanto si è avuto il risparmio del costo dell'appalto a seguito dell'internalizzazione.

COSTO DEL PERSONALE ANNO 2025 (previsionale con dati di novembre 2025)

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
B2 A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	6.767.041	6.659.361	6.251.883	5.566.368	5.135.300	5.363.081
B2 A.15.3.A) Consulenze sanitarie da ato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 luglio 2000	660.546	816.733	925.660.	1.438.399	1.577.950	1.724.309
B2 A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e osanitarie da privato	2.854.116	6.253.613	1.537.565.	425.411	1.258.443	2.231.193
B2 A.15.3.C) Collaborazioni coordinate ontinuative sanitarie e socios. da privato			44.318.	25.142	17.798	14.592
B2 A.15.3.D) Indennità a personale ersitario - area sanitaria						
B2 A.15.3.E) Lavoro interinale - area itaria	1.410.155	841.253	118.699.			
B2 A.15.3.F) Altre collaborazioni e stazioni di lavoro - area sanitaria	41.065	44.992	24.467.	11.081	29.250	38.462
B2 B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e tinuative non sanitarie da privato		6.163	33.826.	28.620	11.406	37.729
B2 B.2.3.D) Lavoro interinale - area non itaria	453.297	483.219	278.497.	102.055	27.710	
B2 B.2.3.E) Altre collaborazioni e stazioni di lavoro - area non sanitaria	17.705	23.607	23.607.	26.107	16.904	
BA2080 COSTO DEL PERSONALE ENDENTE	115.317.149	115.466.479	123.285.559	130.966.187	136.315.424	142.499.847
TOTALE COMPL. (personale endente e altre spese del sonale)	127.521.074	130.595.420	132.524.081	138.589.370	144.408.185	151.909.224
			Compresi costi nuovo CCNL mparto per circa 3 milioni		Compreso costi nuovo CCNL medici per € 2.369.820,36 e nuova indennità vacanza contrattuale per € 3.287.794,00	Compreso costi nuovo CCNL comparto 2022- 2024 per € 3.142.086

PROSPETTO ANDAMENTO PERSONALE ANNI dal 2020 al 2025

Personale a tempo indeterminato Dati riepilogativi anni 2020-2025						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (al 30/11/25)
DIRETTORI GENERALI	4	4	4	4	4	4

MEDICI	358	346	330	331	323	340
VETERINARI	10	11	12	15	16	16
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	39	37	43	58	58	66
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	2	1	1	1	1	3
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1054	1020	1077	1137	1138	1137
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	135	141	133	138	139	130
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	35	28	27	33	41	38
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	89	93	86	101	104	125
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	2	3	3	3	3	3
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2	2	2
DIR. RUOLO TECNICO	1	1	1	1	1	2
PROFILI RUOLO TECNICO	160	190	336	126	157	167
PROFILI RUOLO SOCIO SANITARIO	0	0	0	283	283	288
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	11	11	11	11	11	13
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	240	234	217	209	257	285
PERSONALE CONTRATTISTA	1	1	1	1	1	1
TOTALE	2143	2123	2284	2454	2539	2622
oltre SUMAI	102	98	99	95	86	78

**Personale Tempo Determinato e Flessibile
Dati riepilogativi anni 2020-2025**

Unità/n.contratti	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (al 30/11/25)
Personale a tempo determinato	7	82	140	103	52	89
L.S.U./L.P.U.	0	0	0	0		
Lavoratori interinali	51	20	3	2		
Con Contratti formazione lavoro	0	0	0	0		
N.contratti Co.Co.Co./Colipro	270	114	2	11	31	49
TOTALE TEMPO INDETERM + PERSONALE FLESSIBILE	2573	2437	2528	2665	2708	2838

