



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE 2026/2028
AZIENDA DI TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA
AREA SOCIOSANITARIA LIGURE 4**



SOMMARIO

SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
SEDE OPERATIVA	5
COORDINAMENTO DI AREA	5
IL TERRITORIO	5
IL PATRIMONIO	6
SITO ISTITUZIONALE E CANALI DI COMUNICAZIONE	6
SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
SOTTOSEZIONE IIA - VALORE PUBBLICO	7
VALORE PUBBLICO - DEFINIZIONE	7
VALORE PUBBLICO - SINTESI DEL VALORE PUBBLICO GENERATO DA ASL4	7
VALORE PUBBLICO - INDICATORI	10
SOTTOSEZIONE IIB - PERFORMANCE	11
OBIETTIVI PLURIENNALI	11
OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNUALI	11
OBIETTIVI DI PERFORMANCE - DIGITALIZZAZIONE	13
OBIETTIVI DI PERFORMANCE - RISORSE 2026	15
OBIETTIVI DI PERFORMANCE - COERENZA TRA OBIETTIVI DI PERFORMANCE E RISORSE PREVISIONALI 2026	16
OBIETTIVI DI PERFORMANCE - ACCESSIBILITA' FISICA	17
OBIETTIVI DI PERFORMANCE - ACCESSIBILITA' DIGITALE	17
SOTTOSEZIONE IIC - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	18
SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	19
SOTTOSEZIONE IIIA - STRUTTURA ORGANIZZATIVA	19
ORGANIZZAZIONE	19
SOTTOSEZIONE IIIB - LAVORO AGILE	19
CAPITALE UMANO - LAVORO AGILE	19
SOTTOSEZIONE IIIC - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DI PERSONALE	19
CAPITALE UMANO - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	19
CAPITALE UMANO - FORMAZIONE DEL PERSONALE	20
SEZIONE IV MONITORAGGIO	22

ALLEGATI – PIANI ATTUATIVI (DA P01 A P07)

PREMESSA

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

Il suddetto PIAO pertanto dovrà assorbire, come previsto esplicitamente dalla normativa nazionale, i vari piani già previsti a livello centrale:

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

Inoltre, in seguito alla approvazione della legge regionale 12.12.2025 n. 18 recante le disposizioni di riordino del Servizio Sanitario regionale, Regione Liguria ha istituito l'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) come unica azienda regionale dotata di personalità giuridica e fondendo le Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5, le ha incorporate nella stessa Liguria Salute.

A sensi dell'art. 33 c. 15 della suddetta legge regionale n. 18/2025 in sede di prima applicazione, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'ATS Liguria risulta dalla composizione dei PIAO delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.

Nel precedente triennio, sono stati considerati parte integrante ed allegati al PIAO ulteriori altri strumenti programmatici che, in base ad indicazioni nazionali, regionali o aziendali, sono stati sviluppati per meglio gestire il ciclo di programmazione-attuazione-controllo (secondo le modalità PLAN DO CHECK ACT tipiche della gestione dei processi) quali ad esempio la gestione tempi attesa, il piano di Qualità accreditamento e rischio clinico; per tali piani si rimanda ai contenuti del PIAO ASL4 2025-2027 nelle more della adozione di linee di indirizzo standardizzate su tutte le aree di ATS.

COME LEGGERE IL PIAO

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

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

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

Il presente documento, quale aggiornamento PIAO 2026-2028 capitalizza le precedenti esperienze, sviluppando una lettura "in continuità" delle azioni individuate come strategiche, in un approccio di supporto alla "prosecuzione", in un processo di continua valutazione dei progetti attivati (stato dell'arte raggiunto dopo un anno, rilettura ed eventuale rivalutazione/rimodulazione/aggiornamento degli obiettivi-indicatori-target) ed integrando in modo coerente i nuovi progetti attivati dal 2025.

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

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

SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEDE OPERATIVA

L'Area Sociosanitaria Locale ha sede in Chiavari, con indirizzo Via G.B. Ghio n. 9.

La Direzione operativa / Coordinamento di Area dell'ASL4 organizza le singole sedi operative presenti sul proprio territorio in relazione ai bisogni di salute della popolazione.

COORDINAMENTO DI AREA

In base alla l.r. 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio sanitario regionale", come modificata dalla l.r. n. 18/2025; il Coordinatore di Area dell'ASL4, è la dott.ssa Maria Elena Secchi, nominata dalla Giunta Regionale Ligure con deliberazione n. 629 del 24/12/2025 a decorre dal 1° gennaio 2026 e fino al 30.06.2026 prorogabile per altri 6 mesi.



IL TERRITORIO

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

L'ambito territoriale di operatività dell'Area Sociosanitaria Locale n. 4 è suddiviso in 3 Distretti Socio Sanitari ciascuno dei quali coincide con i confini del Distretto, definiti ai sensi

del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e della Zona Sociale di cui alla Legge n. 328/2000, come recepiti dalla Legge Regionale n. 12/2006.

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

La popolazione residente sul territorio dell'Asl4, pur con periodiche fluttuazioni, mantiene un andamento costante nell'ultimo decennio, al 1/1/2024 pari a 140.851 residenti (140.302 nel 2023) con una leggera prevalenza della popolazione femminile rispetto a quella maschile.

IL PATRIMONIO

Il patrimonio dell'ex Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4 era costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, ed è confluito, in forza alla L.R. 18/2025, nel patrimonio dell'Azienda di Tutela della Salute Liguria.

SITO ISTITUZIONALE E CANALI DI COMUNICAZIONE

Il sito Internet dell'Azienda è raggiungibile all'indirizzo www.atsliguria.it di recente implementazione; ad oggi a tale sito confluisce tutto quanto presente nel sito della ex Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4 raggiungibile attraverso link del sito di ATS oppure dall'indirizzo www.asl4.liguria.it, in cui è disponibile tra l'altro, la sezione "Amministrazione Trasparente" prevista dalla normativa implementata fino al 31/12/2025 ed ancora aggiornata.

L'ATS dispone di casella di posta elettronica certificata (PEC) presso il protocollo generale: protocollo@pec.atsliguria.it (per tutti gli interlocutori dotati di posta elettronica certificata di ATS e dell'Area Asl4).

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE IIA - VALORE PUBBLICO

VALORE PUBBLICO - DEFINIZIONE

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

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

Asl4 secondo questa lettura, genera Valore Pubblico

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

VALORE PUBBLICO – SINTESI DEL VALORE PUBBLICO GENERATO DA ASL4

La mission di tutte le Aziende del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale già individua il principale Valore Pubblico costruito dall'Area: **LA SALUTE**, da promuovere, recuperare e mantenere.

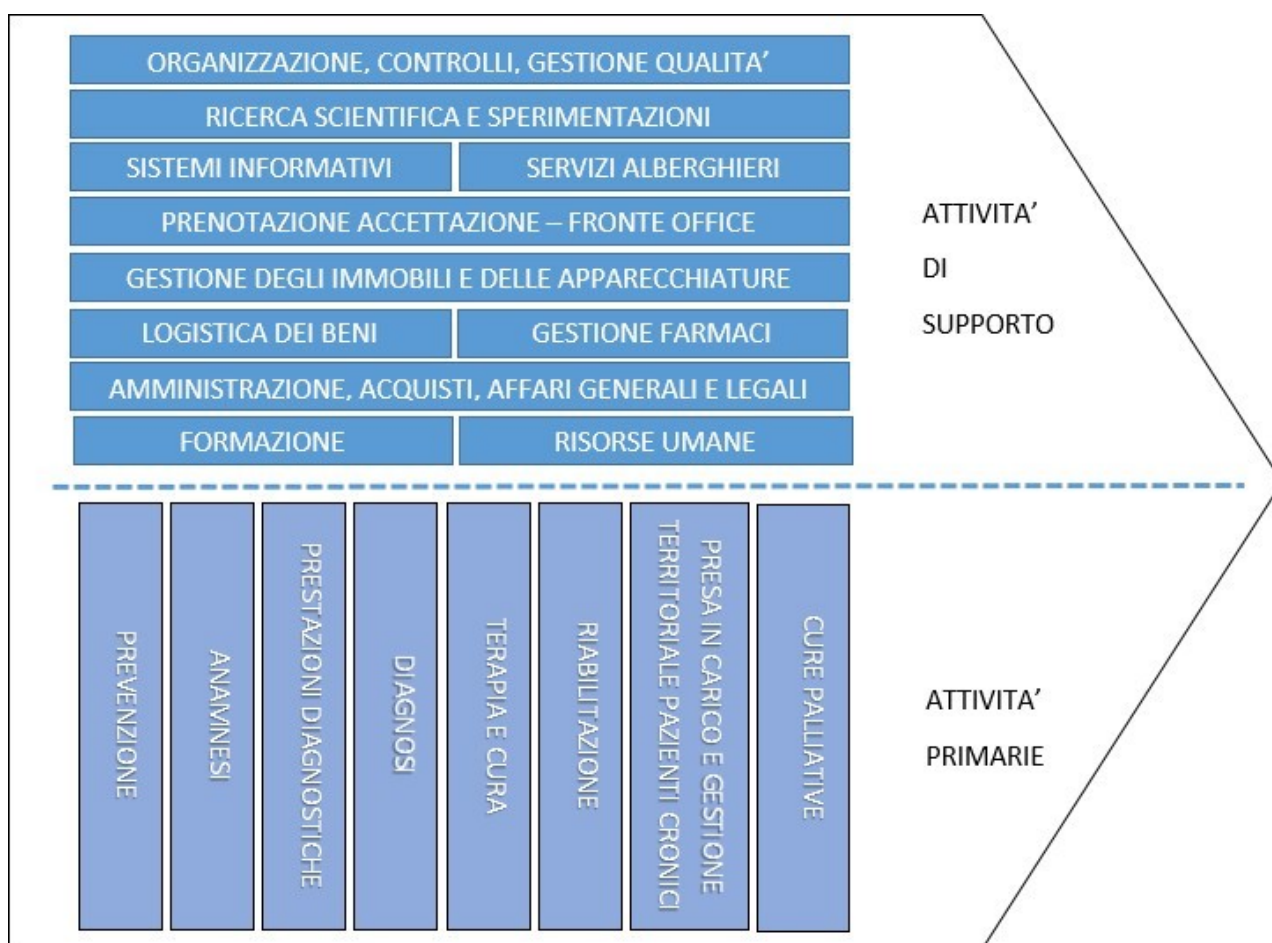
Per definire il quadro di Valore Pubblico costruito in ASL4, è utile partire dall'individuazione di tutti i destinatari dell'attività operativa (**STAKEHOLDERS** - qualsiasi soggetto che sia "portatore di interesse" effettivo o potenziale, rispetto alle attività della ASL4).

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

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

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

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



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

Secondo tale interpretazione, tutta l’organizzazione deve agire pensando di essere parte di PROCESSI DI EROGAZIONE (principali o di supporto) finalizzati all’erogazione di servizi che

GENERANO VALORE per almeno uno stakeholder, ripensandosi in ottica di RIDUZIONE DEGLI SPRECHI (definiti come visto sopra), RIDUZIONE DEL SOVRACCARICO del personale e ricerca di RIDUZIONE DELLA VARIABILITÀ nei processi di cura (attraverso percorsi di cura e PDTA, tenuto conto che a modelli standard di cura deve coincidere la “sartorializzazione” della cura sul singolo paziente, in relazione alle patologie, co-patologie ed alla rete di supporto) e nei processi di supporto.

Per pianificare e monitorare concretamente il Valore Pubblico si è deciso di suddividere lo stesso in 12 “LINEE” di sviluppo del Valore Pubblico individuate nella tabella 1, e che si declinano coerentemente nelle altre sezioni del presente Piano. Per le linee di generazione non declinate nell’attuale piano, nelle more dell’adozione di azioni secondo le indicazioni della nuova Azienda ATS, si rimanda al PAIO 2025-2027.

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

LINEE DI GENERAZIONE DI VALORE PUBBLICO PER ASL4	
VP01 	EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI ASSISTENZA Governo dei Tempi d’Attesa Campagne di Screening e Prevenzione delle Malattie Sviluppo dell’offerta territoriale
VP02 	GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE P01 – performance e budget
VP03 	ENGAGEMENT DEL PAZIENTE E ONE HEALTH
VP04 	POLITICHE DEL PERSONALE P04 – Lavoro Agile P05 – Programmazione triennale fabbisogni
VP05 	QUALITA’ E SICUREZZA DEL PAZIENTE Azioni di promozione della sicurezza e della qualità delle cure Azioni di prevenzione e contenimento infezioni correlate all’assistenza
VP06 	SICUREZZA DEGLI OPERATORI Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro per il personale Asl4

VP07		PARI OPPORTUNITA', WELFARE E INCLUSIONE P07 - Pari opportunità e inclusione
VP08		FORMAZIONE E RICERCA P06 – Formazione Adesione a Progetti finanziati e a Sperimentazioni Cliniche
VP09		INFO-COMUNICAZIONE
VP10		EDILIZIA E PNRR, APPROVVIGIONAMENTI Programma triennale lavori pubblici 2026-2028 Programma triennale degli acquisti di beni e servizi 2026-2028 Programma di attuazione del PNRR
VP11		SOSTENIBILITA' E GREEN
VP12		ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA P02 – Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza

VALORE PUBBLICO - INDICATORI

Numerosi sono gli indicatori sviluppati in letteratura per misurare gli “outcome” sulla salute delle attività sanitarie. In particolare Age.n.a.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha sviluppato nel tempo, e sta ampliando, un sistema di indicatori che misurano, in funzione dei dati dei flussi sanitari disponibili, indicatori di volume, di processo e di esito (nel cosiddetto Programma Nazionale Esiti <https://pne.agenas.it/>) che rappresenta uno strumento di valutazione a supporto dei piani di audit clinico ed organizzativo finalizzati a garantire maggiore qualità e sicurezza delle cure.

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

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

SOTTOSEZIONE IIB - PERFORMANCE

OBIETTIVI PLURIENNALI

Secondo quanto previsto dal DM che ha istituito il PIAO e l'ottica di semplificazione e unicità degli obiettivi di programmazione, non può che essere parte fondante del PIAO la definizione degli obiettivi di performance annuale. Tale indicazione trova coerenza e sinergia con i contenuti dell'ex Piano Performance, divenuto parte integrante del PIAO.

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

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

Gli obiettivi di ATS e dell'Area Asl4 saranno definiti nel corso del primo trimestre 2026, in coerenza con gli indirizzi pluriennali di programmazione nazionale e regionale, nonché degli obiettivi di mandato e annuali assegnati al Direttore Generale di ATS in tema di tutela della salute, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni.

Per quanto concerne gli obiettivi annuali assegnati ad Asl4, la definizione delle linee di sviluppo e di erogazione si rifanno quindi alle indicazioni fornite per gli esercizi 2024-2025 e di seguito sintetizzate, e che trovano riscontro nella programmazione degli obiettivi di performance delle singole articolazioni operative (budget):

- tempi di pagamento dell'amministrazione
- area prevenzione: copertura vaccinale e screening, sorveglianza PASSI e prevenzione malattie animali
- area Emergenza / PS: riduzione del boarding
- area socio-sanitaria: potenziamento presa in carico domiciliare
- appropriatezza ospedaliera e liste d'attesa: tasso cesarei, degenza media, utilizzo emoderivati, tempi d'attesa ambulatoriali
- area farmaceutica: farmaci biosimilari e flussi di rendicontazione

OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNUALI

In Asl4, il ciclo della programmazione si esplicita:

- Nella definizione di obiettivi di lungo periodo, definiti ed aggiornati nel presente documento tenendo conto delle linee di indirizzo nazionale e regionale e degli obiettivi di mandato ricevuti dal Direttore Generale dell'Area Tutela della Salute, ora confluite

nel processo che annualmente vedrà la collaborazione di tutti gli attori aziendali per l'aggiornamento del PIAO;

- Nella definizione di obiettivi annuali, che si declinano a tutte le articolazioni operative attraverso il processo di budgeting, al fine di orientare le azioni di tutti al perseguimento della strategia regionale, condividendo la direzione con ogni livello dell'organizzazione, si individuano i livelli di responsabilità e si rendono coerenti le linee di indirizzo pluriennali con le indicazioni regionali annuali.

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

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

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

Per il processo di budget, alcuni degli indicatori individuati quali prioritari per il 2026 sono meglio dettagliati nel sub-allegato P01 "Performance e budget". I diversi contributi a questo Piano, sono da intendersi declinabili quali obiettivi di sviluppo e di performance, sugli specifici temi. Per quanto non direttamente inserito nel piano, in ottica di continuità, si rimanda al PIAO 2025-2027 di Asl4.

Di seguito si evidenziano alcuni dati di produzione e costo 2022 / 2023 / 2024 / 2025 relativi ai ricoveri, alla specialistica ambulatoriale per esterni e agli accessi di Pronto Soccorso.

area	RICOVERI IMPORTO 2022	RICOVERI IMPORTO 2023	RICOVERI IMPORTO 2024	STIMA RICOVERI 2025
ASL4	€. 53.729.181	€. 53.448.073	€. 52.886.870	€. 50.120.000

area	SPEC. IMPORTO 2022	SPEC. IMPORTO 2023	SPEC. IMPORTO 2024	SPEC. IMPORTO 2025
ASL4	€. 19.613.424	€. 20.300.372	€. 20.754.646	€. 20.947.833

area	Spesa Beni Sanitari 2022	Spesa Beni Sanitari 2023	Spesa Beni Sanitari 2024	Spesa Beni Sanitari 2025
ASL4	€. 22.415.150	€. 23.661.069	€. 22.200.640	€. 22.662.332

	Accessi 2022	Accessi 2023	Accessi 2024	Accessi 2025
P.S. LAVAGNA	44.723	46.733	48.328	47.721

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – DIGITALIZZAZIONE

Gli obiettivi 2026 dovranno essere rivisti in base alla evoluzione dei sistemi informativi di ATS, che vedranno un lavoro di standardizzazione ed unificazione dei software a livello aziendale, rispetto a quanto presente nelle singole Aree.