PROSPETTO ASSUNTI / CESSATI da 2020 al 2025

ANNO 2020

CESSATI	2020	ASSUNTI	2020
---------	------	---------	------

DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIR. MED. S.C. GOVERNO E RISCHIO CL. PROGRAM.SAN. E CONTROLLO DI GEST.	1		
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA PEDIATRIA	1		
DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1
DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	3	DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	1
DIRIGENTE MEDICO TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	1	DIRIGENTE MEDICO TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	1
DIRIGENTE PSICOLOGO	5	DIRIGENTE PSICOLOGO	2
DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	4	DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	1
DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2
DIRIGENTE MEDICO MALATTIE INFETTIVE	1	DIRIGENTE MEDICO MALATTIE INFETTIVE	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	4	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	2	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	1
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	4
DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ORGANIZ.SERV.SANITARI DI BASE	1		
DIRIGENTE MEDICO GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1		
DIRIGENTE MEDICO IGIENE E SANIT' PUBBLICA	2		
DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	1		
DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1		
		DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRIA	1
		DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1
		DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1
		DIRIGENTE MEDICO O.R.L.	1
		DIRIGENTE MEDICO OFTALMOLOGIA	2
		DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1
		DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	1
		DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	2
		DIRIGENTE MEDICO BIOLOGO DIRIGENTE	1
DIR. PROF SAN INF TECN	1	DIR. PROF SAN INF TECN	1
TOTALE CESSATI DIRIGENZA MEDICA	39	TOTALE ASSUNTI DIRIGENZA MEDICA	29
COMPARTO SANITA' - OSS; ASS.SOC; ASS.SAN; DIET; TEC RX; FISIO; OSTET; TEC LAB; TEC PREV;	32	COMPARTO SANITA' - CHIM; TEC.PRIV; TEC.RX; OSTET; AUDIM; ORTO; FISIO; ASS.SOC;	24
INFERMIERE CAT.(D)	63	INFERMIERE CAT.(D)	74
		DIRIGENTE ARCHITETTO	1
		DIRIGENTE INGEGNERE	2
AMMINISTRATIVI	22	AMMINISTRATIVI	14
TOTALE CESSATI COMPARTO	117	TOTALE ASSUNTI COMPARTO	115
TOTALE CESSATI ANNO 2020	156	TOTALE ASSUNTI ANNO 2020	144

ANNO 2021

CESSATI	2021	ASSUNTI	2021
DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
		DIR.MED.STR.COMP.TERR.T.P. IGIENE E SANIT' PUBBLICA	1
		DIR.MED.STR.COM.AREA CHIR.TP- GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1
DIR.MED.ST.COM.AREA MED.T.P. PRONTO SOCCORSO	1		
DIR.MED.STR.COM.AREA CHIR.TP ODONTOIATRIA	1		
DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	1	DIRIGENTE MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA	1
DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1
DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	2	DIRIGENTE MEDICO CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	1
DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FARMACISTA DIRIGENTE	2
DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1	DIRIGENTE FISICO DIRIGENTE	1
DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1	DIRIGENTE MEDICO IMMUNOEMAT. E SERV. TRASF.	1
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA 1	3	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA 1	2
DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	1	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA NUCLEARE	2
DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	2	DIRIGENTE MEDICO NEFROLOGIA E DIALISI	1
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	2	DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	3	DIRIGENTE MEDICO ONCOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	DIRIGENTE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1	DIRIGENTE MEDICO RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	1
DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1	DIRIGENTE MEDICO UROLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET -RADIOTERAPIA	2
		DIRIGENTE MEDICO OFTALMOLOGIA	1
		DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3
		DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO DIRIGENTE	2
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET - MEDICINA INTERNA	1
		DIRIGENTE MEDICO TEMPO DET -PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI	1
		DIRIGENTE MEDICO SPECIALIZ.DO -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1
DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRIA	1		
DIRIGENTE BIOLOGO DIRIGENTE	1		
DIRIGENTE MEDICO CHIR. VASCOLARE	1		
DIRIGENTE MEDICO MED.E CHIR.ACCEZZAZ.D'URGENZA	1		
DIRIGENTE MEDICO IGIENE E SANIT' PUBBLICA	1		
DIRIGENTE MEDICO PEDIATRIA	1		
DIRIGENTE MEDICO PNEUMOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	3		
DIRIGENTE PSICOLOGO	1		
DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	3		
DIRIGENTE MEDICO RADIOTERAPIA	1		
DIRIGENTE MEDICO NEURORADIOLOGIA	1		
DIRIGENTE MEDICO SENOLOGIA DIAGNOSTICA	1		
DIR. PROF. SAN - PREVENZIONE	1		
TOTALE CESSATI DIRIGENZA MEDICA	44	TOTALE ASSUNTI DIRIGENZA MEDICA	31
COMPARTO SANITA' -OTA; OSS; EDUC; FISIO; TER.NEUR.SCO.MOT; TEC.LAB; TEC.RX; LOGOP; ORTOT; OSTETR; CHIMICO	44	COMPARTO SANITA' -ASS.SOC; EDUC; FISIO; TER.NEUR.SCO.MOT; TEC.LAB; TEC.RX; TEC.PREV; CHIMICO	69
INFERMIERE	68	INFERMIERE	81
AMMINISTRATIVI	15	AMMINISTRATIVI	44
TOTALE CESSATI COMPARTO	127	TOTALE ASSUNTI COMPARTO	194
TOTALE CESSATI ANNO 2021	171	TOTALE ASSUNTI ANNO 2021	225