Sistemi informativi di collaboration

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

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

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

Sistemi informativi amministrativi

ASL4 ha introdotto piattaforme digitali che hanno portato a workflow operativi finalizzati alla razionalizzazione e dematerializzazione delle procedure operative del protocollo informatico, nonché degli atti dirigenziali.

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

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

Sono in continuo aumento i servizi di pagamento utilizzabili tramite lo strumento PagoPA che è stato adottato per la totalità dei servizi di pagamento verso la ASL nel primo semestre del 2025, grazie anche al relativo finanziamento PNRR.

Sistemi informativi sanitari

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

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

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

ASL4 ha portato a conclusione la diffusione in tutti i reparti della Cartella Clinica Elettronica, supportata dalla connettività wireless presente nei poli ospedalieri, che vede anche l'alimentazione della lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, scheda singola vaccinazione, referto ambulatoriale nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Nel corso del 2025 e nell'ambito della progettualità "PNRR M6C2 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA", l'Asl4 ha raggiunto il livello di maturità digitale 4 del modello HIMSS EMRAM, riflettendo un forte impegno verso la trasformazione digitale, l'assistenza sanitaria data-driven, il miglioramento continuo della qualità clinica e dell'efficienza operativa.

Per il 2026 è previsto, nei sistemi di gestione delle liste d'attesa per le procedure chirurgiche, l'implementazione e messa a regime del sistema di gestione della pre-lista di presa in carico, che dovrà supportare i percorsi dei pazienti nella fase tra l'indicazione chirurgica e la definizione della diagnosi, dando maggior trasparenza alla gestione e scorrimento delle liste d'attesa.

Data center e Sicurezza informatica

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

Valutata la necessità di effettuare azioni specifiche e strutturate per la cybersecurity a difesa dei dati della Pubblica Amministrazione, ASL4 si è dotata del servizio di Endpoint Detection and Response (EDR), tramite il Security Operation Center (SOC) di Liguria Digitale, per il monitoraggio continuo dello stato di sicurezza dell'organizzazione, in particolare per la prevenzione, rilevazione, analisi e risposta agli incidenti di sicurezza informatica. Ha inoltre adottato un sistema Security Information and Event Management (SIEM) per centralizzare la raccolta dei log e degli eventi generati da applicazioni e sistemi in rete.

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

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – RISORSE 2026

Con nota prot. n. 2025-0621357 del 30/12/2025 Regione Liguria ha provveduto all'assegnazione delle risorse alle diverse Aree sociosanitarie locali per il 2026 relativamente al fondo sanitario indistinto ed agli altri fondi vincolati.

Di seguito le tabelle riassuntive delle principali voci di BUDGET dell'Area Asl4 del Tigullio.

	Fondo Sanitario Indistinto	Obiettivi di Piano	Farmaci innovativi	Riparto Borse di studio MMG	Medicina Penitenziaria a favore detenuti tossicodipendenti
ASL4	257.099.926	2.240.562	2.804.562		53.000

	Risorse relative al finanziamento della Medicina Penitenziaria	Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (EX OPG) - REMS di Genova Prà	REMS Santa Maria di Calice al Cornoviglio	Assist. Territoriale	L. 210
ASL4	6.000			2.740.060	146.172

	STP	Emersione stranieri	Personale CRI	PAY BACK FARMACI	TOTALE PREVISIONE 2026
ASL4	71.214	153.720	204.081	1.855.039	267.374..533

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – COERENZA TRA OBIETTIVI DI PERFORMANCE E RISORSE PREVISIONALI 2026

Il quadro economico del 2023/2025

Gli ultimi esercizi, sotto il profilo economico sono stati caratterizzati dai seguenti principali effetti:

- Parziale progressivo riassorbimento dell'impatto della crisi geopolitica in est Europa sui costi di approvvigionamento energetici;
- Progressivo impatto degli effetti inflazionistici rilevati a livello nazionale ed internazionale nel triennio 2022-2024 riscontrati sia in sede di revisione prezzi dei principali appalti di servizi non sanitari, sia in sede di approvvigionamento di beni sanitari, in particolare dispositivi medici;
- Assorbimento di oneri contrattuali rilevanti sul personale (CCNL comparto e Legge di stabilità 2023, CCNL Dirigenza PTA) ed in ambito sociosanitario (Incremento tariffe);
- Mantenimento del livello complessivo della erogazione di prestazioni di ricovero e cura ed ambulatoriale;
- Perdurante incremento dei servizi erogativi farmaceutici territoriali di farmaci ed ausili protesici;
- Potenziamento di alcuni servizi di supporto necessari a fronteggiare l'evolvere del quadro sociale (es. presidio di tutela del personale sanitario presso il PS)
- Evoluzione costante dei processi e dei sistemi informatici a supporto dei processi aziendali.

Quanto sopra espresso è stato accompagnato da una mirata politica di contenimento di alcune componenti di costo, consentendo all'azienda di assorbire gli effetti inflattivi e garantire lo stesso livello di costi dell'esercizio precedente.

Il quadro delle risorse per il 2026

Con riferimento a quanto sopra richiamato lo scenario economico del 2026 è sviluppato in base alle indicazioni delle risorse assegnate all'Area, secondo queste previsioni:

- Lieve incremento della produzione ospedaliera, legata al miglioramento dei tempi d'attesa, secondo le richieste regionali;
- Conseguente intensificazione degli sforzi per il progressivo abbattimento dei tempi di attesa in ambito specialistico e di ricovero e cura;
- Ulteriore ottimizzazione della struttura dei costi anche grazie al pieno dispiegarsi a regime d'anno di alcune misure già adottate nel corso del triennio 2023/2025;
- Recupero del turn-over del personale cessato negli anni 2024-2025;
- Sviluppo delle attività del sistema territoriale implementato in attuazione del PNRR.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – ACCESSIBILITA' FISICA

Nulla da rilevare in termini di obiettivi di sviluppo.

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

OBIETTIVI DI PERFORMANCE – ACCESSIBILITA' DIGITALE

ASL4, in qualità amministrazione pubblica, adotta la Dichiarazione di accessibilità digitale in cui attesta lo stato di conformità del proprio sito istituzionale ai requisiti di accessibilità, conformemente al D.lgs 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento Europeo e del Consiglio.

L'ASL4 è costantemente impegnata a rendere i propri sistemi informatici in grado di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

Le politiche di accesso digitale ai servizi (es. prenotazione delle prestazioni) o di gestione digitale di documenti sanitari (es. Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE) si sviluppano per Asl4 nell'alveo delle linee di sviluppo definite dalla Regione Liguria.

SOTTOSEZIONE IIC - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

In prosecuzione con quanto avvenuto nei precedenti anni, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott.ssa Michela Ferlenghi, in collaborazione con le articolazioni organizzative maggiormente coinvolte in termini di mappatura di processi a maggior rischio ed individuazione delle azioni di mitigazione, ha provveduto agli adempimenti di pubblicazione legati alla trasparenza, ha definito e implementato le misure generali obbligatorie, ha provveduto all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2026/2028.

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

Per il dettaglio del PTPCT si rimanda all'allegato P02 ed ai sotto-allegati.

SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE IIIA – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

ORGANIZZAZIONE

Per il dettaglio del Piano Organizzativo si rimanda all'allegato P03 ed al sotto-allegato A (organigramma in forma grafica).

SOTTOSEZIONE IIIB – LAVORO AGILE

CAPITALE UMANO – LAVORO AGILE

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

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

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

Nel corso del 2024 è stato approvato il Regolamento per la gestione del lavoro agile, in fase di implementazione (deliberazione n. 324/2024). Per il dettaglio si rimanda all'allegato P04.

SOTTOSEZIONE IIIC – PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DI PERSONALE

CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

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

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

La direzione di area, sulla base degli obiettivi strategici da realizzare, della necessità di garantire il mantenimento delle prestazioni assistenziali e di accesso alle cure specialistiche, dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro, della struttura esistente e delle sue possibili variazioni, ha definito il quadro degli organici necessari per garantire l'equilibrio del fabbisogno di personale.

Per il dettaglio si rimanda all'allegato P05, definito in coerenza con la stima di risorse disponibili.

CAPITALE UMANO - FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

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

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

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

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

Per il dettaglio del si rimanda all'allegato P06.

SEZIONE IV MONITORAGGIO

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

Il monitoraggio diviene, una volta raggiunti gli obiettivi, anche uno strumento di mantenimento dei risultati raggiunti (SUSTAIN), utile ad evitare pericolosi quanto frequenti ritorni allo stato precedente. Per quanto riguarda il monitoraggio dei contenuti del presente documento, si sintetizza in tabella, in base alle competenze, responsabilità organizzative e modalità di monitoraggio

CONTENUTO	RESPONSABILITA'	MODALITA'
P01 PERFORMANCE E BUDGET	SC CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO	MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET (INTERMEDIO E A FINE ANNO)
P02 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P03 ORGANIZZAZIONE	SC RISORSE UMANE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P04 LAVORO AGILE	SC RISORSE UMANE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P05 PIANO TRIENNALE FABBISOGNI	SC RISORSE UMANE	MONITORAGGIO PERIODICO (INCONTRO CON DIREZIONE STRATEGICA) E SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO
P06 FORMAZIONE	SSD COMUNICAZIONE E URP - FORMAZIONE	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)
P07 PARI OPPORTUNITA' E INCLUSIONE	SC RISORSE UMANE SC CENTRO DIREZIONALE DI CONTROLLO	ANNUALE (SINTESI STATO AVANZAMENTO A FINE ANNO)

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE



P01 – PERFORMANCE E BUDGET

Sommario

Premesse	3
Obiettivi del piano e attori del processo.....	4
Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche	6
Format della scheda di budget	7
Obiettivi/indicatori legati all'efficienza	12
Obiettivi/indicatori legati all'efficacia	12
Seconda fase di monitoraggio e valutazione del Budget, responsabilità e tempistiche	14

Premesse

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

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

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

Il presente allegato è definito per l'Area Asl4 Tigullio dell'Agenzia di tutela della Salute in continuità con quanto implementato negli scorsi anni da ASL4. In base alle prime indicazioni ricevute, il presente piano è steso in prosecuzione alle attività 2025, nelle more della unificazione delle indicazioni a livello della nuova ATS.

Obiettivi del piano e attori del processo

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per l'esercizio 2026 e nelle more dell'evoluzione del sistema prefigurato dalla Legge Regionale 18/2025, i criteri di definizione degli obiettivi aziendali e le modalità per declinare tali obiettivi ai diversi livelli dell'organizzazione aziendale (Distretti, Dipartimenti, SC-SSD, dirigenza e comparto), le responsabilità, modalità e tempistiche di proposta, discussione e sottoscrizione, monitoraggio e aggiornamento, valutazione degli obiettivi di Budget.

La volontà è, in linea con il piano strategico di sviluppo di Area, quella di far evolvere il percorso di Budget, in un sistema più tempestivo di declinazione delle linee di indirizzo regionali e aziendali, nonché di dare maggiore rilievo al percorso di efficientamento delle attività, necessario in un sistema a risorse di capitale umano, finanziario e strumentale "definito" e con una domanda di salute in crescita.

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'Area Asl4 del Tigullio. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel Processo di Budget:

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

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

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

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

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

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

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

OIV (Organismo Indipendente di Valutazione): è l'organismo costituito da componenti esterni all'azienda, secondo i criteri previsti dalla normativa nazionale e regionale; a esso sono affidati, all'interno del Processo di Budget, i seguenti compiti:

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

Per tutto quanto non indicato nel presente documento, nelle more delle attività di standardizzazione tra Aree prevedibili nel corso del 2026, si rimanda all'allegato 7 del PIAO 2025-2027.

Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche

Dato atto dell'inevitabile disallineamento temporale che intercorre tra la disponibilità di dati di chiusura d'esercizio (relativamente sia ai costi che ai volumi di attività erogati), oltre che alla individuazione degli obiettivi di valutazione delle Aziende/Aree da parte di Regione Liguria, la Direzione di Area sulla scorta delle prime indicazioni regionali, ha ritenuto utile, definire gli obiettivi di performance in continuità con quanto fatto nel biennio precedente.

In merito alle risorse rese disponibili per il funzionamento dell'area nell'anno 2026, le stesse sono state provvisoriamente assegnate da Regione Liguria con nota 621357 del 30/12/2025.

In particolare il processo di definizione degli obiettivi per l'ANNO 2026 deve vedere queste fasi:

- gennaio-febbraio ANNO 2026 (Centro Direzionale di Controllo – Gestione Risorse Umane): raccolta ed armonizzazione dei dati storici (volumi di produzione, costi ed FTE del personale dipendente e non, costi diretti di beni e servizi);
- gennaio-febbraio ANNO 2026 (Direzione/Coordinamento Area – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): stima degli obiettivi di volume e dei limiti di spesa aziendali, in base ad andamenti storici – stima della % di copertura dei costi indiretti e generali;
- gennaio-febbraio ANNO 2026 (Centro Direzionale di Controllo, Comitato di Budget): in base ai dati storici di erogazione/costo/efficienza, definizione di una scheda di budget legata ai principali obiettivi individuati a livello strategico; (Direzione/Coordinamento Area): valutazione dei limiti di spesa in coerenza con gli obiettivi di produzione, definizione delle azioni eventualmente necessarie per rendere coerenti volumi di attività previsti, capitale umano e costi di produzione;
- febbraio ANNO 2026 (Centro Direzionale di Controllo/Comitato di Budget): predisposizione delle schede di budget secondo le indicazioni della Direzione/Coordinamento Area; (Direzione/Coordinamento Area): valutazione della proposta di schede di budget
- febbraio-marzo ANNO 2026: integrazione della scheda di budget definite nella prima fase con obiettivi di tipo quali/quantitativo discendenti dagli obiettivi aziendali assegnati da Regione, dall'andamento di indicatori PNE/MES di performance/outcome, discendenti da obiettivi di qualità e governo clinico, obiettivi legati a processi di innovazione e riorganizzazione, ecc.

Format della scheda di budget

La scheda di budget si configura in 5 principali sezioni:

- Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA'). Riguarda il budget economico delle strutture (obiettivi relativi all'efficienza, rapporto tra risorse e risultati) individuando precisi indicatori sui vari vincoli / tetti di attività e su particolari vincoli di spesa.
- Processo Interno: OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO / DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI. Riguarda essenzialmente la misurazione e la valutazione di aspetti non monetari delle strutture aziendali, l'appropriatezza delle prestazioni, l'utilizzo dei farmaci, la gestione degli indicatori della prevenzione delle infezioni ospedaliere e altri obiettivi clinici e non.
- Prospettiva del paziente: AREA DELL'EQUITA' E TRASPARENZA (OBIETTIVI DI TUTELA). Riguarda essenzialmente i Tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, i Progetti obiettivo relativi all'area della qualità percepita, Il budget informativo con i relativi adempimenti su dati di attività e di spesa e altri particolari progetti obiettivo.
- Innovazione e apprendimento: AREA DELL'INNOVAZIONE E FORMAZIONE. Riguarda essenzialmente i Progetti obiettivo proposti direttamente dalle strutture su aree strategiche aziendali e altri particolari progetti obiettivo.
- AREA DI SBARRAMENTO che riguarda una serie di adempimenti istituzionali il cui mancato raggiungimento comporta una penalizzazione.

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

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

Di seguito si riportano i format delle schede di budget per Dirigenza Sanitaria, Comparto Sanitario, Dirigenza PTA / Comparto Amministrativo.

DIRIGENZA SANITARIA					
			Dott.	PUNTEGGIO assegnato dopo la contrattazione	
Sigla Indicatori	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2024	NOTE INTEGRATIVE	Responsabile	Dirigenza
Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA')					
VPR	Vincolo di Produzione Ricoveri (VPR): è dato dal tariffato complessivo dei pazienti dimessi, in regime ordinario e DH.	XXX		15,0	15,0
VPS	Vincolo di Produzione Specialistica (VPS): è dato dal tariffato complessivo delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Esterni erogate dalla struttura	XXX		5,0	5,0
VPR+VPS	Totale tariffato	XXX			
CMU	Costo Medio Unitario (CMU): Rappresenta il Costo dei beni sanitari (Gruppo 120) per ogni 100 Euro di tariffato complessivo (Ricoveri e Specialistica).	XXX		5,0	5,0
VS	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Sanitari (Gruppo 120). Spesa calcolata come consumato di Sala operatoria e ordinato sui CdC degenziali e ambulatoriali.	XXX		10,0	10,0
VPST MDC	Vincolo di Produzione Strategico Ricovero e Cura (VPST MDC): dato dal tariffato della produzione incrementale di MDC apparato digerente	XXX		5,0	5,0
VSA	Vincolo Spesa Aggiuntivo relativo alla produzione strategica VPST MDC e VPST AMB	XXX		5,0	5,0
TOTALE parziale				45,0	45,0
Processo Interno: OBIETTIVI STRATEGICI					
OS2	Obiettivi legati all'implementazione di politiche di sviluppo aziendali - su definizione della Direzione Strategica	XXX		5,0	5,0
TOTALE parziale				5,0	5,0
Processo Interno: OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO					
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			15,0	15,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			5,0	5,0
TOTALE parziale				20,0	20,0
Prospettiva del paziente: AREA DELL'EQUITA' E TRASPARENZA (OBIETTIVI DI TUTELA)					
TDA	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali			15,0	15,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			5,0	5,0
TOTALE parziale				20,0	20,0
Innovazione e apprendimento: AREA DELL'INNOVAZIONE E FORMAZIONE					
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			10,0	10,0
TOTALE parziale				10,0	10,0
				PUNTEGGIO TOTALE	
				100,0	100,0
AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET					
Cod.	INDICATORE	VALUTAZIONE PER NON RAGGIUNGIMENTO	REFERENTE		
1A	Mantenimento Certificazione e Accreditemento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 1. Elaborazione, revisione e pubblicazione sul portale del dipendente (cartella condivisa ASL4 Certificata ISO) dei documenti previsti dalla Norma ISO e dal Manuale Regionale di Accreditemento. 2. Invio annuale delle check per le raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure e del Carmina regionale di singola struttura.	Non si accede alla valutazione di Budget (punteggio complessivo = 0).	SS Qualità, accreditamento e risk management		
1B	Mantenimento Certificazione e Accreditemento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 3. Partecipazione del Direttore di struttura e del Coordinatore delle Professioni Sanitarie (titolare di posizione organizzativa per le strutture tecnico/amministrative) agli audit interni, Safety Walk Round e FMEA se programmati all'interno della struttura di appartenenza.	Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale.	SS Qualità, accreditamento e risk management		
18	Condivisione degli obiettivi previsti nella scheda Budget con tutto il personale dirigente.	Caricamento della scheda Budget sul Portale del Dipendente - Procedure Sistema Qualità entro 30 giorni dalla discussione e verifica delle visualizzazione da parte del personale afferente alla struttura Non si accede alla valutazione di Budget	CCD / SS Qualità, accreditamento e risk management		
20	Adempimenti anticorruzione.	Rispetto degli obblighi di pubblicazione e programmazione delle misure di prevenzione corruzione e trasparenza. Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale	Affari Generali e Legali		
TOTALE				0,0	0,0

SCHEDA COMPARTO SANITARIO						
			Dott.		PUNTEGGIO assegnato	
indicatori						
sigla	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2023		NOTE INTEGRATIVE		Caposala Comparto
Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA')						
VS1	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la gestione della scorta aggiuntiva settimanale di farmaci e materiale sanitario presso il reparto (Beni Sanitari del Gruppo 120).				20,0	20,0
TOTALE parziale					20,0	20,0
Processo Interno: OBIETTIVI GOVERNO CLINICO						
PIO	Indicatore Prevenzione Infezioni Ospedaliere.				20,0	20,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.				20,0	20,0
TOTALE parziale					40,0	40,0
BUDGET DELL'INNOVAZIONE E INFORMATIVO - Referenti: Direzione Professioni Sanitarie - D.I.T. - U.R.P.						
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.				20,0	20,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale				20,0	20,0
TOTALE parziale					40,0	40,0
		PUNTEGGIO TOTALE			100,0	100,0
AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET						
Cod.	INDICATORE	REFERENTE		VALUTAZIONE		
1A	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 1. Elaborazione, revisione e pubblicazione sul portale del dipendente (cartella condivisa ASL4 Certificata ISO) dei documenti previsti dalla Norma ISO e dal Manuale Regionale di Accreditamento. 2. Invio annuale delle check per le raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure e del Carmina regionale di singola struttura.	Non si accede alla valutazione di Budget (punteggio complessivo = 0).		SS Qualità, accreditamento e risk management		
1B	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto del seguente adempimento: Partecipazione del Direttore di struttura e del Coordinatore delle Professioni Sanitarie (titolare di posizione organizzativa per le strutture tecnico/amministrative) agli audit interni, Safety Walk Round e FMEA se programmati all'interno della struttura di appartenenza.	Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale.		SS Qualità, accreditamento e risk management		
18	Condivisione degli obiettivi previsti nella scheda Budget con tutto il personale dirigente.	Caricamento della scheda Budget sul Portale del Dipendente - Procedure Sistema Qualità entro 30 giorni dalla discussione e verifica delle visualizzazione da parte del personale afferente alla struttura Non si accede alla valutazione di Budget		CCD / SS Qualità, accreditamento e risk management		
TOTALE					0,0	0,0

SCHEDA DIRIGENZA PTA / COMPARTO AMMINISTRATIVO							
			Responsabile	PUNTEGGIO assegnato ad ogni indicatore dopo la contrattazione			
Sigla Indicatore	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2025	NOTE INTEGRATIVE	Responsabile	Tit. Funzione Organizzativa	Tit. Funzione Organizzativa	Comparto
BUDGET ECONOMICO							
VSC	Vincolo di Spesa Investimenti e Vincolo di spesa corrente: riguarda la spesa massima sostenibile per Investimenti e per spesa corrente gestiti dalla struttura.	XXX	Spesa relativa a tutte le autorizzazioni di competenza (AUT.XXX - XXX-XXX).	15,0	10,0	10,0	5,0
TOTALE parziale				45,0	10,0	10,0	5,0
BUDGET DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI INNOVATIVI							
PO1	Progetto Obiettivo di interesse Aziendale.			20,0	20,0	25,0	10,0
PO2	Progetto Obiettivo di interesse Aziendale.			15,0	15,0	15,0	0,0
TOTALE parziale				35,0	55,0	55,0	10,0
BUDGET DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI AZIENDALI							
PO3	Progetto Obiettivo di interesse Aziendale.			10,0	15,0	20,0	50,0
PO4	Progetto Obiettivo di interesse Aziendale.			10,0	10,0	15,0	35,0
TOTALE parziale				20,0	35,0	35,0	85,0
PUNTEGGIO TOTALE				100,0	100,0	100,0	100,0

AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET							
Cod.	INDICATORE	VALUTAZIONE PER NON RAGGIUNGIMENTO	REFERENTE				
1A	Adempimento degli obblighi derivanti dall'applicazione della legge 190/2012 e dal d.lgs. N. 33/2013 in materia di anticorruzione e trasparenza	Rispetto degli obblighi di pubblicazione e programmazione delle misure di prevenzione corruzione e trasparenza. Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale	RPCT				
18	Condivisione degli obiettivi previsti nella scheda Budget con tutto il personale attraverso la sottoscrizione di un verbale di presa visione da parte del personale della struttura.	trasmissione della presa visione entro 30 giorni dalla data di negoziazione e sottoscrizione della scheda Budget secondo le modalità che verranno comunicate.	CCD				
19	Mappature del rischio relative ai trattamenti privacy della struttura. In collaborazione con l'Ufficio Privacy e con la SC Sistema Informativo.	Entro la scadenza concordata con la direzione amministrativa.	D.P.O. aziendale				
20A	Adempimenti anticorruzione / trasparenza	Aggiornamento del CV nella sezione Trasparenza del sito aziendale. Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 10 punti dal risultato finale del Direttore / Responsabile di Struttura e posizioni organizzative.	RPCT				
20B	Implementazione azioni di miglioramento post Audit interno	Breve relazione su format Aziendale	SC Medicina Digitale Qualità e Accreditamento				

Obiettivi/indicatori legati all'efficienza

Al fine della definizione iniziale degli obiettivi a livello aziendale, legati al volume dell'attività e ai vincoli di costo, sono individuati i seguenti VALORI:

- VOLUMI DI ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA;
- VOLUMI DI ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE;
- ALTRI VOLUMI DI ATTIVITA' (es. DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, ATTIVITA' ORGANIZZATIVO-AMMINISTRATIVE);
- COSTI DI BENI E SERVIZI (sanitari e/o non sanitari);
- altre voci di tipo economico rilevanti (es. TARIFFATO PER CONSULENZE/ESAMI PER INTERNI)
- VINCOLO DI EFFICIENZA dato dal rapporto tra volume di attività e costi per beni sanitari/non sanitari.

Si correlano a tali valori, indicatori legati all'efficienza dei processi di cura, quali il mantenimento/riduzione dell'indice di performance della degenza media, i tempi di attivazione delle prestazioni ADI a seguito di dimissioni, ecc. così come per il comparto sanitario indicatori quali il mantenimento/miglioramento dell'indice di rotazione delle scorte, ecc.

Obiettivi/indicatori legati all'efficacia

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

Tali indicatori di performance efficienza/efficacia, potranno essere integrati nella scheda di budget con obiettivi/indicatori che misurano l'apporto delle articolazioni aziendali nel conseguimento degli "obiettivi strategici" aziendali definiti in applicazione al presente PIAO e a quanto individuato come progetti nelle sue sotto-sezioni, in ragione della misurabilità, della coerenza con gli orizzonti temporali di programmazione e con la correlazione tra responsabilità / capacità del CDR di incidere nel conseguimento degli obiettivi. Si rimanda a quanto illustrato nei documenti del PIAO 2024-2026 e 2025-2027.

In particolare per l'anno 2026 sono tra gli obiettivi prioritari individuati dalla Direzione/Coordinamento di Area gli obiettivi di efficacia legati alla gestione delle liste d'attesa, nello specifico:

AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Specialistica Ambulatoriale	PROCESSO: Completezza delle prestazioni a Cup	Prestazioni prenotate a Cup regionale / Prestazioni erogate	Target 2026 crescita rispetto al 2025 A regime 100%
	PROCESSO: Saturazione Agende	Agende CUP sature < 95% / totale Agende	Target 2026 crescita rispetto al 2025 A regime 100%

	PROCESSO: Saturazione Agende	Agende controlli aperte oltre i 13 mesi / totale Agende	Target 2026 crescita rispetto al 2025 A regime 100%
	VOLUMI: Sviluppo della presa in carico dei pazienti	Prestazioni in Agende destinate al percorso oncologico (diagnosi, percorso cura, followup) 2026/2025 Prestazioni con esenzione 048 in agende di primo accesso 2026/2025	Target 2026 crescita rispetto al 2025 Target 2026 diminuzione rispetto al 2025
	VOLUMI: Incremento volume prestazioni offerte	Volume offerta a CUP 2026/2025	Target 2026 crescita rispetto al 2025
	ESITO: Incremento volume prestazioni offerte entro i tempi soglia	Prestazioni prenotate-proposte entro soglia / Prestazioni prenotate	Target 2026 crescita rispetto al 2025 95% classi B/D
	ESITO: Riduzione volume prestazioni “potenzialmente inappropriate” (per classe o per percorso)	Volume prenotazioni classi P di primo accesso / Volume prenotazioni totali Implementazione RAO	Target 2026 diminuzione rispetto al 2025 Da definire
Prestazioni chirurgiche programmate	PROCESSO: standardizzazione gestione delle liste d'attesa percorso chirurgico	Nuova regolamentazione definita e condivisa in tutta ATS	Entro il 30/09/2026
	PROCESSO: implementazione della “pre-lista di presa in carico”	Nuova regolamentazione definita e condivisa in tutta ATS Implementazione Software e messa a regime utilizzo	Entro il 30/06/2026 Entro il 30/09/2026
	PROCESSO: implementazione manutenzione liste d'attesa	Nuova regolamentazione definita e condivisa in tutta ATS Implementazione attività di pulizia liste	Entro il 31/05/2026 Entro il 30/09/2026
	VOLUMI: standardizzazione assegnazione volumi blocchi operatori	Nuova regolamentazione definita e condivisa in tutta ATS	Entro il 31/05/2026
	VOLUMI: incremento attività di blocco operatorio	Procedure-Ore erogate 2026/2025	Target 2026 crescita rispetto al 2025
	ESITO: Incremento volume prestazioni offerte entro i tempi soglia	Procedure con classi di priorità A-B oncologiche erogate entro soglia / totali Procedure con inserimento in lista d'attesa pre giugno 2024	Target 2026 > 95% Target 2026 azzeramento
	ESITO: Riduzione volume prestazioni “mal codificate” (per classe priorità)	Procedure codificate secondo nomenclatore / Procedure totali	Target 2026 crescita rispetto al 2025 A regime > 85%

	MONITORAGGIO: sviluppo dei flussi informativi per il monitoraggio percorso chirurgico	Nuova regolamentazione definita e condivisa in tutta Regione Liguria	Da definire
--	---	---	-------------

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

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

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

In particolare il processo di monitoraggio degli obiettivi per l'ANNO 2026 deve vedere queste fasi:

- aprile-dicembre ANNO 2026 (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): monitoraggio degli andamenti degli indicatori, segnalazione dei risultati intermedi ai CDR e confronto attivo sui risultati non a target; (Direzione/Coordinamento di Area – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): valutazione degli andamenti economici e definizione di eventuali politiche correttive;
- settembre ANNO 2026 (Centro Direzionale di Controllo - CDR): segnalazione anticipata di eventuali obiettivi/indicatori non conseguibili, non più attuali o comunque da stralciare o aggiornare – monitoraggio intermedio;
- gennaio-marzo ANNO 2027 (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): pre-valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi
- marzo – aprile ANNO 2027: (Centro Direzionale di Controllo – CDR– Referente dei singoli obiettivi di budget) confronto sugli indicatori non a target e valutazione delle motivazioni di mancato raggiungimento relativamente alle schede del comparto sanitario e delle strutture amministrative;
- giugno ANNO 2027 (OIV) certificazione del livello di raggiungimento delle performance di equipe relativamente alle schede del comparto sanitario e delle strutture amministrative;
- aprile – maggio ANNO 2027 : (Centro Direzionale di Controllo – CDR– Referente dei singoli obiettivi di budget) confronto sugli indicatori non a target e valutazione delle motivazioni di mancato raggiungimento relativamente alle schede della dirigenza sanitaria;
- giugno ANNO 2027 (OIV) certificazione del livello di raggiungimento delle performance di equipe relativamente alle schede della dirigenza sanitaria.

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

VP12 – TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE



P02 – PIANO TRIENNALE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

Si precisa che il presente documento è stato posto in consultazione agli stakeholder dall'11/12/2025 al 29/12/2025. Al termine del periodo di consultazione non sono pervenute osservazioni

Sezione RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

SEZIONE DATI ANAGRAFICI

RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Michela Ferlenghi
Direttore S.C. Formazione e Info Comunicazione
Nomina con delibera Asl4 n. 544 del 23/07/2024
tel 0185 329267 mail: anticorruzione@asl4.liguria.it

ASSISTENTE RPCT

Anna Conti – Collaboratore presso SC Affari Generale e Legali
Nomina con delibera Asl4 n. 544 del 23/07/2024

REFERENTI IN ASL 4 PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

	DIRIGENTE	INCARICO DI FUNZIONE - COORDINATORE
Affari Generali e Legali	M. Greco	A. Cavanna
Risorse Umane	N. Corte	E. Vallerio
Bilancio e Contabilità	N. Corte	F. Dondero
Beni e Servizi	M. Greco	D. Pinna Nossai
Patrimonio e Gestione Tecnica	F. Goretti	G. Venturino
Sistemi Informativi ASLli	C. Ulivi	M. Canepa – P. Raffo
Ingegneria Clinica	V. Lizzio	
Formazione e Info- Comunicazione	M. Ferlenghi	V. Sanguineti E. Molinaro D. Garaventa – M. Ghiozzi
Igiene e Sanità Pubblica	C. Sticchi	E. Bettoni
Igiene Alimenti	E. Bosia	
Sanità Animale	A. Lima	
Igiene Prod. origine animale	E. Bosia	
PSAL - Sicurezza Ambienti di lavoro	G. Mercurio	Castagnola L. - Gatti M.A.
Medicina Legale	N. Fadda	
DMPO	B. Mentore	
DSMD - Sert	M.E. Secchi – S. Valente	E. Vescio – T. Bonomi
NPIA	G. Gai	
Salute Mentale	P. Severino	D. Tosi
Disabili Adulti	M.E. Secchi	
RSA area Anziani	M.E. Secchi - B. Dijk	A. Pelizzari – S. Baldini
Farmacia	S. Peri	
Distretti 14 15 16	D. Mortello	C. Ferretto – I. Dondero - M. Testoni
Centro Direzionale di Controllo	A. Brioschi	F. Cuneo – F. Kesisoglu

Al momento della redazione del presente documento era in fase di approvazione a livello regionale il d.d.l 85 del 10/11/2025 che apporta modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41. Il disegno di legge approvato con LR n. 18 del 12/12/2025 prevede la creazione di un'unica ASL regionale sociosanitaria, denominata ATSL ASL Tutela della Salute Liguria nella quale sono state incorporate per fusione tutte le aziende sanitarie liguri.

Il presente piano assume pertanto la valenza di piano di area e non di piano ASL.

Si fa rinvio al Piano Nazionale anticorruzione 2025-2027, alle Linee Guida sul PIAO e al report del PIAO,

Contesto interno

Si fa rinvio alla sezione 3,1 del PIAO "Organizzazione e capitale umano"

I Dirigenti vigilano sull'osservanza del Codice disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento ASL, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari; applicano le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e gli indirizzi elaborati e diffusi dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e di essa si tiene conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

I dipendenti sono tenuti a:

- a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- b) osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di Comportamento ASL;
- d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione, secondo gli indirizzi forniti dal RPCT;
- e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di Comportamento ed avvalendosi degli strumenti messi a disposizione dal RPCT;
- f) partecipare alle iniziative formative di volta in volta predisposte dall'ASL.

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):

- a) Valuta il sistema di misurazione della performance, proponendo azioni di miglioramento al fine di tener conto della osservanza del PIAO e delle sue misure attuative;
- b) esprime il proprio parere obbligatorio sulla proposta di Codice di Comportamento ASL ai sensi dell'art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii.;
- c) svolge i compiti di monitoraggio connessi all'attività di prevenzione della corruzione in relazione alla misura generale obbligatoria della trasparenza amministrativa, ai sensi degli artt. 43 e 44 del D.Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari oltre ad esercitare le funzioni proprie delineate dall'art. 55 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i., svolge una funzione propositiva in relazione all'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Ente:

- a) propone, sulla base dell'esperienza realizzata, la revisione periodica del Codice di Comportamento;
- b) provvede ad assicurare le tutele di cui all'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165 del 2001.

Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio è il soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF.

In data 16.06.2020 è stata emessa la procedura AZ/PR/RPCT/01, costituente revisione della precedente, ed è stato individuato il nuovo Gestore interno, in applicazione del generale principio di rotazione.

Il Gestore attualmente individuato è **l'Ing. Cristina Ulivi, direttore S.C. Sistemi Informativi ASLli.**

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD – DPO)

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

Tale incarico è stata affidato a seguito di procedura ad evidenza pubblica all'**Avv. Isabella Lucati.**

Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata la figura di RASA. nel **Dott. Maurizio Greco, direttore a scavalco S.C. Beni e Servizi.**

Contesto esterno

Si fa riferimento alla sezione del PIAO “2,1 Valore Pubblico”.

Agli **stakeholders esterni** va riconosciuto un ruolo centrale in quanto il concetto di rendicontazione della *performance* è inteso nell’accezione di “rendicontazione sociale”, che è lo strumento col quale l’amministrazione risponde alle esigenze di *accountability*, relazionando sulle ricadute sociali delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate.