ANNO 2022

CESSATI	2022	ASSUNTI	2022
DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIRIGENTI MEDICI S.C	5	DIRIGENTI MEDICI S.C	1
DIRIGENTI MEDICI	36	DIRIGENTI MEDICI	31
DIRIGENTI VETERINARI	1	DIRIGENTI VETERINARI	2
DIRIGENTE BIOLOGO	2	DIRIGENTE BIOLOGO	5
DIRIGENTE PSICOLOGO		DIRIGENTE PSICOLOGO	3
DIRIGENTE FARMACISTA	1	DIRIGENTE FARMACISTA	5
DIRIGENTE FISICO	1	DIRIGENTE FISICO	1
DIRIGENTI INGEGNERE S.C		DIRIGENTI INGEGNERE S.C	
DIRIGENTE INGEGNERE	1	DIRIGENTE INGEGNERE	1
DIRIGENTE ARCHITETTO		DIRIGENTE ARCHITETTO	2
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2
PERSONALE INFERMIERISTICO	92	PERSONALE INFERMIERISTICO	145
OSTETRICHE	6	OSTETRICHE	5
TECNICI RX	15	TECNICI RX	11
TECNICI LABORATORIO	4	TECNICI LABORATORIO	4
FISIOTERAPISTI	3	FISIOTERAPISTI	4
EDUCATORI	6	EDUCATORI	1
TECNICI PREVENZIONE	6	TECNICI PREVENZIONE	3
LOGOPEDISTA		LOGOPEDISTA	1
ASSIST. SANITARI	2	ASSIST. SANITARI	1
DIETISTA		DIETISTA	1
ASSIST. RELIGIOSO	1	ASSIST. RELIGIOSO	1
ASSIST. SOCIALI	3	ASSIST. SOCIALI	1
COLLABOR. TECNICI		COLLABOR. TECNICI	5
OPER. TECNICI	8	OPER. TECNICI	9
OSS	20	OSS	160
AUSILIARI	2	AUSILIARI	
AMMINISTRATIVI	18	AMMINISTRATIVI	38
TOTALE CESSATI ANNO 2022	233 (170 t.indet+ 63 t.deter)	TOTALE ASSUNTI ANNO 2022	443 (329 t.indet.+ 114 t. determ)