I PROVVEDIMENTI DELLA REGIONE LIGURIA E IL GRUPPO DI LAVORO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'attenzione al tema della trasparenza e della prevenzione della illegalità in ambito sanitario è per la Regione Liguria un fattore essenziale per l'organizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni adeguati ai bisogni di salute dei cittadini liguri, ferma restando la necessità di mirare ad un continuo incremento della quantità e della qualità della offerta stessa.

Con **deliberazione della Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021** è stato ridefinito il ruolo del Gruppo di Lavoro interASL per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza istituito da Alisa (oggi Liguria Salute) nel 2016, prevedendo che la sua attività afferisca direttamente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali, al fine di:

- a. dare applicazione uniforme alle direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario;
- b. rafforzare la già avviata collaborazione del Gruppo con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (in seguito anche RPCT) di Regione Liguria.

Il gruppo è composto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali o suo delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di Liguria Salute e delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del S.S.R., ed è coordinato dal RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino con funzioni di coordinamento strategico tra il Dipartimento e il Gruppo stesso.

Con **Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 3/07/2023** avente ad oggetto: *"Gruppo di lavoro interASL per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla D.G.R. n. 957/2021 e ai D.D.G. n. 7878/2021 e n. 4115/2023: approvazione obiettivi 2023 e costituzione Tavolo di lavoro ristretto"*, è stato altresì costituito un Tavolo di lavoro ristretto che prevede la partecipazione – tramite il proprio RPCT oppure l'assistente al RPCT stesso – della ASL 3, della ASL 4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini al fine di rappresentare al meglio tutte le tipologie di Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. di cui alla L.R. n. 41/2006 e ss.mm.ii..

Il coordinamento dello stesso è stato affidato al RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino che riferirà al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

OBIETTIVI STRATEGICI PER IL 2026

Sulla base delle indicazioni stabilite dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, sono stati di concerto definiti i seguenti obiettivi per l'anno 2026:

OBIETTIVI STRATEGICI (sezione Rischi corruttivi e Trasparenza) del PIAO 2026/2028

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'anticiclaggio e alla verifica del Titolare effettivo.
- Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo intra-ASL 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.

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 delle 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'integrità, 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 antiriciclaggio.

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 TrasparenzaAI 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 intraSL 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.

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.

Settore sanitario

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare.

A tal fine l'Autorità Nazionale Anticorruzione con il PNA aggiornamento 2015 e PNA 2016 ha dedicato alla sanità un apposito approfondimento con l'obiettivo di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

L'analisi è stata condotta anche sulla base delle fonti più rilevanti quali Rapporti del Ministero della Salute, della Regione Liguria e di Liguria Salute, nonché Rapporti e analisi della Corte di Conti e ANAC.

Dal punto di vista sanitario la Liguria è organizzata in 5 Aree Sociosanitarie territoriali facenti capo ad una ASL Tutela salute, 1 ASL ospedaliera Metropolitana che comprende l'Ospedale Policlinico San Martino il Villa Scassi, l'Istituto Gaslini, 2 Enti ospedalieri convenzionati (Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale), oltre agli istituti di ricovero e alle strutture sociosanitarie private accreditate.

Dal 1° Gennaio 2026 è operativa la riforma e pertanto il presente piano viene redatto come piano di Area Sociosanitaria n. 4. I reati contro la P.A. previsti dal Codice Penale – Dati consolidati di fonte SDI/SSD - Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, sono sotto la media nazionale e non risulta che vi siano nel sistema sanitario regionale infiltrazioni da parte di organizzazioni criminali.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, (PNRR), all'Italia sono stati assegnati 191,5 miliardi destinati all'innovazione e alla digitalizzazione, alla transizione ecologica, alla mobilità sostenibile, all'istruzione e la ricerca, alla sanità e infine all'inclusione e alla coesione. Nell'ambito delle risorse assegnate alla Liguria, che ammontano a circa 1.600.000 euro, per la sanità ligure sono stati destinati 188 milioni di euro. Saranno spesi per la digitalizzazione dei sistemi ospedalieri, lo sviluppo di case e ospedali di comunità, l'adeguamento antisismico delle strutture e l'ammodernamento tecnologico.

L'arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione costituisce un momento cruciale in quanto le misure di contenimento e di rilancio possono generare nuove opportunità criminali:



Per quanto attiene la gestione dei fondi del PNRR occorre svolgere una sempre più incisiva attività di controllo riguardo la Missione 6 “Salute”, con riferimento alla quale le Regioni sono destinatarie di risorse con il D.M. 20 gennaio 2022, da parte del Ministero della Salute.

Occorre inoltre rivolgere sempre particolare attenzione sugli aspetti comportamentali aventi per lo più effetti di natura amministrativa/disciplinare.

Questi settori di attività necessitano pertanto di essere continuamente presidiati in maniera attenta mediante una approfondita mappatura dei processi e il potenziamento di efficaci misure di controllo e l’implementazione dell’attività di formazione specifica.

Un ruolo fondamentale infine è rivestito dagli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che possono intervenire sia avvalendosi degli strumenti di segnalazione degli illeciti messi a disposizione dall’Amministrazione sia in termini partecipativi e propositivi con osservazioni e suggerimenti contribuendo così al miglioramento continuo dei processi ASL anche al fine di renderli maggiormente trasparenti.

IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Consente l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

Analisi del contesto esterno e interno

A. Mappatura dei Processi

B. Analisi e Valutazione del Rischio

C. Misure di Prevenzione

D. Monitoraggio e Riesame

A. MAPPATURA DEI PROCESSI

Con il PNA 2019 - allegato 1 recante "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", ANAC ha fornito indicazioni sulla "mappatura" dei processi. Tale procedura delinea un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e il loro effettivo svolgimento, che deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Essa rappresenta un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide nella qualità complessiva della gestione del rischio.

E' compito di ciascun responsabile di Struttura, competente nella gestione dei processi, procedere all'analisi costante e periodica verifica delle attività allo scopo di creare il cd. "catalogo dei rischi" e mantenerlo costantemente aggiornato, unitamente alle iniziative intraprese per la riduzione degli stessi. Bimestralmente è fornita l'occasione di confronto con il RPC.

Nel corso degli anni sono stati individuati i principali settori e i rischi di corruzione emergenti per i quali Asl 4 ha ritenuto necessario effettuare specifiche mappature dei processi.

In considerazione dell'evoluzione storica, del consolidamento delle procedure e degli aggiornamenti della normativa in materia, si è ritenuto opportuno mantenere le aree principali e inglobare i processi a rischio covid, diventati ordinari.

La mappatura è stata quindi estesa ad altre aree, pervenendo ad identificare un elenco definitivo come segue:

Affari Generali e Legali

Risorse Umane

Bilancio e Contabilità

Beni e Servizi

Patrimonio e Gestione Tecnica

Direzione Medica Presidio Ospedaliero AAO

Qualità e Accreditamento

Farmacia

Distretti

Servizio Tossicodipendenze e Comportamenti d'Abuso

Disabili

Igiene e Sanità Pubblica

Igiene Alimenti e Nutrizione

Igiene Alimenti di Origine Animale

Sanità Animale

Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Medicina Legale

L'attuale mappatura consta di n. 32 schede, complessivamente raccolte sotto il SUB- allegato P02A.

Ovviamente la mappatura realizzata non può essere considerata esaustiva e necessita di continui approfondimenti oggetto delle azioni di miglioramento delle singole strutture.

B. ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

1. Analisi del rischio: approccio qualitativo modello “Global Impact”

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2021 per la valutazione del rischio di corruzione dei processi, concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all’interno dell’iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact, oltre alle disposizioni contenute nell’Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019 contenente le Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.

Sulla base della predetta documentazione, in una logica di semplificazione e di chiarezza nell’ambito delle metodologie consentite dall’all.to. n 1 del PNA 2019, si è optato di valutare il processo nella sua interezza e non le singole fasi di cui è composto, riducendo quindi i tempi per la valutazione e l’analisi.

Infatti il metodo proposto, pur rispettando le indicazioni di ANAC, fornisce motivazioni standard precostituite per ogni valutazione di rischio. Si descrive di seguito la procedura adottata.

Il metodo “Global Impact” prevede due indicatori, denominati “probabilità” e “impatto”, ognuno dei quali è composto da più variabili:

la **PROBABILITÀ** consente di valutare quanto è probabile che l’evento rischioso accada in futuro.

l’**IMPATTO** valuta l’effetto qualora il rischio si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità) si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili caratterizzati da un nesso di causalità tra l’evento rischioso e il relativo accadimento:

PARAMETRI INDICATORE PROBABILITÀ

- p1 – discrezionalità
- p2 – coerenza operativa
- p3 – rilevanza interventi esterni
- p4 – livello di opacità del processo
- p5 – eventi sentinella
- p6 – misure di prevenzione
- p7 - segnalazioni, reclami
- p8 – gravi rilievi
- p9 – ruoli di responsabilità

PARAMETRI INDICATORE IMPATTO

- i1 – impatto sull’immagine dell’ente
- i2 – impatto in termini di contenzioso
- i3 – impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
- i4 – danno generale

Al fine di rendere applicabile la metodologia proposta sono state attuate le seguenti fasi (di cui solo la prima risulta di competenza delle Strutture di Area mentre le altre sono riservate al RPCT sempre con lo scopo di ridurre gli obblighi in capo alle Strutture di area):

- Misurazione (qualitativa) del valore di ciascuna delle variabili (P e I), sopra indicate, attraverso valutazioni espresse **dai Referenti e dai gruppi di lavoro** dei singoli uffici/settori afferenti ai processi oggetto di valutazione mediante l’utilizzo di una scala di misura uniforme di tipo ordinale articolata in ALTO, MEDIO, BASSO e sulla base delle motivazioni preimpostate presenti sul file “descrizione parametri probabilità e impatto” (e inserito nella cartella di rete condivisa relativa all’aggiornamento del rischio 2021 e denominata: 2)analisi del rischio).
- Valutazione complessiva (sintesi del valore sintetico) dei valori delle variabili di entrambi gli indicatori da parte del **RPCT** attraverso l’impiego di un indice di posizione, la “moda”, ovvero il valore che si presenta con maggiore frequenza. Nel caso in cui i due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito individuare comunque il più alto dei due (conformemente al principio di prudenza richiesto da Anac).

- Attribuzione di un livello di rischio, a ciascun processo articolato considerato, sulla base di una matrice di rischio (già impiegata per il calcolo del rischio del 2020) che risulta strutturata applicando, anche in questo caso, la “moda”, al valore degli indicatori di probabilità e di impatto ottenuto nella fase precedente. La matrice, di seguito riprodotta, risulta articolata su sei livelli: rischio altissimo, alto, medio, basso, molto basso. Attraverso l’incrocio della sintesi del valore sintetico dei due indicatori si ottiene il livello di rischio complessivo del processo:

MATRICE DI RISCHIO	IMPATTO				
PROBABILITA'	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
ALTISSIMA	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
ALTA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
MEDIA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
BASSA	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
MOLTO BASSA	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO

struttura (indicare la Struttura)	PROCESSO (INDICARE IL PROCESSO)	PROBABILITA'										IMPATTO					LIVELLO DEL RISCHIO
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Giudizio probabilità	I1	I2	I3	I4	Giudizio impatto	
Nome Struttura	Individuazione docenti per attività formativa interna	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		
Nome Struttura	Corso di Formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		
Nome Struttura	Assegnazione borse di studio	MEDIO	BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		

2. La ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell’ente in una delle fasce di rischio consente di definire il rischio “lordo” (intrinseco), ovvero il rischio che è presente nell’organizzazione in assenza di misure idonee a contrastarlo, individuando allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

L’analisi del rischio consiste nel calcolare il livello di rischio in termini di probabilità del suo effettivo verificarsi, e di impatto sull’ente: analizzare il rischio significa, mediante apposita procedura, assegnare un valore numerico ai rischi.

Tenendo conto delle attività poste in essere dall’Asl 4 nell’attuazione dei propri fini istituzionali e valutandole in relazione al diverso livello di esposizione al rischio, nell’ambito delle operazioni di mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione è stata approfondita ed è stata effettuata una dettagliata analisi del contesto interno che unitamente agli strumenti resi disponibili dall’ANAC ha facilitato una più approfondita analisi delle aree a rischio di corruzione.

Nel corso del 2021 i criteri di valutazione del rischio sono stati rivisti ed adeguati alle Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi contenute nella Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 di approvazione del PNA 2019, sulla base delle linee guida che sono state fornite dal Gruppo Regionale e dopo l’espletamento dello specifico Corso di Formazione FAD descritto in seguito.

C. MISURE DI PREVENZIONE

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire/contenere i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è incentrata nella progettazione e nell’attuazione delle misure di prevenzione: devono essere previste misure specifiche e scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. Il principio legato all’applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Ciascuna misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dell'amministrazione. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Nei prospetti contenenti la mappatura dei processi a rischio sono state indicate per ciascuna area le misure di prevenzione per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, le fasi di attuazione, la tempistica per l'introduzione e l'attuazione, le responsabilità connesse all'attuazione della misura con l'indicazione dei responsabili, gli indicatori di monitoraggio.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 ha adottato le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia **specifiche** che **generali** per ogni singolo processo e le modalità di attuazione e di monitoraggio, con descrizione di almeno i seguenti elementi:

- tempistica, con l'indicazione delle fasi per l'attuazione;
- responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa; diversi uffici possono essere responsabili di una o più fasi di adozione delle misure;
- indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, Asl 4 adotta le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia generali che specifiche per ogni singolo processo.

* * *

Le **MISURE GENERALI** adottate da Asl 4 sono invece di seguito meglio descritte.

a. **MISURE DI TRASPARENZA**

Le misure di trasparenza devono essere conformi alle linee guida approvate da ANAC con particolare riferimento alla deliberazione n. 1309 del 28/12/2016. Inoltre deve essere prevista la periodicità degli aggiornamenti dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e l'indicazione dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione ai sensi del novellato art. 10 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Oltre al costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione Amministrazione Trasparente, nel corso degli anni sono state adottate le seguenti misure di trasparenza che si confermano anche per il 2026, specificando le variazioni che si sono rese opportune alla luce dell'evoluzione normativa e del contesto.

a.1 Modulistica omogenea in materia di Anticorruzione

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, con Deliberazioni assunte nel tempo, A.Li.Sa. (oggi Liguria Salute) e Regione Liguria hanno approvato gli schemi della modulistica omogenea e semplificata per tutte le aziende del S.S.R. elaborati dal Gruppo di lavoro sull'applicazione della normativa e trasparenza nelle Aziende Sanitarie, ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sui Siti Istituzionali previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, che sono stati adottati uniformemente dalle Aziende Sanitarie della Regione per l'adempimento dei suddetti obblighi.

Il RPCT e i Dirigenti delle Strutture interessate provvedono nei tempi e nei modi previsti dalla legge, alla raccolta dei suddetti moduli debitamente compilati dai soggetti interessati, ed alla successiva pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito internet di area, ove prescritto, come dettagliatamente riportato nella tabella relativa agli obblighi di pubblicazione (**SUB-ALLEGATO P02B**)

Il RPCT, oltre ad effettuare gli adempimenti di propria competenza, conduce verifiche sul corretto utilizzo e pubblicazione da parte delle altre Strutture, oltre a fornire indicazioni sull'utilizzo della modulistica stessa.

a.2 In particolare, nuovi rischi si profilano con l'erogazione dei finanziamenti previsti dal PNRR

Al fine della corretta rilevazione contabile e tracciamento del finanziamento, si è provveduto a creare una causale apposita (PNRR).

Regione Liguria con nota PG 21121/22 ha comunicato di aver istituito appositi capitoli di entrata/spesa nel bilancio regionale e con mail successiva ha proposto la creazione di conti nuovi in funzione delle diversi fonti di finanziamento e cofinanziamento e ha dato indicazioni contabili per la registrazione dei finanziamenti, del loro utilizzo e della futura sterilizzazione.

Al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati ad Asl 4, è stata creata la sottosezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Progetti PNRR".

Il Gruppo Regionale RPCT ha previsto, tra le altre misure, la realizzazione, di una mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione dei rischi dei processi afferenti agli investimenti PNRR, con particolare riferimento alla esecuzione del contratto (nota di Regione Liguria prot. 57873 del 14/11/2025).

b. MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e di contrasto della corruzione prescritte dalla normativa vigente e dal P.N.A., assume particolare rilevanza l'elaborazione, l'adozione e l'aggiornamento di uno specifico Codice etico e di comportamento ASL che deve, tra l'altro, affiancarsi e integrare il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento ASL era stato adottato con deliberazione n. 201 del 18.11.2016. Con deliberazione n. 591 del 22.10.2021 è stato approvato il testo preliminare del nuovo codice di comportamento di Asl 4, ai sensi della normativa vigente ed in particolare dalle "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" approvate con determina ANAC n. 177 del 19/02/2020.

Il testo è stato aggiornato sulla base del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e del modello elaborato e approvato dal Gruppo regionale tenendo presenti i seguenti obiettivi:

- L'importanza dell'integrità del pubblico dipendente al fine di prevenire episodi di malamministrazione e di corruzione;
- L'armonizzazione del Codice di comportamento con le previsioni e gli obiettivi contenuti del Piano di prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, con particolare riferimento al rispetto degli adempimenti in materia di Prevenzione della corruzione;
- La semplificazione dei contenuti e degli obblighi presenti, eliminando, per quanto possibile, la modulistica non strettamente necessaria e gli adempimenti esclusivamente burocratici;
- L'adeguamento ai cambiamenti organizzativi conseguenti a situazioni di emergenza.