ANNO 2023

CESSATI	2023	ASSUNTI	2023
DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIRIGENTI MEDICI S.C	5	DIRIGENTI MEDICI S.C	5
DIRIGENTI MEDICI	30	DIRIGENTI MEDICI	30
DIRIGENTI VETERINARI	1	DIRIGENTI VETERINARI	4
DIRIGENTE BIOLOGO	0	DIRIGENTE BIOLOGO	3
DIRIGENTE PSICOLOGO	1	DIRIGENTE PSICOLOGO	11
DIRIGENTE FARMACISTA	0	DIRIGENTE FARMACISTA	1
DIRIGENTE FISICO	1	DIRIGENTE FISICO	0
DIRIGENTI INGEGNERE S.C	0	DIRIGENTI INGEGNERE S.C	2
DIRIGENTE INGEGNERE	2	DIRIGENTE INGEGNERE	0
DIRIGENTE ARCHITETTO	1	DIRIGENTE ARCHITETTO	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	55	PERSONALE INFERMIERISTICO	94
OSTETRICHE	5	OSTETRICHE	5
TECNICI RX	9	TECNICI RX	8
TECNICI LABORATORIO	5	TECNICI LABORATORIO	11
FISIOTERAPISTI	2	FISIOTERAPISTI	7
EDUCATORI	4	EDUCATORI	8
TECNICI PREVENZIONE	0	TECNICI PREVENZIONE	5
TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL	0	TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL	2
TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	0	TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	2
LOGOPEDISTA	0	LOGOPEDISTA	2
ASSIST. SANITARI	0	ASSIST. SANITARI	1
DIETISTA	0	DIETISTA	0
ASSIST. RELIGIOSO	0	ASSIST. RELIGIOSO	0
ASSIST. SOCIALI	2	ASSIST. SOCIALI	4
COLLABOR. TECNICI	1	COLLABOR. TECNICI	3
OPER. TECNICI	5	OPER. TECNICI	20
OSS	27	OSS	90
AUSILIARI	0	AUSILIARI	0
AMMINISTRATIVI	12	AMMINISTRATIVI	17
TOTALE CESSATI ANNO 2023	259 (169 t.indet+90 t.deter)	TOTALE ASSUNTI ANNO 2023	377 (337 t.indet.+ 40 t. determ)

ANNO 2024

CESSATI	2024	ASSUNTI	2024
DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIRIGENTI MEDICI S.C	6	DIRIGENTI MEDICI S.C	6
DIRIGENTI MEDICI	41	DIRIGENTI MEDICI	34
DIRIGENTI VETERINARI		DIRIGENTI VETERINARI	1
DIRIGENTE BIOLOGO	1	DIRIGENTE BIOLOGO	1
DIRIGENTE PSICOLOGO		DIRIGENTE PSICOLOGO	1
DIRIGENTE FARMACISTA		DIRIGENTE FARMACISTA	1
DIRIGENTE FISICO		DIRIGENTE FISICO	
DIRIGENTI INGEGNERE S.C		DIRIGENTI INGEGNERE S.C	
DIRIGENTE INGEGNERE		DIRIGENTE INGEGNERE	
DIRIGENTE ARCHITETTO		DIRIGENTE ARCHITETTO	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
DIRIGENTE SOCIOLOGO		DIRIGENTE SOCIOLOGO	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	72	PERSONALE INFERMIERISTICO	67
OSTETRICHE	4	OSTETRICHE	8
TECNICI RX	6	TECNICI RX	4
TECNICI LABORATORIO	3	TECNICI LABORATORIO	4
FISIOTERAPISTI	2	FISIOTERAPISTI	1
EDUCATORI	2	EDUCATORI	5
TECNICI PREVENZIONE	2	TECNICI PREVENZIONE	11
TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL		TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL	
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	1		
TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA		TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	
LOGOPEDISTA	1	LOGOPEDISTA	2
ASSIST. SANITARI	1	ASSIST. SANITARI	
DIETISTA		DIETISTA	1
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA – GIORNALISTA PUBBLICO	1	ASS. TECNICI – PERITO	3
ASSIST. RELIGIOSO		ASSIST. RELIGIOSO	
ASSIST. SOCIALI	3	ASSIST. SOCIALI	4
COLLABOR. TECNICI	2	COLLABOR. TECNICI	5
OPER. TECNICI	4	OPER. TECNICI	30
OSS	7	OSS	6
AUSILIARI	2	AUSILIARI	
AMMINISTRATIVI	16	AMMINISTRATIVI	64
TOTALE CESSATI ANNO 2024	236 (179 t.indet + 57 t.det.)	TOTALE ASSUNTI ANNO 2024	289 (262 t.indet. + 27 t. det.)