Le innovazioni più significative contenute nel documento sono:

- L'inserimento di nuove disposizioni riguardanti i dipendenti addetti a vario titolo alla prenotazione di visite, esami, prestazioni diagnostiche, specialistiche, ambulatoriali, ricoveri e al personale sanitario;
- L'inserimento di nuove disposizioni conformi alla normativa nazionale e regionale, oltre ai provvedimenti organizzativi dell'ASL, per far fronte all'emergenza Covid ed in generale a tutte le situazioni emergenziali;
- L'adeguamento dei contenuti rendendoli più flessibili rispetto alle nuove formule organizzative del lavoro (es. *smart working*);
- L'adeguamento alle indicazioni nazionali e regionali in materia di conflitto di interessi e l'applicazione delle relative Linee guida emanate da A.Li.Sa;
- La previsione di specifiche dichiarazioni riguardanti l'esistenza di interessi economici significativi nello svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'approvazione della nuova modulistica contenente le suddette dichiarazioni da rendersi da parte dei professionisti, degli sponsor e dei promoter.
- L'utilizzo dei social e i rapporti con i media;

La finalità principale del lavoro è stata quella di superare la mera enunciazione delle previsioni del Codice di Comportamento Nazionale D.P.R. n. 62/2013 e di creare un documento duttile e snello adattato alla realtà dell'ASL e tale da favorire l'osservanza dei principi in esso contenuti.

Con successiva **deliberazione n. 353 del 10/06/2025**, a seguito della procedura partecipativa (pubblicazione avviso sul portale Internet e sul portale del Dipendente, informativa alle OO.SS.), acquisito il parere favorevole dell'OIV, si è proceduto **all'approvazione definitiva dell'aggiornamento del codice di comportamento ASL** ed alla diffusione a tutti i dipendenti.

c. MISURE DI FORMAZIONE

La misura è costantemente oggetto di studio e aggiornamento e viene attuata in modo uniforme in ambito regionale mediante la realizzazione di programmi di formazione regionale rivolti.

Nel 2025 sono stati erogati mediante piattaforma Asl i seguenti corsi in modalità FAD:

- **"La legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione" e Codici di Comportamento e cultura dell'integrità rivolto a tutti i dipendenti.**

- **"Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC"** rivolto ai dirigenti/coordinatori/funzionari delle strutture sanitarie maggiormente esposte a rischio corruzione
- **Conflitto di interessi, inconferibilità e incompatibilità** rivolto a tutti i dipendenti
- **Antiriciclaggio: collegamenti e affinità con la prevenzione della corruzione per la concreta attivazione dei controlli** rivolto a tutti i dipendenti.
- **Whistleblowing**: corso FAD rivolto a tutti i dipendenti

d. MISURE DI SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE

Uno strumento di partecipazione particolarmente efficace è costituito dalle procedure di consultazione per l'adozione del PTPC, del codice di comportamento e degli altri atti in cui un contributo degli *stakeholders* può essere determinante sia nei suggerimenti per la redazione del documento, sia nella facilità di applicazione di un documento previamente condiviso.

Nei casi prescritti da normativa/regolamento o, comunque, ritenuti meritevoli di condivisione, Asl 4 provvede a pubblicare sul proprio sito internet un avviso agli *stakeholders* chiedendo contributi e suggerimenti.

Un ulteriore strumento di sensibilizzazione e partecipazione nei confronti di tutti i dipendenti e di tutti coloro che ne hanno l'accesso (collaboratori, organismi, ecc....) è costituito dalla rete Intranet ASL, sulla quale è presente una sezione dedicata alla modulistica in materia di Anticorruzione e trasparenza

e. MISURE DI SEGNALEZIONE E PROTEZIONE

e1. Gestione del Whistleblowing

In ottemperanza alle disposizioni vigenti, fin dal 2019 Asl 4, a seguito delle indicazioni del Gruppo di lavoro regionale, si è dotata di una piattaforma per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing denominata *Whistleblowing PA* e fornita da *Transparency International*, sistema risultato più adeguato ed economico a seguito di verifica condotta in concorso con i responsabili ICT.

Successivamente, la deliberazione ANAC datata 09/06/2021, n. 469 recante "Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D.lgs. 165/01" ha previsto l'adozione delle nuove linee guida sull'argomento che recepiscono - a loro volta - i principi della Direttiva (UE) 2019/1937 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione".

Le Linee Guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sull'applicazione della normativa in materia di whistleblowing e sono rivolte alle PA e agli altri enti indicati dalla legge tenuti a prevedere misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza e prevedono l'adozione di uno specifico regolamento per la gestione delle segnalazioni che deve stabilire con chiarezza i seguenti punti:

- ✓ presa in carico della segnalazione
- ✓ valutazione dell'ammissibilità della segnalazione
- ✓ inammissibilità della segnalazione
- ✓ titolare dell'istruttoria
- ✓ modalità e tempi dell'istruttoria
- ✓ conclusione del procedimento
- ✓ forma della conclusione del procedimento

Inoltre deve essere garantito il rispetto della privacy del segnalante (in caso la segnalazione non sia anonima).

Conseguentemente, è stata elaborata **la procedura ASL "SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE E DI IRREGOLARITA' NELLA ASL SOCIOSANITARIA LIGURE 4" con le istruzioni operative, rubricata con n. AZ PR RPCT 02 rev. 1** diffusa a tutti i dipendenti in data 10 gennaio 2022 e aggiornata in data 30/05/2024.

Per il 2025 è stato attivato un percorso di adeguata informazione e di conoscenza dell'istituto del whistleblowing, attraverso formazione specifica riguardo alla nuova normativa che recepisce la direttiva europea n. 2019/1937 (D.Lgs n. 24/2023), evidenziando i diritti e le tutele dei whistleblower e assicurando che il personale sia informato sulle modalità e gli strumenti di segnalazione disponibili.

Il corso sarà erogato su piattaforma FAD anche nel 2026.

e2. Disposizioni e procedure in materia di comunicazione di operazioni sospette (Antiriciclaggio)

Il sistema normativo italiano in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo prevede che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette, sulla base di istruzioni dettate dalla stessa UIF con propri Provvedimenti.

L'ottemperanza alle suddette disposizioni si rende ancora più attuale e necessaria in questo periodo emergenziale nel quale si verificano ingenti flussi di denaro derivanti dalle donazioni e dagli acquisti in deroga alle procedure previste dal codice dei contratti.

Responsabile

Il Responsabile della segnalazione è il Direttore/Responsabile di ogni struttura ASL che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione, che risponde, in quanto tale:

- dell'applicazione della presente procedura nelle attività di competenza,
- della segnalazione al Gestore delle operazioni/transazioni sospette o su cui possano sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza,
- della completezza e della correttezza del contenuto delle segnalazioni trasmesse per la parte di specifica competenza, al fine di supportare il gestore nelle valutazioni a lui attribuite.

Gestore

E' il referente delle segnalazioni di operazioni sospette, delegato dal Legale Rappresentante dell'ASL a trasmettere le segnalazioni alla UIF ed a garantire i compiti di cui alla vigente normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo.

Il Gestore verifica le risultanze delle segnalazioni svolte ed argomentate dai Responsabili, eventualmente con il supporto della S.C. Bilancio e Contabilità, dopodiché:

- in caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione,
- in caso di decisione positiva, provvede alla compilazione ed all'invio della segnalazione di operazione sospetta all'UIF, a mezzo della postazione Infostat, senza indicazioni dei nominativi dei segnalanti.

Qualora non già avviata dal Responsabile segnalante, il Gestore verifica la presenza dei presupposti per denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Il Gestore mantiene apposito archivio di tutte le segnalazioni di operazione sospetta prese in carico.

Ai sensi dell'art. 6, comma 7 lett. c), del D.Lgs. n. 231/2007, la UIF, avvalendosi delle informazioni acquisite nello svolgimento delle proprie attività, può sospendere, anche su richiesta del Nucleo speciale di Polizia valutaria della Guardia di Finanza, della DIA o dell'Autorità Giudiziaria, per un massimo di 5 giorni lavorativi, sempre che ciò non pregiudichi il corso delle indagini, operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora ricorra la circostanza della sospensione dell'operazione, è fatto divieto a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASL di informare la controparte soggetta alle relative indagini.

Per quanto qui non riportato si rimanda alla procedura ASL **AZ/PR/RPCT/01 Rev. 0.**

Asl 4, con **procedura AZ/PR/RPCT/01 del 16.06.2020**, recante revisione di precedente, ha approvato la documentazione e gli atti che gli Enti e le Aziende Sanitarie devono adottare per ottemperare alle suddette disposizioni e aggiornare gli atti precedentemente adottati, individuando le procedure, modalità di segnalazione delle operazioni sospette e soggetti responsabili al fine di garantire l'efficacia nella rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione e l'omogeneità dei comportamenti.

Inoltre ha provveduto alla designazione dell'Ing. Cristina Ulivi, direttore della S.C. Sistema Informativo quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal giugno 2020 al giugno 2023, e dei Responsabili della segnalazione che, in considerazione della complessità organizzativa dell'ASL, sono individuati nei Direttori delle seguenti aree di rischio e singole strutture:

- A. S.C. Bilancio e Contabilità
- B. S.C. Beni e Servizi
- C. S.C. Gestione Tecnica
- D. S.C. Affari Generali e Legali
- E. S.C. Sistema Informativo

I suddetti Referenti/Responsabili sono tenuti a segnalare al Gestore le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018.

Come sopra specificato, nel 2023 è iniziata l'erogazione di uno specifico corso di formazione, al fine di consentire ai Responsabili delle segnalazioni di individuare gli indicatori di anomalia e rendere efficaci le sopradescritte disposizioni. La formazione è proseguita nel 2024.

A novembre 2025 è stato realizzato a cura del Gruppo regionale RPCT, un evento formativo specifico dedicato all'approfondimento della normativa in materia di antiriciclaggio nelle aziende sanitarie, con particolare riguardo all'applicazione dell'art. 10 del Dlgs 231/2007 in merito all'obbligo di segnalazione di operazioni sospette.

f. MISURE DI ROTAZIONE

La rotazione del personale, come misura di prevenzione della corruzione all'interno delle PP.AA., viene introdotta dall'art. 1, comma 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere ad ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari». Viene così previsto dal legislatore l'istituto della c.d. "Rotazione Ordinaria" del personale che verrà poi richiamato espressamente dalle Linee Guida adottate dal comitato Interministeriale (D.P.C.M. 16 gennaio 2013) come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione.

L'adozione della misura della "Rotazione" viene intesa come criterio organizzativo di carattere generale applicabile a tutto il personale, come rimedio preventivo alla corruzione e alle cattive pratiche favorite dal fatto di occuparsi per lungo tempo delle stesse attività e non ultimo come strumento finalizzato a contribuire alla formazione del personale accrescendo la preparazione e le conoscenze dei singoli lavoratori.

L'attuazione pratica di tale principio presenta particolari difficoltà nell'ambito di Asl 4.

Infatti, non potendo applicare il principio generale alle professioni specialistiche, per le quali è altresì prevista l'iscrizione ad un ordine o albo, l'ambito di applicazione si restringe alla sfera della dirigenza amministrativa allargata a quella dei collaboratori amm.vi titolari di incarico di funzione.

L'organico di Asl 4 è particolarmente inadeguato a rendere pienamente operativa la misura, in quanto l'organigramma ASL prevede n. 6 Strutture Complesse amministrative (Bilancio, Formazione e Info Comunicazione, Affari generali, Risorse Umane, Beni e Servizi e Gestione Tecnica), in presenza – al momento di assunzione del presente Piano – di n. 4 dirigenti amministrativi (4 di S.C. di cui due a scavalco su due SC)

g. MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

Vengono applicate le "Indicazioni operative" emanate da A.Li.sa su proposta del gruppo interASL degli RPCT della Aziende ed Enti sanitari della Regione Liguria, e relative alle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alla sussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità per gli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio di seguito meglio descritte.

Come sopra specificato, nel 2023 è iniziata l'erogazione di uno specifico corso di formazione sul conflitto di interesse in Sanità, al fine di rendere efficaci le sopradescritte disposizioni. La formazione è proseguita nel 2024, nel 2025 e proseguirà anche nel 2026.

g1. Inconferibilità e incompatibilità

1. Applicabilità della disciplina in materia di inconferibilità/incompatibilità agli incarichi dirigenziali svolti negli enti del servizio sanitario

Sulla base delle suddette disposizioni e dell'interpretazione di ANAC, gli incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione delle stesse sono quelli che comportano *"l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione"*.

Conseguentemente, il legislatore, nella volontà di restringere l'applicazione della disciplina sulla inconferibilità e incompatibilità agli incarichi dirigenziali aventi le suddette caratteristiche, ha ritenuto che in ambito sanitario i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale dell'ASL sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, socio sanitario e/o scientifico in quanto titolari di competenze di gestione.

In questa direzione, nella delibera ANAC n. 149/2014 e nella sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, è stato stabilito che per gli enti del S.S.N. la norma doveva applicarsi alle figure apicali intese come la Direzione strategica (Direttore generale, amministrativo, sanitario, socio sanitario e/o scientifico).

All'uopo è stato predisposto specifico modulo per la relativa dichiarazione.

Successivamente, a seguito di richiesta di parere da parte del Policlinico relativamente ad una situazione specifica, ANAC con Deliberazione n. 713 del 4 agosto 2020 ed in continuità con l'orientamento espresso in altri recenti provvedimenti, ha stabilito che il regime sull'inconferibilità/incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. applicabile

alla Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie, deve intendersi esteso anche ai dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle suddette Aziende in quanto anch'essi sono titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

Conseguentemente, è stato ritenuto necessario adottare un ulteriore modulo riguardante la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 39 del 08/04/2013 e della delibera Anac n. 1146/2019, da rendere da parte dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo all'atto del conferimento dell'incarico.

2. Tipologia e modalità di verifica

3.1 Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità

L'art. 20 del D.Lgs. n. 33/2013 dispone che gli interessati, come sopra individuati, all'atto del conferimento dell'incarico, devono presentare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità individuate dal medesimo decreto.

Inoltre sono tenuti a presentare ogni anno una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

La presentazione delle dichiarazioni costituisce condizione di efficacia del contratto (art. 20 c. 4 D.Lgs. n. 39/2013).

Nel caso in cui ricorra l'ipotesi di inconferibilità, è nullo il decreto di nomina del dipendente interessato, con la conseguente nullità di tutti gli atti adottati dal medesimo.

3.2 Modalità di verifica

Ai sensi dall'art. 15, d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni ad ANAC.

A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione"*, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, ha precisato che spetta al RPCT *"avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità)"*.

Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."

3.3 Verifica sulle condanne penali

Stando alle raccomandazioni dell'ANAC, una particolare attenzione deve essere riservata alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne definitive e quelle non passate in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013.

Per quanto riguarda le sentenze passate in giudicato è necessario richiedere il certificato del Casellario Giudiziario – Ufficio Casellario e/o Tribunale, al fine di verificare l'assenza di sentenze passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (Reati contro la P.A.), anche nel caso di applicazione dell'art. 444 c.p.p. (applicazione della pena su richiesta delle parti c.d. *patteggiamento*) dovrà essere richiesto il certificato dei carichi pendenti.

Tale certificato attesta l'esistenza (o l'inesistenza) di procedimenti penali pendenti; in attesa del "carico pendente nazionale" per prassi si richiede il certificato presso la Procura della Repubblica del luogo di residenza o di domicilio dell'interessato (o entrambi in caso di non corrispondenza).

Asl 4 provvede a richiedere entrambi i documenti ai sopraindicati competenti uffici prima dell'assunzione.

3.4 Incarichi svolti

Gli incarichi svolti o le cariche ricoperte in enti di diritto privato regolati o finanziati da PPAA vengono verificati attraverso la consultazione delle Visure Camerali.

Per condurre tali accertamenti, Asl 4 ha scelto di avvalersi del Portale "Telemaco" collegandosi al link:

<https://telemaco.infocamere.it/dama/login>

3.5 Attività professionali svolte

Si ritiene opportuno seguire le indicazioni offerte dalla Del. ANAC n. 833/2019: *"è altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti"*.

E' richiesto, in allegato al modulo sulla inconferibilità e incompatibilità, l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare e di un curriculum vitae aggiornato anche di tutte quelle attività esterne all'amministrazione (retribuite o meno) presso enti privati e soprattutto pubblici o finanziati da fondi pubblici.

3. Procedure per la verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 ai fini del conferimento degli incarichi dirigenziali

4.1 Indicazioni ANAC

Il PNA 2019 indica i seguenti criteri a cui attenersi per tracciare la procedura interna per la verifica degli incarichi dirigenziali ex D.Lgs. n. 39/2013:

1. preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico
2. successiva verifica della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità
3. conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
4. pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.
5. Previsione, da parte di ciascuna Amministrazione, all'interno del proprio PTPCT, di adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 fermo restando il fatto che gli Uffici del Personale potrebbero già svolgere controlli diffusi relativi alle condanne penali.

4.2 Procedure seguite da ASL 4

E' posto in capo al RPCT il compito della verifica dei dati relativamente alla Direzione Strategica.

g2. Conflitto di interessi nel settore sanitario /scientifico

Riguarda il settore delle sperimentazioni cliniche, le sponsorizzazioni e l'attività intramoenia.

Il conflitto di interessi riguarda **aspetti economici e non**, e si può manifestare nei seguenti settori:

- a) **ricerca scientifica**
- b) **attività clinica, prescrizione terapeutica e di esami diagnostici**
- c) **formazione e aggiornamento professionale**
- d) **rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni**

Per ognuna delle suddette aree sono ulteriormente specificati i settori dove si può verificare il conflitto di interessi e fatto una ricognizione della documentazione già esistente e di quanto previsto dalle singole aziende come di seguito riportato.

a) **RICERCA SCIENTIFICA**

- Sperimentazioni cliniche *Mappatura dei processi allegata al PTPCT.*
- Comitato Etico Regionale *Regolamentazione San Martino (Direzione Scientifica)*
- Procedure di ripartizione e assegnazione dei fondi per la ricerca scientifica: procedura ASL di disciplina delle sperimentazioni cliniche di Asl 4 (AZ_PR_A.GEN_05 del 4.4.2025)

b) **ATTIVITÀ CLINICA**

- *Interventi e prestazioni sanitarie prescrizione terapeutica e di esami diagnostici*

È un vero e proprio mercato che risente inevitabilmente di asimmetrie informative che permettono ai professionisti sanitari di influenzare sia l'offerta di servizi e prestazioni, sia la domanda dei pazienti. Ne conseguono la prescrizione e l'erogazione di innumerevoli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, in particolare quando il profitto commerciale diventa il movente principale del mercato e i meccanismi di regolazione sono inesistenti o inefficaci.

- *Libera professione*

La libera professione intramuraria è un'attività disciplinata dalla legge che garantisce al cittadino la possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi. Considerato che le prestazioni sono generalmente le stesse che i professionisti erogano come dipendenti pubblici, non è difficile favorire la propria attività privata "modulando" la quantità delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica, soprattutto se questo permette al cittadino di ridurre i tempi di attesa.

c) **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

L'aspetto principale riguarda la Formazione sponsorizzata e l'attribuzione dei crediti ECM (presenza di procedura ASL **PR/FCI/05 Rev. 0 emessa il 20.10.2023**)

d) **RAPPORTI INDIVIDUALI E DI GRUPPO CON INDUSTRIE, ENTI, ORGANIZZAZIONI E ISTITUZIONI**

Risulta trasversale rispetto alle suddette aree il **CONFLITTO DI INTERESSI MEDICI / INDUSTRIA** che si può verificare nei seguenti settori:

- *Ricerca scientifica*

riviste biomediche

produzione di Linee Guida

- ECM
- Informazione farmaceutica

In particolare, per regolamentare l'accesso degli informatori farmaceutici all'interno delle strutture ASLli è stata predisposta la procedura **AZ/PR/RPCT/04**

Il conflitto di interessi è intrinseco al SSN, è diffuso in maniera capillare e assolto sulla pubblica piazza perché "così fan tutti". Di conseguenza mina l'integrità del sistema favorendo la diffusione di interventi sanitari (test diagnostici, farmaci, interventi chirurgici, etc) inefficaci e inappropriati e alimentando numerosi comportamenti opportunistici a vari livelli.

g3 Pantouflage

Per dare attuazione alle procedure di controllo rispetto al divieto di *pantouflage* l'Asl 4 ha revisionato, nel corso del 2025, la "Procedura sullo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro" AZ/PR/RPCT/05 emessa in data 4.11.2025 e, in pari data, ha emanato le "Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sullo svolgimento dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro", AZ/IO/RPCT/01.

g4. Contratti Pubblici

,A decorrere dal 1° gennaio 2024 deve essere realizzata l'attuazione integrale del Decreto Legislativo 36/2023, con la digitalizzazione dei contratti, secondo le indicazioni della Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, che riporta nel dettaglio le regole di attuazione dell'articolo 28 del D.Lgs. 36/2023 sulla trasparenza dei contratti pubblici.

La Delibera elenca i dati e le informazioni necessari relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici, al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..

Ciò non modificherà gli adempimenti di pubblicazione relativi ai bandi di gara e ai contratti, ma cambierà profondamente le modalità per assolverli.

Tale adempimento è obbligatorio per tutte le procedure di affidamento per le quali è richiesto un CIG.

La [sezione "Amministrazione Trasparente"](#) resterà comunque imprescindibile e l'allegato I alla Delibera n. 264 specifica quali sono i documenti che devono essere sempre pubblicati nell'apposita sezione del sito istituzionale.

L'articolo 3 della Delibera ANAC n. 264 chiarisce quali sono gli obblighi e le modalità di pubblicazione a carico delle amministrazioni **a decorrere dal 1° gennaio 2024**.

Le Stazioni Appaltanti devono:

1. Trasmettere i dati relativi al ciclo di vita digitale dei contratti pubblici tramite le piattaforme di approvvigionamento digitale, di cui all'art. 25 e 26 del nuovo Codice, alla "Banca dati nazionale dei contratti pubblici" (BDNCP) di cui all'[articolo 62-bis del codice dell'amministrazione digitale, di cui al D.Lgs. n. 82/2005](#). L'elenco puntuale dei dati da trasmettere è contenuto nell'art. 10.1 della Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023: "Informazioni che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a trasmettere alla BDNCP".
2. Pubblicare il collegamento ipertestuale (link) che rinvia i dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP che successivamente sarà inserito nella sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" dell'Amministrazione trasparente sul portale istituzionale entro il 31 dicembre 2023.
3. Pubblicare i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264 che non devono essere trasmessi alla BDNCP ma pubblicati integralmente, come ad esempio i curricula della commissione giudicatrice.

La gestione della comunicazione con i sistemi nazionali tramite l'invio delle schede è un incarico che ai sensi del Codice spetta al RUP e ai suoi delegati. Pertanto si chiede di comunicare i nominativi dei dipendenti che si prevede saranno chiamati a fornire supporto al RUP.

Si precisa che l'articolo 226 del nuovo Codice degli Appalti ha abrogato l'articolo 1, comma 32, della legge n.190 del 2012. Di conseguenza, non sussisterà più l'obbligo trasmettere ad ANAC il file XML entro il 31 gennaio, perché l'Autorità avrà già a disposizione i medesimi dati, ripresi dall'art. 28 del D.Lgs. 36/2023, quasi in tempo reale sulla piattaforma nazionale. Le Amministrazioni dovranno tuttavia pubblicare periodicamente gli adempimenti sul proprio portale in formato aperto.

Per quanto concerne la durata della pubblicazione, sia i dati pubblicati su Amministrazione Trasparente sia quelli pubblicati nella BDNCP avranno sempre una durata di 5 anni e comunque nel rispetto dell'art. 8 c. 3 del D.Lgs. n. 33/2023.

E' stata all'uopo predisposta bozza della tabella "Obblighi di pubblicazione" da allegare alla Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, con le modifiche risultanti dalle suddette disposizioni, specificando le sottosezioni per le quali vige sempre l'obbligo di pubblicazione dei relativi documenti e che potranno subire ulteriori aggiornamenti alla luce di nuove precisazioni di ANAC.

h. [Cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie:](#)

A cura del gruppo RPCT, è stato inoltre realizzato un cruscotto informativo di indicatori finalizzati al monitoraggio di alcuni settori ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire, quali:

- Appalti pubblici;
- Gestione del personale;
- Conflitto di interesse;
- Formazione e cultura dell'integrità;
- Trasparenza e accesso civico.

Questi indicatori saranno inseriti nella mappatura 2026/2028 (nota Regione Liguria 57877 del 14/11/2025).

i. MISURE DI LEGALITA'

h1. [Patti di integrità](#)

L'introduzione del Patto di integrità tra Amministrazione Pubblica ed imprese partecipanti alle gare induce queste ultime a conformare i comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza. L'azione moralizzatrice nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si attua attraverso una serie di comportamenti che contribuiscono a coltivare e a far crescere una "nuova cultura di impresa", dove la stessa, proprio per la natura bilaterale del rapporto che si instaura con l'Amministrazione interagisce con la stessa per soddisfare le esigenze della cittadinanza.

I Patti d'integrità, introdotti per la prima volta con l'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti. Con l'adozione di tale misura si dà seguito alla Dichiarazione allegata al Trattato di Maastricht dove si afferma che "la trasparenza del processo decisionale rafforza il carattere democratico delle istituzioni nonché la fiducia del pubblico nei confronti dell'Amministrazione".

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera ANAC n. 1064/2019, prevede che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione della L. 190/2012, debbano predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

* * *

Le **MISURE SPECIFICHE** sono individuate, programmate e dettagliatamente riportate nelle sopradescritte tabelle relative alla mappatura dei processi SUB-**ALLEGATO P02A**

Si segnalano, in particolare:

A. [Utilizzo auto di servizio](#)

con la deliberazione n. 747 del 10 novembre 2021 ad oggetto "Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione", ANAC, allo scopo di scongiurare i possibili usi impropri delle auto di servizio che possono configurare anche condotte assistite da norme penali (ad esempio art. 314, co. 2 c.p., sul peculato d'uso), e che, in ogni caso, costituiscono manifestazione di cattiva gestione e di uso improprio di risorse pubbliche, raccomanda alle amministrazioni di valutare, in sede di predisposizione dei propri PTPCT, di programmare nell'ambito dell'area di rischio attinente alla "*Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio*" misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri e di svolgere un attento monitoraggio sull'attuazione delle misure introdotte.

A tal proposito, Asl 4 evidenzia che sul sito internet, alla voce "[Amministrazione Trasparente](#) - [Altri Contenuti](#) - [Dati Ulteriori](#)" è stata predisposta da tempo la sottosezione denominata "**Monitoraggio auto ASLI**", articolata nelle seguenti sottovoci:

- [Prospetto servizio noleggio autovetture 2025](#), dal quale, in aggiornamento alle situazioni annuali precedente (riportate in archivio) si evince la progressiva dismissione di auto in proprietà e il corrispondente ricorso a contratti di noleggio. In particolare, al 31.12.2024, le auto in proprietà risultavano in n. 6 (sei, di cui uno scooter, un'ambulanza e un ambulatorio mobile) e le auto a noleggio n. 122 (centoventidue);
- [Linee guida per l'utilizzo degli automezzi dell'autoparco ASL](#), alla quale sono consultabili le linee guida impartite dalla S.C. Beni e Servizi – Settore Economato prot. n. 82 del 07/08/2024, rese disponibili a tutto il personale

dipendente tramite pubblicazione sul sito intranet Portale del Dipendente, cui si rimanda per le disposizioni operative.

B. **Composizione Commissioni Mediche**

con deliberazione n. 145 del 25 marzo 2022, si è proceduto all'approvazione del nuovo Regolamento per la composizione delle Commissioni mediche per Invalidità Civile per:

- invalidità civile (L. 118/71, L. 18/80 e L. 508/88)
- handicap (L. 104/92)
- disabilità (L.68/99)
- cecità civile (L. 382/70 e L. 508/88)
- sordomutismo (L. 381/70 e L. 508/88)

In particolare, con detto regolamento viene previsto il possesso di specifici requisiti di integrità e vengono definiti gli ambiti di incompatibilità e casi di obbligo di astensione.

D. **MONITORAGGIO E RIESAME**

La gestione del rischio si completa con **l'azione di monitoraggio e riesame**, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

L'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione, anche in vista degli aggiornamenti annuali e di eventuali rimodulazioni della sezione PTPC del PIAO, è così attuata:

- i dirigenti dei servizi relazionano con le scadenze previste a seconda della natura dei dati oggetto di monitoraggio, secondo le prescrizioni di legge o – ove i termini non sono prefissati – secondo le indicazioni date dal RPCT (tramite diffusione di specifico questionario);
- il RPCT dà conto dello stato di attuazione del Piano e delle misure assegnategli attraverso la redazione, entro la data diversa indicata da ANAC, della relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano medesimo e riferisce sull'attività svolta ogniqualvolta lo ritenga opportuno o l'organo di indirizzo politico ne faccia richiesta.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- 1) monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- 2) monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

1) MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Essendo il PIAO - PTPCT un documento di programmazione, appare evidente che ad esso debba logicamente seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure.

La responsabilità del monitoraggio di norma è del RPCT. Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi), il monitoraggio in capo al solo RPCT è sicuramente non facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, anche in Asl 4 si prevede un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (monitoraggio di primo livello) e il secondo in capo al RPCT (monitoraggio di secondo livello).

Pertanto sono chiamati a partecipare al monitoraggio:

- tutti i soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione;
- il RPCT
- gli Organismi di valutazione

Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dei referenti, come più sopra previsti, o direttamente dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le

misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato – in mancanza di una struttura di supporto - da altri organi con funzioni di controllo interno, se presenti.

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene pianificata e documentata, possibilmente con le indicazioni:

- processi/attività oggetto del monitoraggio;
- periodicità delle verifiche;
- modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nel pianificare le verifiche dovrà tener conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

Con riferimento alla periodicità, il RPCT è chiamato a definire la tempistica del monitoraggio più consona all'esposizione al rischio e alle caratteristiche organizzative dell'amministrazione, normalmente semestrale.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

A tal fine possono essere previsti, nel corso dell'anno, incontri tra il RPCT e i responsabili dell'attuazione delle misure. In tal caso, si utilizza la modalità dell'audit, con verifica sul campo che consente il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Al fine di agevolare i controlli, inoltre, si può ricorrere a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove far confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Alcuni criteri di campionamento possono riguardare:

- le misure di prevenzione dei processi risultati a maggiore esposizione a rischio
- le misure di quei processi su cui si sono ricevute segnalazioni
- le misure di quei processi per i quali non è stata fatta l'autovalutazione cioè il monitoraggio di primo livello

È opportuno che delle risultanze del monitoraggio si dia conto all'interno della Relazione annuale del RPCT.

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT.

2) MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ DELLE MISURE

La valutazione dell'idoneità delle misure è di spettanza del RPCT, che può essere coadiuvato, da un punto di vista metodologico, dagli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) o dalle strutture di vigilanza e audit interno.

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l'erronea associazione della misura di trattamento all'evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa.

L'inidoneità potrà anche essere rilevata attraverso il verificarsi di episodi avversi nei processi trattati con quella determinata misura.

Qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire il rischio, il RPCT interviene con tempestività per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

3) RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, viene organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un periodico flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo".

L'amministrazione definisce la frequenza con cui procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema e gli organi da coinvolgere nel riesame. Tale attività ha, di norma, una frequenza almeno annuale per supportare la redazione del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio successivo e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV e organismi equivalenti) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno.

Considerazioni e spunti di miglioramento

Per una efficace realizzazione delle azioni per la prevenzione della corruzione, occorre sviluppare una reale cultura dell'integrità al fine di non considerare tali attività come meri adempimenti burocratici.

Pur rimanendo in capo al RPCT, il compito di delineare i criteri e le procedure organizzative per l'attuazione degli obblighi previsti dalla normativa, spetta ai dirigenti coadiuvati dal personale appositamente individuato per dare concretamente attuazione al processo di gestione del rischio.

In particolare, deve essere effettuata dalle strutture interessate una più dettagliata mappatura dei processi, individuando rischi concreti, misure di prevenzione più specifiche ed indicatori di attuazione oggettivi, assumendosi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate del PTPCT o nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale.

Nel corso di svolgimento delle descritte valutazioni, anche alla luce delle più recenti disposizioni normative e del PNA 2025/2027 approvato da ANAC, sono emersi nuovi spunti per la più efficace attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione da parte degli uffici ASLLi coinvolti nei processi di loro competenza.

E' inoltre opportuno tenere conto in sede di valutazione della performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo della gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

TRASPARENZA ED ACCESSIBILITÀ TOTALE

RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Michela Ferlenghi

Direttore della S.C. Formazione e Info-Comunicazione

Nomina con delibera Asl4 n. 544 del 23/07/2024

Sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE del Sito internet

Nella tabella **SUB-ALLEGATO P02B** viene riportata la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti, con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione delle Strutture responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato e della sua pubblicazione.

In particolare, vengono indicati:

1. le categorie dei dati da pubblicare e la corrispondente sezione del sito ove il dato deve essere pubblicato;
2. la frequenza di aggiornamento del dato / informazione;
3. la relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce/aggiorna tali dati e provvede alla pubblicazione.

Asl 4 garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Misure organizzative attuate al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, sono state messe in atto le seguenti misure:

- estensione delle responsabilità dei Referenti asl per la prevenzione della corruzione (elencati all'interno della sezione PIAO - PCT) all'ambito della trasparenza: i Referenti sono tenuti ad assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni da loro trasmesse nel rispetto della normativa. Gli stessi Referenti hanno la possibilità di individuare propri collaboratori per le situazioni operative, per la elaborazione e la pubblicazione dei dati;
- adeguamento del sito web asl secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui è seguita l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'ente.

La mancata collaborazione dei singoli Referenti ai fini di quanto previsto costituisce elemento di responsabilità con ogni conseguenza anche rispetto all'eventuale revoca/conferma e/o rinnovo dell'incarico ricoperto.

I Dirigenti sono responsabili per omissione, totale o parziale, o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal Programma Asl:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionabili a carico dei responsabili del servizio.

MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza, sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- redigere relazione annuale alla Direzione Strategica sull'esito del monitoraggio;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Ente degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. L'adempimento degli obblighi di trasparenza è collegato alla performance individuale e di equipe, secondo quanto si evince nel piano P07 – Performance e Budget, che prevede espliciti obiettivi su trasparenza ed anticorruzione.

L'Organismo provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.AC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Asl.

* * *

A. TRASPARENZA E PRIVACY

A seguito dell'applicazione del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore del D.Lgs. 101/2018, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03) alle disposizioni del RGPD, sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013.

Al riguardo, ANAC ha evidenziato (cfr. Aggiornamento 2018 al PNA, paragr. 7 e 7.1, pagg. 22-25) che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1». Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D.Lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del RGPD (ossia liceità, correttezza trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento), dell'art. 7 bis, co. 4, D.Lgs. 33/2013 («Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione») e dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni".

In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, l'ANAC rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

B. TRASPARENZA E PERFORMANCE

Posizione centrale nel programma per la trasparenza occupa l'adozione del Piano della Performance, che ha il compito di individuare indicatori, livelli attesi e realizzati di prestazione, criteri di monitoraggio. Con tale documento, i cittadini hanno a disposizione la possibilità di conoscere e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato degli enti pubblici. La pubblicazione dei dati relativi alla performance rende poi comparabili i risultati raggiunti, avviando un processo virtuoso di confronto e crescita, rendendo quindi ancora più utile lo sviluppo di sistemi che garantiscano l'effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire degli enti.

L'ASL 4 si è dotata in questi anni di un sistema completo di misurazione, valutazione e gestione delle varie dimensioni della performance in una logica di forte integrazione tra *vision*, programmi, azioni, obiettivi strategici e operativi.