ANNO 2025

(al 30/11/2025)

CESSATI	2025	ASSUNTI	2025
DESCRIZIONE	NUMERO	DESCRIZIONE	NUMERO
DIRIGENTI MEDICI S.C	4	DIRIGENTI MEDICI S.C	5
DIRIGENTI MEDICI	56	DIRIGENTI MEDICI	73
DIRIGENTI VETERINARI		DIRIGENTI VETERINARI	
DIRIGENTE BIOLOGO	1	DIRIGENTE BIOLOGO	2
DIRIGENTE PSICOLOGO	8	DIRIGENTE PSICOLOGO	7
DIRIGENTE FARMACISTA		DIRIGENTE FARMACISTA	1
DIRIGENTE FISICO		DIRIGENTE FISICO	2
DIRIGENTE PROFESIONI SANITARIE		DIRIGENTE PROFESIONI SANITARIE	2
DIRIGENTI INGEGNERE S.C	1	DIRIGENTI INGEGNERE S.C	
DIRIGENTE INGEGNERE		DIRIGENTE INGEGNERE	1
DIRIGENTE ARCHITETTO		DIRIGENTE ARCHITETTO	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2
DIRIGENTE SOCIOLOGO		DIRIGENTE SOCIOLOGO	
PERSONALE INFERMIERISTICO	40	PERSONALE INFERMIERISTICO	66
OSTETRICHE	4	OSTETRICHE	3
TECNICI RX	9	TECNICI RX	2
TECNICI LABORATORIO	8	TECNICI LABORATORIO	4
FISIOTERAPISTI	10	FISIOTERAPISTI	20
EDUCATORI	3	EDUCATORI	2
TECNICI PREVENZIONE	3	TECNICI PREVENZIONE	1
TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL	2	TERAPISTA NEURO E PSICOMO. Età EVOL	3
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA		TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	1
TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	1	TECN. RIABILIT. PSICHIATRICA	
LOGOPEDISTA		LOGOPEDISTA	3
ASSIST. SANITARI	1	ASSIST. SANITARI	
DIETISTA	2	DIETISTA	2
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA – GIORNALISTA PUBBLICO		ASS. TECNICI – PERITO	
ASSIST. RELIGIOSO		ASSIST. RELIGIOSO	
ASSIST. SOCIALI		ASSIST. SOCIALI	1
COLLABOR. TECNICI	3	COLLABOR. TECNICI	2
OPER. TECNICI	7	OPER. TECNICI	17
OSS	14	OSS	42
AUSILIARI		AUSILIARI	
AMMINISTRATIVI	27	AMMINISTRATIVI	43
TOTALE CESSATI ANNO 2025	142 (142 t.indet + 63 t.det.)	TOTALE ASSUNTI ANNO 2025	289 (221 t.indet. + 86 t. det.)

L'anno 2025 è stato interessato da :

- **Completamento del processo di stabilizzazione del personale** sanitario , sociosanitario., amministrativo assunto a tempo determinato con procedure concorsuali , previsto da legge finanziaria 2022 n. 234 del

30.12.2021, art. 1 comma 268, dalla legge n. 14 del 24 Febbraio 2023 di conversione del Dl. n.198 del 29 dicembre 2022 (c.d. “Decreto Milleproroghe”) e dalla **L. n. 56 del 29/04/2024**” ulteriori disposizioni per l’attuazione del PNRR” in possesso del requisito dei 18 mesi di servizio alla data del 31.12.2025 che abbiano svolto almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 01.01.2020 e 31.12.2025. Il processo di stabilizzazione è stato attuato con l’emanazione di specifici bandi a cadenze determinate e ha comportato la stabilizzazione **nell’anno 2022 di n. 28 unità** (1 medico, 26 infermieri, 1 tecnico laboratorio) e **nell’anno 2023 di n. 57 unità** (2 medici, 14 dirigenti sanitari , 14 infermieri , 10 personale sanitario comparto, 5 OSS, 1 assistente sociale, 12 unità di personale amministrativo.), **nell’anno 2024 di n. 44 unità** (n. 1 Biologo, 4 infermieri, 1 dietista , 38 unità di personale amministrativo). **Nel 2025** sono state stabilizzate, a completamento dell’intero processo, **n. 42 unità** (7 psicologi, 2 biologi, 1 dirigente amministrativo, 6 infermieri, 13 personale riabilitazione, 13 unità amministrative).