Sulla base dei precedenti presupposti, l'asl ha definito un sistema di distribuzione degli incentivi collegati agli obiettivi di budget erogati in relazione:

1. Ai risultati effettivamente raggiunti dai centri di responsabilità secondo il principio degli obiettivi di equipe per struttura asl definiti nell'ambito della contrattazione di budget;
2. Al grado di partecipazione individuale nel raggiungimento degli obiettivi stessi, valutato attraverso una scheda individuale.

Ai sensi del d.lgs. 286/99, l'attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione nelle Aziende Sanitarie deve mirare a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione, propri della direzione "strategica" dell'asl, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli atti di governo.

Il piano delle performance, validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione, viene pubblicato sul sito web istituzionale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Collegamento tra prevenzione della corruzione, trasparenza e piano della performance

L'ANAC ha ribadito che l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza deve essere strettamente collegata alla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione ed al coordinamento tra i diversi strumenti di programmazione. In particolare si fa sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della Performance.

Conseguentemente la prevenzione e il contrasto alla corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici ai quali assegnare un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

Si tratta sostanzialmente di tener conto del fatto che:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa;
- c) devono essere attivate azioni di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini degli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Pertanto, gli "adempimenti" cui ciascun Responsabile è chiamato dalle disposizioni in tema di trasparenza e obiettivi di performance sono considerati vere e proprie "misure" di prevenzione della corruzione.

Affinché tali misure vengano tenute in debita considerazione è opportuno che in sede di assegnazione degli obiettivi individuali venga attribuito agli obiettivi di trasparenza ed anticorruzione un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della performance.

Si possono individuare i seguenti obiettivi:

- collaborazione alla realizzazione, coordinamento e controllo della mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione;
- adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nelle tempistiche previste;
- partecipazione ai programmi di formazione in materia da parte di tutto il personale interessato.

Per rendere effettivo il collegamento, Asl 4 inserisce obiettivi di performance organizzativa/individuale riguardanti anticorruzione/trasparenza e obblighi di pubblicazione congrui e coerenti con le attività proprie delle diverse aree asl, segnalati dal RPCT, nell'area di sbarramento delle singole schede di budget, per l'accesso alle competenze incentivanti.

C. TRASPARENZA E ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 ha individuato una serie di misure di prevenzione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, con particolare riguardo all'ambito di applicazione dell'art. 42, D.Lgs. n. 50/2016, che hanno trovato applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici approvata con D.Lgs. n. 36/2023.

In particolare, sono state svolte le seguenti attività:

- aggiornamento della modulistica per le dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti in tutte le fasi delle procedure per l'aggiudicazione e l'esecuzione degli appalti pubblici;
- individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi;
- Indicazioni per le modalità di compilazione, di raccolta e di verifica sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP;
- individuazione dei criteri per la rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP (cfr. PNA 2015, Parte speciale, Contratti pubblici; LLGG n. 15/2019, § 10), di rotazione nella nomina del RUP;
- modifica degli attuali patti di integrità inserendo specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari, ai quali si richiede la preventiva dichiarazione della insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente con la previsione di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti;
- attestazione da parte del RUP all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi;
- Verifiche e controlli

Le verifiche sono svolte mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, liberamente accessibili relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy;

- Compiti del RPCT

Il RPCT ha il compito di verificare che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza / ufficio competente alla nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti (ufficio gare e contratti). Inoltre interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara.

Misure di trasparenza - Rendicontazione interventi finanziati con fondi PNRR

Con l'erogazione dei finanziamenti previsti dal PNRR si profilano nuovi rischi di frode.

Al fine della corretta rilevazione contabile e tracciamento del finanziamento, si è provveduto a creare una causale apposita (PNRR) e a identificarne opportune di uscita.

La Regione Liguria con nota PG 21121/22 ha comunicato di aver istituito appositi capitoli di entrata/spesa nel bilancio regionale e con mail successiva ha proposto la creazione di conti nuovi in funzione delle diverse fonti di finanziamento e cofinanziamento e ha dato indicazioni contabili per la registrazione dei finanziamenti, del loro utilizzo e della futura sterilizzazione.

Inoltre, al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati al Policlinico, all'interno della Sezione Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti” è stata creata la sottosezione “**Progetti PNRR**” nella quale sono pubblicati i riferimenti generali.

Il RASA di Asl 4 è stato individuato nella persona del Dr. Maurizio Greco, Direttore della S.C. Beni e Servizi.
Il RASA Asl provvede annualmente ad aggiornare i dati identificativi della SA.

D. DIRITTO DI ACCESSO

Diritto di accesso ex L. 241/90 e s.m.i.

Il diritto di accesso agli atti amministrativi è un diritto riconosciuto al cittadino in funzione dei rapporti con lo Stato e la Pubblica Amministrazione, al fine di garantire in particolare la trasparenza di quest'ultima.

È stato introdotto nell'ordinamento giuridico italiano dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 (art. 22), ed è collegato al possesso di una situazione legittimante (che, nel testo originario della norma del 1990, è dato dal possesso di una "situazione giuridicamente rilevante").

Per consentire l'esercizio del diritto di accesso, L'A.S.L. 4 ha predisposto un apposito regolamento, pubblicato sul sito Internet.

L'accesso civico, di cui infra, introdotto dal D.Lgs. N. 33/2013 non sostituisce il diritto di accesso di cui all'art. 22 della L. 241, in parola: "l'accesso civico non necessita di una particolare legittimazione e riguarda tutte le informazioni e i dati che ai sensi del D.Lgs. n. 33 e delle altre disposizioni vigenti le pubbliche amministrazioni devono pubblicare" (sic Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2013).

Diritto di accesso civico ex D.Lgs. 33/2013 – art. 5 e s.m.i. (d.lgs. 97/2016)

Nella nozione di trasparenza viene incluso anche l'accesso ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa", e viene stabilito il principio della "libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti" dai soggetti pubblici sull'assunto che "l'accesso civico e la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione" ne sono lo strumento operativo ovvero, per riprendere la terminologia del provvedimento, il "tramite".

In aggiunta viene detto che "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso civico deve essere rigettata in presenza della necessità di:

- a. garantire gli interessi pubblici della "sicurezza pubblica e ordine pubblico; sicurezza nazionale; difesa e questioni militari; relazioni internazionali; politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato; conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento; regolare svolgimento di attività ispettive";
- b. garantire il segreto di Stato ed il divieto di pubblicità;
- c. "evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: protezione dei dati personali...; libertà e segretezza della corrispondenza; interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica; ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali".

L'accesso deve essere consentito alle parti dei documenti che non sono oggetto dei divieti, il rigetto dell'accesso si applica solamente per il periodo di tempo necessario e l'accesso non può essere negato nel caso in cui sia sufficiente il differimento.

Per consentire l'esercizio del diritto di accesso così formulato, Asl 4 ha predisposto idonea modulistica, pubblicata sul sito web istituzionale, nell'apposita voce di Amministrazione Trasparente.

Titolare del potere sostitutivo

La L. 7 agosto 1990 n. 241, all'art. 2 – comma 9 bis, prevede che l'organo di governo dell'ente pubblico individui, tra le figure apicali, il soggetto a cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia del responsabile competente a concludere i procedimenti su istanza di arte.

A tale soggetto il privato può rivolgersi per chiedere la conclusione del procedimento in caso di mancata o tardiva emanazione del provvedimento entro i termini.

Il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, all'art. 5 – comma 4, prevede che al titolare del potere sostitutivo sia possibile inoltrare ricorso in caso di inadempienza e nell'inerzia del responsabile asl per la trasparenza, in relazione all'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare i documenti, le informazioni e i dati espressamente individuati dalla legge.

Il titolare del potere sostitutivo nell'A.S.L. n. 4 è stato nominato con deliberazione n. 782 del 14/11/2024 nella persona del Direttore Amministrativo Avv. Luigi Bertorello.

E. INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA

E1. Sito web istituzionale

Il sito web è ormai il mezzo primario di comunicazione, il più accessibile e meno oneroso, attraverso cui la Pubblica Amministrazione deve garantire un'informazione trasparente ed esauriente sul suo operato, promuovere nuove relazioni con i cittadini, le imprese e le altre P.A., pubblicizzare e consentire l'accesso ai propri servizi, consolidare la propria immagine istituzionale.

Sul sito istituzionale sono presenti tutti i dati la cui pubblicazione è resa obbligatoria dalla normativa vigente.

Sono altresì presenti informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino per consentire una maggiore conoscenza e consapevolezza delle attività erogate dall'Asl sanitaria.

Nella realizzazione e conduzione del sito sono state tenute presenti le Linee Guida per i siti web della PA (aggiornamento del 29 luglio 2011), previste dalla Direttiva del 26 novembre 2009, n. 8 del Ministero per la Pubblica amministrazione e l'innovazione nonché le misure a tutela della privacy richiamate al paragrafo 3.2 della citata delibera n.105/2010 e nella n. 2/2012 della CIVIT (ora ANAC).

Si conferma l'obiettivo di procedere a una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità prevalentemente nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Per l'usabilità dei dati, va curata la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli stakeholder possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

Al fine del benchmarking e del riuso, è opportuno che le informazioni e i documenti siano pubblicati in formato aperto, unitamente ai dati quali "fonte" anch'essi in formato aperto, raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate.

Allo scopo di rendere immediatamente accessibili le informazioni ai cittadini e per promuovere la trasparenza amministrativa, l'ASL 4 pubblica da tempo sul proprio sito le deliberazioni del Direttore Generale e gli atti assunti dai dirigenti, organizzati con separate numerazioni.

Inoltre, i cittadini e le associazioni trovano sul sito la descrizione di tutti i principali iter procedurali con annessi tutti i riferimenti per contattare agevolmente il responsabile del procedimento ed i moduli necessari per espletare le pratiche presso gli uffici dell'Asl.

E2. Procedure organizzative

ASL 4 provvede ad organizzare i flussi informativi, creando al proprio interno una rete di "referenti della comunicazione" che, da ogni struttura ed articolazione, fanno pervenire aggiornamenti ed informazioni all'Ufficio Stampa, operante nell'ambito della S.S.D. Comunicazione e Informazione, a livello centralizzato.

Questo servizio opera in modo trasversale per tutto l'ente, coordinando le funzioni comunicative, fornendo supporto ai singoli redattori, organizzando iniziative di formazione e aggiornamento ad hoc, garantendo l'integrazione delle attività informative,

comunicative e partecipative.

In particolare, in ciascuna Struttura cui competano aggiornamenti della sezione Amministrazione Trasparente sono stati individuati referenti i quali, dopo una adeguata formazione, sono stati incaricati di effettuare le dovute pubblicazioni e mantenere aggiornati i dati pubblicati.

Dal punto di vista metodologico, il servizio si pone in un'ottica di comunicazione integrata, con il coordinamento delle dimensioni interna, esterna, orizzontale e verticale, e quindi si attiva promuovendo forme di cooperazione fra i servizi.

E3. Albo Pretorio online

La legge n. 69 del 18 luglio 2009, perseguendo l'obiettivo di modernizzare l'azione amministrativa mediante il ricorso agli strumenti e alla comunicazione informatica, riconosce l'effetto di pubblicità legale solamente agli atti e ai provvedimenti amministrativi pubblicati dagli enti pubblici sui propri siti informatici.

L'art. 32, comma 1, della legge stessa (con successive modifiche e integrazioni) ha infatti

sancito che *"A far data dal 1 gennaio 2011 gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale si intendono assolti con la pubblicazione nei propri siti informatici da parte delle amministrazioni e degli enti pubblici obbligati"*.

L'ASL 4 ha adempiuto all'attivazione dell'Albo Pretorio online nei termini di legge, in particolare rispettando i criteri tecnici disciplinati dalle specifiche "Linee guida..." e le recenti norme del Garante della Privacy (c.d. "diritto all'oblio").

Come deliberato dalla Commissione ANAC (già CIVIT), che opera ai sensi della Legge 190 del 2012 quale Autorità nazionale anticorruzione, nella delibera n. 33 del 18/12/2012, per gli atti soggetti alla pubblicità legale all'albo pretorio on line rimane, nei casi in cui tali atti rientrino nelle categorie per le quali l'obbligo è previsto dalla legge, anche l'obbligo di pubblicazione su altre sezioni del sito istituzionale nonché nell'apposita sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

E4. URP e attività di accoglienza

La S.C. FORMAZIONE E INFO COMUNICAZIONE, attraverso l'URP, ha incentivato negli anni l'interazione con i cittadini attraverso i diversi canali di relazione (front office, corrispondenza cartacea, contatti telefonici, web, e-mail...), in particolare rispetto ai processi delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti nei confronti dell'amministrazione.

La gestione di questi rapporti avviene anche attraverso l'utilizzo di un modulo dedicato del sistema operativo elaborato in house, soluzione efficace ed economica, che ha avuto il significativo pregio della realizzazione di un supporto informativo progettato e realizzato in base alle esigenze dell'ente.

I rapporti con il cittadino sono stati favoriti anche attraverso la realizzazione negli ultimi anni del "Progetto Accoglienza", basato sulla creazione presso le strutture ospedaliere di uffici di front-office in grado di fornire informazioni, rilasciare referti e cartelle cliniche, coadiuvare nell'espletamento di pratiche e, in genere, fornire ai cittadini un fattivo supporto per agevolare l'accesso ai servizi erogati.

Attualmente sono pienamente operativi i servizi accoglienza presso gli ospedali di Lavagna, Rapallo e Sestri Levante.

E5. Ascolto degli stakeholder

Vengono individuati come stakeholder, al fine di un loro coinvolgimento per la verifica dell'efficacia delle attività proposte nel presente programma, i cittadini anche in forma associata, le associazioni sindacali e/o di categoria, i mass media, gli ordini professionali e le imprese anche in forma associata.

Le esigenze di trasparenza rilevate dagli stakeholder saranno di volta in volta segnalate al Responsabile P.T.C. da parte degli uffici che raccolgono i feedback emersi dal confronto con gli stessi. Il responsabile della trasparenza a sua volta segnala tali esigenze all'organo di vertice politico amministrativo al fine di tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per la trasparenza nonché di quelle per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

Eventuali altri stakeholder rispetto a quelli di cui al punto 7.1, verranno individuati di volta in volta in relazione a specifiche esigenze nel corso del triennio di validità del presente Programma.

Per favorire il coinvolgimento dei portatori di interessi vengono implementati i canali di ascolto già presenti e s'individuano nuove forme partecipative e strumenti di coinvolgimento:

- a) ascolto diretto oppure on-line tramite gli uffici di sportello (URP, Accoglienza);
- b) canali dedicati all'interno del sito istituzionale (mail dedicata);
- c) organizzazione di giornate dedicate alla trasparenza.

E6. Semplificazione del linguaggio.

Per rendersi comprensibili occorre anche semplificare il linguaggio degli atti amministrativi, rimodulandolo nell'ottica della trasparenza e della piena fruizione del contenuto dei documenti, evitando, per quanto possibile, espressioni burocratiche e termini tecnici.

A tale principio si ispira la comunicazione istituzionale dell'Asl.

Inoltre, in coerenza con le prescrizioni normative, sono stati implementati i processi di semplificazione e dematerializzazione avviati negli anni scorsi all'interno dei processi di lavoro dell'ente (applicativi gestionali della contabilità, del protocollo, per la produzione degli atti amministrativi, per la cartella informatizzata, per l'estensione dell'uso della firma digitale e la produzione e conservazione della documentazione digitale).

E7. Posta elettronica/Pec

Sul sito web asl, in home page, è riportato l'indirizzo PEC istituzionale pubblico dell'ente, corrispondente all'Ufficio Protocollo Generale.

Sono altresì riportati gli indirizzi PEC di alcune Strutture asl che, per esigenze normative e/o per rendere facilitato il percorso di contatto con i fruitori esterni, sono state dotate di mail personalizzate.

Sono state diffuse all'interno dell'asl successive circolari relative all'incremento dell'utilizzo della posta elettronica – certificata e non – sia nei rapporti interni che nei rapporti con gli stakeholders esterni, ove possibile anche con l'utenza, il tutto finalizzato al progressivo abbandono dei supporti cartacei.

In quest'ottica è stata rivista gran parte della modulistica prevedendo l'inserimento da parte dei richiedenti, dell'indirizzo di posta elettronica accanto alle richieste di riferimenti tradizionali (indirizzo, telefono, ecc.).

La corrispondenza tra gli uffici deve avvenire esclusivamente, ove possibile, mediante posta elettronica; la corrispondenza tra l'A.S.L. e il cittadino/utente deve avvenire ove possibile mediante p.e.c., ovvero con misure alternative al formato cartaceo, previo accordo con l'interessato.

L'A.S.L. 4 rende noti, tramite il proprio sito web istituzionale, gli indirizzi di posta elettronica dei dirigenti di Struttura, di ciascun titolare di posizione organizzativa, oltreché dei dipendenti responsabili di procedimento.

Agli indirizzi sopra citati il cittadino può rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.

E8. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza, sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

- monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempimenti di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvederà a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati.
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Ente gli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'Organismo provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.AC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Asl.

Il RPCT sistematicamente monitora l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, richiedendo ai Referenti interessati l'eventuale aggiornamento dei dati pubblicati. Di tale monitoraggio redige relazione annuale dalla Direzione strategica. Con deliberazione n. 799 del 28.11.2023 è stato istituito l'OIV asl, il quale si è insediato in data 16.01.2024.

E9. PagoPA

L'art. 5 del CAD di cui al D.Lgs. 82/2005 dispone che le pubbliche amministrazioni con sede nel territorio italiano consentano l'effettuazione dei pagamenti ad esse spettanti, a qualsiasi titolo dovuti, con l'uso di modalità informatiche.

In ottemperanza del combinato disposto dell'art. 2, comma 2, del CAD e dell'art. 15, comma 5bis, del D.L. 179/2012, Asl 4 ha aderito alla piattaforma PagoPA, con l'obiettivo di una maggiore efficienza e semplificazione nella gestione dei pagamenti dei servizi pubblici, sia per i cittadini sia per l'amministrazione, favorendo una costante diminuzione dell'uso del contante.