- **Applicazione nuovo CCNL del personale Area COMPARTO siglato in via definitiva il 27/10/2025 per il triennio 2022-2024** che ha comportato un costo di circa € 3.142.086 e comporterà la ridefinizione del sistema degli incarichi, la rivisitazione delle indennità , la ridefinizione dei fondi contrattuali per le prestazioni accessorie, la contrattazione integrativa sulle materie contrattuali , il nuovo regolamento in corso di definizione su nuove modalità di gestione dell’orario di lavoro etc.
- **A seguito e in applicazione del nuovo POA** (DGR n. 722 del 19/07/2024) e recepimento aziendale (Del. n. 1137 del 24/12/2024) sono state espletate numerose procedure interne per conferimento incarichi dirigenziali (medici, sanitari,) per direzione di Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) , strutture semplici (SS), incarichi di altissima professionalità (CX), di alta specializzazione (CC) e di consulenza, studio e ricerca (C). Nello specifico : n.9 strutture semplici, n.12 incarichi di altissima professionalità, 41 incarichi di alta specializzazione.
- **E’ stata conclusa la procedura per la corresponsione dei Differenziali economici professionalità (DEP ANNO 2024)** per il personale del comparto alla luce della nuova normativa introdotta dal CCNL comparto triennio 2019-2021 e in applicazione del regolamento interno siglato con le OO.SS del comparto del 28/06/2023 “ Contratto integrativo relativo ai criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche all’interno delle Aree”. La procedura di avviso pubblico è stata indetta con delib. n. 631 del 04/07/2024 e ha visto la partecipazione di n. 1372 dipendenti. La procedura è stata ultimata a gennaio 2025 e si è proceduto al pagamento dei DEP 2024 compresi gli arretrati con la busta paga di gennaio 2025 ai 743 vincitori .
- **E’ proseguito il percorso di revisione dell’attuale modello di Performance individuale** con lo scopo di recepire le indicazioni del DPCM del 28/11/2023 e del 24/01/2024. Il processo prevede il coinvolgimento di tutto il personale con modalità partecipativa e si svilupperà nell’arco di tre anni. Nel corso dell’anno

2024 è stato effettuato un corso obbligatorio (in parte in modalità FAD in parte in presenza) che ha visto la partecipazione del 95% del personale .Nel corso dell'anno 2025 è stato attivato ed è in fase di conclusione un ulteriore step che prevede l'effettuazione di un altro corso in modalità FAD per affrontare tre temi principali: 1) Motivazione del personale 2) passaggio dalla performance organizzativa alla performance individuale 3) proposte innovative per il regolamento della performance. Nel corso del 2026 il nuovo processo andrà a regime con la formalizzazione delle nuove schede di valutazione e del nuovo regolamento.

- E' stato attivato e concluso il **processo di internalizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** precedentemente affidato alla ditta esterna Elleuno. Sono stati internalizzati , tramite bandi di selezione pubblica n. 10 OSS, n. 21 fisioterapisti e n. 29 infermieri. Rimangono da assumere altri 16 infermieri per il completamento del processo di internalizzazione.
- **Prosecuzione del processo di copertura della quota d'obbligo del personale disabili Legge 68/99 che aveva rilevato n. 30 scoperture**, previa convenzione con Ufficio Collocamento mirato del Centro Impiego di La Spezia, mediante n. 21 assunzioni effettuate con scorrimento della graduatoria del concorso pubblico riservato a personale disabili approvato con determinazione dirigenziale n. 26 del 13/01/2025 oltre a n. 5 assunzioni per chiamata nominale .L'obbligo assunzionale è quasi interamente colmato
- Avvio nei mesi di novembre e dicembre 2025 del **processo di Riforma del SSR** oggetto di DGR n. 19 del 06/11/2025 e di Legge Regionale n. 18 del 12/12/2025 che porterà all'unificazione di tutte le ASL e Ospedali in un'unica ATS (Azienda Tutela Salute Liguria) e AOM (Azienda Ospedaliera metropolitana). La Riforma comporterà un nuovo assetto organizzativo che verrà formalizzato con un nuovo POA e renderà necessaria la revisione degli organici ,dei fabbisogni di personale e delle funzioni /attività dei servizi e strutture

SITUAZIONE CONCORSI ESPLETATI ANNO 2025 e PREVISIONE CONCORSI IN PROGRAMMAZIONE NELL'ANNO 2026 (si rimanda ad ALLEGATO n. 1 e n. 1/A)

Per quanto riguarda gli **strumenti di reclutamento da utilizzare nel 2026** , ferma restando l'incertezza legata alla disponibilità o meno di graduatorie regionali da cui attingere per i profili professionali necessari si può stimare la seguente articolazione percentuale :

Tipologia strumento di reclutamento	%
-------------------------------------	---

Graduatoria di concorso per assunzione a TI sia di ASL 5 che di ALISA	75%
Graduatoria selettiva per incarichi a TD	5%
Procedure di mobilità esterne	5%
Comandi/ assegnazioni temporane/ ricongiungimenti/compensazioni	5%
Contratti di somministrazione lavoro	0%
Procedure con il Centro per L'impiego	3%
Contratti libero professionali/borse studio	2%
Stabilizzazioni	2%
Assunzioni obbligatorie Legge 68/99	3%

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE (PREVISIONI ASSUNZIONI e CESSAZIONI e FABBISOGNO 2026 (ALLEGATO n. 2)

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per l'anno 2026 esso è stato elaborato in via di previsione sulla base dei fabbisogni teorici necessari all'ottimale organizzazione e gestione dei servizi rilevati d'intesa con la Direzione Generale alla data del 30.11.2025, dei concorsi banditi e in corso di espletamento , e delle applicazioni contrattuali relative alle progressioni interne. Sono stati considerati , oltre alle cessazioni certe , i dati storici delle cessazioni degli ultimi anni prevedendo un allineamento tra cessazioni e assunzioni e la copertura del turn over . Negli anni dal 2021 al 2025 l'Azienda ha attivato una politica di potenziamento del personale in tutti i profili che ha portato alla copertura delle carenze organiche in molti settori. Rimangono ancora criticità sul personale medico per la difficoltà di reperire sul mercato medici specialisti . Infatti negli anni dal 2018 al 2025 si è verificata una notevole riduzione dei medici dipendenti, circa 60 unità, compensata in parte con tempi determinati e COLIPRO .Quindi, obiettivo del 2026 è di assumere a ruolo il personale mancante con contestuale riduzione dei tempi determinati , dei COLIPRO e delle prestazioni aggiuntive.

Le azioni più rilevanti da attuare nel corso dell'anno 2026 in termini di politiche e gestione del personale saranno :

- **Adeguamento dell'organizzazione interna dell'Azienda al processo di Riforma del SSR** iniziato con DGR n. 19 del 06/11/2025 e Legge Regionale n. 18 del 12/12/2025 che porterà all'unificazione di tutte le ASL e Ospedali in un'unica ATS (Azienda Tutela Salute Liguria) e AOM (Azienda Ospedaliera metropolitana). La Riforma comporterà un nuovo assetto organizzativo che verrà formalizzato con un nuovo POA e renderà necessaria la revisione degli organici ,dei fabbisogni di personale e delle funzioni /attività dei servizi e strutture.

- **Applicazione del CCNL Area Sanità** sottoscritto a dicembre 2025 per il triennio 2022-2024 al quale seguirà anche il **CCNL Area Funzioni Locali**
- **Attuazione delle previsioni contrattuali del CCNL del COMPARTO del triennio 2022-2024 relativamente a progressioni verticali tra le aree** i cui bandi interni sono stati emanati a dicembre 2025 come meglio specificate e quantificate nel prospetto relativo alle procedure concorsuali anno 2026 e nel prospetto del fabbisogno del personale (Allegato 1/A e All. 2) .
- Espletamento **concorso infermieri** con graduatoria unificata con ASL 4 Chiavari bandito a dicembre 2025 per la copertura di 50 posti vacanti .
- **Completamento processo internalizzazione servizio ADI** iniziato a ottobre 2025
- **Espletamento nuova procedura per corresponsione dei Differenziali economici professionalità (DEP ANNO 2025)** banditi a dicembre 2025.

ATTIVITA' AGGIUNTIVA E CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

Prendendo a specifico riferimento le ormai consolidate situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda dovrà ancora fare ricorso anche nell'anno 2026 è l'attivazione di specifici progetti di attività aggiuntiva e il ricorso a COLIPRO medici . Per le prestazioni aggiuntive l'importo impiegato per l'anno 2022 è stato di € 925.660,00, per l'anno 2023 di € 1.438.399,00, per l'anno 2024 di € 1.577.950,00 e per l'anno 2025 di € 1.724.309,00. La spesa per COLIPRO è stata per l'anno 2022 di € 1.537.565,00, per l'anno 2023 di € 425.411,00, per l'anno 2024 di € 1.258.443,00 e per l'anno 2025 di € 2.231.193,00. L'obiettivo 2026 è una graduale diminuzione di tale spesa a seguito di immissione in ruolo di nuovo personale medico tramite concorsi o mobilità quantificata in una percentuale di riduzione del 30% per entrambe le tipologie di spesa .

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione e nel tetto di spesa fissato dalla Regione .

Il costo per l'anno 2022 è stato pari a € 6.251.883,00 a l n e t t o di IRAP .Per l'anno 2023 la spesa è stata di € 5.566.368,00,per l'anno 2024 è stata di € 5.153.300,00 e per l'anno 2025 € 5.363.081 in diminuzione rispetto agli ultimi anni per varie cessazioni e difficoltà a reperire medici specialisti ambulatoriali in sostituzione. Per l'anno 2026 si presume una spesa tendenzialmente simile o perfino minore a seguito di cessazioni che non potranno essere sostituite per carenza di specialisti medici .

FONDI CONTRATTUALI ANNO 2025- e in via di previsione anno 2026

Con deliberazione n. 594 del 19/06/2025..sono stati costituiti i fondi per i trattamenti accessori delle Aree negoziali della Dirigenza Medica e Sanitaria, della Dirigenza PTA e del comparto per l'anno 2025 nel modo seguente, che vengono confermati in via di previsione anche per il 2026 con l'aggiunta degli incrementi contrattuali del CCNL del Comparto del 27/10/2025:

DIRIGENZA SANITARIA (TOTALE FONDI € 10.803.247,89)

- Fondo per la retribuzione degli incarichi art. 72 c.2 lett. a CCNL 23/01/2024 Euro **8.443.169,69**
- Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro art. 73 c. 2 lett a CCNL 23/01/2024 Euro **1.867.217,63**
- Fondo per la retribuzione di risultato art. 74 c. 2 lett. a CCNL 23/01/2024 Euro **492.860,57**

DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA (TOTALE FONDI € 598.856,82)

- Fondo retribuzione di posizione art. 90 CCNL 17/12/2020 Euro **459.060,16**
- Fondo retribuzione di risultato e altri trattamenti accessori art. 91 CCNL 17/12/2020 Euro **139.796,66**

AREA COMPARTO (TOTALE FONDI € 14.976.366,14 compresi gli incrementi stabiliti dal nuovo CCNL del 27/10/2025 per il triennio 2022-2024 pari a € 302,182,62)

- Fondo incarichi progressioni economiche e indennità professionali art. 63 CCNL 2/11/2022 Euro **9.005.254,33**
- Fondo premialità e condizioni di lavoro art.103 CCNL 02/11/2022 Euro **5.971.111,81**

I fondi 2025 delle tre aree negoziali ammontano a euro **26.378.469,00.** ai quali vanno aggiunti gli oneri carico Ente e IRAP

La Spezia 12/12/2025