Asl 4 aderisce alla piattaforma pagoPA dal 18.03.2021

F. CONTROLLI E RESPONSABILITA'

Strumenti di verifica e controllo

Compete all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) il monitoraggio dell'attuazione del presente Programma e, più in particolare, la verifica dell'assolvimento da parte dell'ASL 4 degli adempimenti legislativamente imposti in materia di trasparenza ed integrità.

L'OIV riferisce annualmente alla Direzione Generale i risultati delle attività espletate sul processo di realizzazione del Piano e sulle misure adottate.

La Direzione Asl tiene conto dei risultati delle suddette verifiche al fine dell'aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza, nonché per l'elaborazione dei contenuti del Piano triennale per la trasparenza e lotta alla corruzione.

All'OIV competono altresì le certificazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, delegate dalla normativa e debitamente esposte sul sito web asl.

Il responsabile della Trasparenza e Integrità cura, con periodicità quadrimestrale l'attuazione del Programma, con rilevazione degli scostamenti e relative motivazioni e segnalando eventuali inadempimenti.

Rimangono naturalmente ferme le competenze dei singoli dirigenti relative all'adempimento dei singoli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative di settore vigenti.

I contenuti sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni del D.Lgs. 33/2013.

Sul sito web dell'amministrazione, nella sezione denominata "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", sarà pubblicato il presente programma.

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della Prevenzione può, in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture asl informazioni e dati relativi a determinati settori di attività.

Inoltre, può richiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile della Prevenzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare – anche solo potenzialmente – corruzione e illegalità.

Le responsabilità

Le prescrizioni tutte del presente piano sono immediatamente obbligatorie e vincolanti fin dal momento della sua approvazione e pubblicazione sul sito web asl.

a. La responsabilità del responsabile della prevenzione

L. 190/2012 art. 1, comma 8: responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e mancata adozione di misure per la selezione e la formazione dei dipendenti.

L. 190/2012 art. 1, comma 12: responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il responsabile della prevenzione non possa dimostrare le seguenti circostanze:

a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5,

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

L. 190/2012 art. 1, comma 14: responsabilità dirigenziale per ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano e per omesso controllo.

D.Lgs. 33/2013 art. 46: responsabilità dirigenziale per inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa e per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Trasparenza (P.T.T.)

La responsabilità del responsabile della prevenzione è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia dipeso da causa a lui non imputabile.

b. La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste per legge e quelle trasfuse nel presente P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti.

L. 190/2012 art. 1, comma 14: la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

c. La responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte

L.190/2012 art. 1, comma 33: la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal piano asl:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

* * * *

CRONOPROGRAMMA

Tempistica	Attività	Soggetto competente
Entro il 31 gennaio	Relazione annuale	RPCT
Entro il 31 gennaio	Predisposizione del Piano allegato al PIAO	RPCT
Indicazioni ANAC	Attestazione OIV obblighi di pubblicazione D.Lgs. 33/2013	OIV
Primo trimestre di ogni anno	Avvio contatti con le Strutture per la mappatura dei processi e definizione di misure mitiganti	RPCT Direttori/Referenti

Entro il 15 ottobre di ogni anno	Aggiornamento mappatura dei processi	Strutture aree a rischio
Entro il 31 ottobre di ogni anno	Adempimenti relativi al sub allegato P02B – Misure generali obbligatorie	Strutture interessate
Entro il 15 luglio e il 15 gennaio di ogni anno	Presentazione al RPCT di una relazione di monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 15 luglio ed il 15 gennaio di ogni anno	Presentazione al RPCT dei questionari di autovalutazione per il monitoraggio dell'applicazione delle misure generali e specifiche (1° livello)	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 30 novembre di ogni anno	Trasmissione report contenente i seguenti dati: 1. numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; 2. numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni.	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
Indicazioni ANAC	Pubblicazione sul sito web Asl di una relazione recante i risultati dell'attività annuale	RPCT
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Svolgimento programmi di formazione	RPCT Settore Formazione e Aggiornamento
Entro il 30 novembre di ogni anno	Individuazione dei dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione a cadenza almeno annuale per le aree a maggior rischio	Referenti

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	VERIFICA CORRISPONDENZA PAGAMENTI	1	PRENOTAZIONI	call center LP/Medici intramoenisti/operatori strutture private non conv_te	INSERIMENTO DATI ERRATI	ANNULLAMENTO PRENOTAZIONE CON VISITA EROGATA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE	DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE STRUTTURE PRIVATE ED ERRORI DI INSERIMENTO DATI	MEDIA	PRENOTAZIONE	ERRORI INSERIMENTO DATI DA PARTE DEGLI ESECUTORI COINVOLTI NELLE PRENOTAZIONI	TRACCIABILITA INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPI AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA						
			2	PAGAMENTO VISITA	SPORTELLLO ALPI/TOTEM/PAGOPA/POS	MODALITA' PAGAMENTI ERRATI	ANNULLARE PAGAMENTO E NON REINSERIRE SU SISTEMA OASIS LA PRESTAZIONE CORRETTA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE/DOMICILIARI	DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE STRUTTURE PRIVATE ED ERRORI INFORMATICI	MEDIA	ANNULLAMENTO PAGAMENTO	SCARSITA' DI CONTROLLI ISPETTIVI AZIENDALI PRESSO LE STRUTTURE PRIVATE	TRACCIABILITA INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPI AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						
			3	ESECUZIONE VISITA	dirigenti medici intramoenisti	PRESTAZIONE PRENOTATA DA CALL CENTER E MODIFICATA DAL PROFESSIONISTA PERCHE' NON RITENUTA CONGRUENTE CON I MOTIVI DI SALUTE DEL	MODIFICA PRESTAZIONE SANITARIA	ASL 4/STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE	DISCREZIONALITA' DEL DIRIGENTE MEDICO INTRAMOENISTA	MEDIA	ERRATA PRENOTAZIONE	DISCREZIONALITA' PROFESSIONISTA	TRACCIABILITA INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPI AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA						
			4	REGISTRAZIONE RICEVUTA	dirigenti medici intramoenisti/operatori strutture private non accreditate	MANCATA REGISTRAZIONE DA PARTE DEL PROFESSIONISTA DELL'EROGAZIONE PRESTAZIONE	ANNULLAMENTO RICEVUTA MOTIVATA DA MANCATO ACCESSO DELL'UTENTE	DIRIGENTI MEDICI INTRAMOENISTI AUTORIZZATI IN AMBITO AZIENDALE	MANCATO ACCESSO DELL'UTENTE	MEDIA	MANCATO PAGAMENTO	DISCREZIONALITA' PROFESSIONISTA	TRACCIABILITA INFORMATICA OASIS 4 IN TEMPO REALE ALPI AMBULATORIALE DIAGNOSTICO STRUMENTALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA						
			5	GESTIONE INTROITI LIBERA PROFESSIONE	DMPO AAO, DIT, BILANCIO E RIOSORSE UMANE	INSERIMENTO DATI ERRATI	MANCATO INTROITO ALL'AZIENDA O AL PROFESSIONAISTA	ASL 4 / STRUTTURE PRIVATE E MEDICI INTRAMOENISTI	DISLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE STRUTTURE PRIVATE ED ERRORI DI INSERIMENTO DATI DA PARTE DELL'OPERATORE	MEDIA	MANCATO PAGAMENTO O PAGAMENTO ERRATO	ERRORI INSERIMENTO DATI DA PARTE DEGLI ESECUTORI COINVOLTI NELLE PRENOTAZIONI	INCROCIO DATI CON DIT, CON OASIS ANCHE MANUALE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO LA COMMISSIONE AZIENDALE PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO DELLA LIBERA PROFESSIONE						
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	ATTIVITA' CONTABILE	COLIPRO E PROFESISONISTI	1	AUTORIZZAZIONE E LIQUIDAZIONE MEDICI COLIPRO, INFERMIERI E FACILITATORI PS	DMPO AAO SETTORE CONTABILITA'	AUTORIZZAZIONE DI IMPORTI SUPERIORI AL DOVUTO	MAGGIOR ESBORSO PER L'AZIENDA	LIBERI PROFESSIONISTI E ASL 4	NESSUNO	BASSO	AUTORIZZAZIONE ALLA FATTURAZIONE	ERRORI DI INSERIMENTO DA PARTE DEL PROFESSIONISTA	CONTROLLI INCROCIATI CON REGISTRO PRESENZA E DIRETTORE DELLA STRUTTURA PRESSO CUI IL PROFESSIONISTA LAVORA	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO IL BILANCIO PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						
		STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2	AUTORIZZAZIONE E LIQUIDAZIONE MEDICI COLIPRO, INFERMIERI E FACILITATORI PS	DMPO AAO SETTORE CONTABILITA'	AUTORIZZAZIONE DI IMPORTI SUPERIORI AL DOVUTO	MAGGIOR ESBORSO PER L'AZIENDA	STRUTTURE ACCREDITATE ASL 4	NESSUNO	BASSO	AUTORIZZAZIONE ALLA FATTURAZIONE	ERRORI DI INSERIMENTO DA PARTE DEL PROFESSIONISTA	CONTROLLO CON IL DEBITO INFORMATIVO E VERIFICA CON DEGENZE E CON I BUDGET ASSEGNATI	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO IL BILANCIO PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						
		CONVENZIONI E RAPPORTI CON ALTRI ENTI DEL SSR E EXTRA REGIONE, AVIS E FIDAS	3	AUTORIZZAIZONE E LIQUIDAZIONE FATTURE	DMPO AAO SETTORE CONTABILITA'	AUTORIZZAZIONE DI IMPORTI SUPERIORI AL DOVUTO	MAGGIOR ESBORSO PER L'AZIENDA	ENTI PUBBLICI DEL SSR E SSN	NESSUNO	BASSO	AUTORIZZAZIONE ALLA FATTURAZIONE	ERRORI DI INSERIMENTO DA PARTE DELLA STRUTTURA	CONTROLLO CARTACEO CON TERZA COPIA DALLA SALA DI DEGENZA E CONTROLLO CON IL TESTO DELLA CONVENZIONE	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO IL BILANCIO PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	SPEDALITA'	PRONTO SOCCORSO	1	CONTROLLO ACCESSI, PRENOTAZIONE E VERIFICA PAGAMENTI TICKETS	DMPO AAO SETTORE SPEDALITA'	CONTROLLO DATI ANAGRAFICI E TICKETS DOVUTI	MANCATO INTROITO ALL'AZIENDA	PRONTO SOCCORSO E PRIMO INTERVENTO ASL 4	ERRORI DI INSERIMENTO DATI DA PARTE DELL'OPERATORE	BASSO	MANCATO PAGAMENTO	ERRORI INSERIMENTO DATI DA PARTE DEGLI ESECUTORI COINVOLTI NELLE PRENOTAZIONI	INCROCIO DATI CON ASR, MEF E OASIS	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO IL BILANCIO E A.A.GG. PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						
		RICOVERI	1	CONTROLLO RICOVERI SU OASIS	DMPO AAO SETTORE SPEDALITA'	CONTROLLO DATI ANAGRAFICI E IMPORTI DOVUTI	MANCATO INTROITO ALL'AZIENDA	REPARTI P.O.	ERRORI DI INSERIMENTO DATI DA PARTE DELL'OPERATORE	BASSO	MANCATO PAGAMENTO	ERRORI INSERIMENTO DATI DA PARTE DEI REPARTI	INCROCIO DATI CON ASR, MEF E OASIS	INDIVIDUARE MISURE COINVOLGENDO IL BILANCIO E A.A.GG. PER LA VERIFICA ED IL MONITORAGGIO						

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI/DESCRIZIONE	MISURE ESISTENTI	MISURE PROPOSTE
Accettazione Donazioni	Proposta da parte del donante	S.C. Affari Generali	Un soggetto elargisce una donazione in cambio di favori personali o tornaconto commerciale (Mancato rispetto finalità della donazione)				Rispetto Regolamento aziendale	
	Accettazione beni	S.C. Affari Generali e S.C. Bilancio, SSD ICT, S.C. Provveditorato, S.C. Tecnico		Formalizzazione acquisizione senza preventiva verifica sulla necessità del bene e/o inserimento dello stesso nel programma di investimento. Mancata verifica utilizzo materiale di consumo in via esclusiva	Struttura di destinazione Provveditorato, Ingegneria Clinica		Rispetto Regolamento aziendale, procedure assegnazione e inventario, rendicontazione e pubblicazione	Regolamento/procedura Pubblicazione di rendiconto periodicamente aggiornato sul sito Internet
	Accettazione somme danaro	S.C. Affari Generali e S.C. Bilancio e altre Strutture deputate ad elaborare un programma di utilizzo delle somme		Imputazione distorta rispetto alla volontà del donante Imputazione su conto diverso da quello dedicato (Covid)	S.C. Bilancio		programma di utilizzo delle somme, c/c dedicato, rendicontazione e pubblicazione	Regolamento/procedura Pubblicazione di rendiconto periodicamente aggiornato sul sito Internet
	Formalizzazione Regolamento con provvedimento	S.C. Affari Generali		mancata formalizzazione delle donazioni a causa dell'emergenza Covid (soprattutto di beni)	S.C. Affari Generali	mancanza di controlli (a seguito dell'emergenza)	1) rendicontazione separata, 2) C/C dedicato; 3) pubblicazione report trasmessi ad Alisa su amministrazione Trasparente anche secondo la Del. N. 312/2020 di Anac	Misure di pubblicazione
	Pubblicazione in Internet/ Intranet della documentazione necessaria a presentare la domanda	S.C. Affari Generali		Aggiornamento sito	S.C. Affari Generali			

Mappatura ATTIVITA' / FASI/AZIONI							SCHEMA EVENTI/ RISCHI/ (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	N. Processo	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento rischio	CRITICITA'	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI/ CONDIZIONI INDIVIDUALI/ ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	MISURE ESISTENTI	MISURE PROPOSTE					
DIPARTIMENTO ASL	STRUTTURE / AREA ONCOLOGIA, CARDIOLOGIA, REUMATOLOGIA, ...	II	SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI (CLINICA INTERVENTISTICA) SPONSORIZZATA	1	Il promotore della sperimentazione (sponsor: società privata che avvia, gestisce e finanzia la sperimentazione e che fornisce gratuitamente i medicinali sperimentali e i dispositivi usati per somministrarli), produce il protocollo dello studio e tutta la documentazione necessaria preordinata all'avvio della sperimentazione: tutti i documenti sono caricati sul portale informatico della ricerca clinica afferente al Comitato Etico Territoriale (CET), organismo che ha responsabilità di garantire la tutela dei diritti della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione	Sponsor	Autorizzazione di una sperimentazione in situazione di conflitto di interessi e incompatibilità dello sperimentatore con vantaggio per il medesimo											
				2	Lo sponsor individua lo sperimentatore (investigator: soggetto responsabile della conduzione dello studio clinico anche devinto "local PI" ovvero principal investigator, cioè il capo del "team locale") e inserisce il nominativo sul portale	Sponsor												
				3	Verifica delle dotazioni umane e strumentali presenti nei locali della Struttura Asl in cui si svolgerà la sperimentazioni (centro di sperimentazione)	Sponsor												
				4A	Lo sperimentatore individuato dallo sponsor, in accordo con il proprio Direttore di Dipartimento, verifica l'interesse allo studio e alla sua fattibilità nonché individua i soggetti interni che parteciperanno all'attività anche in qualità di co-sperimentatori (e la previsione dell'impegno orario di ciascuno).	Sperimentatore												
				4B	In caso tra i soggetti interni fosse stato individuato anche personale infermieristico risulta necessario acquisire il parere favorevole del coordinatore	Coordinatore infermieristico												
				5	Il Direttore Sanitario redige il nulla osta di fattibilità locale della sperimentazione.	Direttore Sanitario												
				7	Il Comitato Etico esprime il parere all'avvio della sperimentazione	CET												
				9	Verifica di tutta la documentazione della sperimentazione tra cui la revisione del contratto ove previsto	S.C. Affari Generali		Mancata acquisizione del documento denominato "Dichiarazione di interessi" ai sensi del Regolamento UE 536/2014. La dichiarazione compilata su apposito modello approvato dal Centro di coordinamento deve essere compilata dallo sperimentatore e fa parte del dossier della domanda	Ufficio Sperimentazioni cliniche afferente alla S.C. Affari Generali e Legali	Mancata o superficiale verifica della dichiarazione	BASSO	Rispetto della Procedura aziendale Esame della documentazione da parte del Comitato Etico competente per le verifiche ed i controlli previsti dalla normativa di settore	La Procedura aziendale è stata oggetto di prima revisione in data 17.4.2025 AZ/PR/JA.Gen.05/Rev.1					
				10	Predisposizione e adozione delibera di autorizzazione all'avvio del centro di sperimentazione e firma dell'eventuale contratto	DG/S.C. Affari Generali												
				11A	Avvio della sperimentazione (dopo acquisizione del parere favorevole del CET e della delibera aziendale): arruolamento dei pazienti (o a eventuali tutori degli stessi) da sottoporre a sperimentazione e raccolta del loro consenso previa adeguata e dettagliata informazione sull'oggetto della sperimentazione, sulle modalità terapeutiche e sui rischi/benefici.	Sperimentatore (o sua squadra)												
				12A	Esecuzione della sperimentazione: ricezione dei composti medicinali e loro preparazione per la somministrazione ai pazienti	UFA												
				14	Comunicazione di avvenuta conclusione della sperimentazione	Sperimentatore												
				15	Inserimento sul portale della ricerca clinica della comunicazione dell'avvenuta conclusione della sperimentazione clinica.	S.C. Affari Generali												
				16	Pagamento di parte dei proventi incassati allo Sperimentatore e alla sua equipe secondo quanto previsto dalla Procedura aziendale sulle sperimentazioni cliniche	S.C. Risorse Umane												
				17	Emissione delle fatture attive allo sponsor					S.C. Affari Generali								

DIPARTIMENTO			Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI			SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
Dipartimento giuridico, delle risorse e delle attività tecniche	S.C. Affari generali e legali	Affidamento incarichi legali esterni/consulenti	1	Predisposizione/approvazione elenco avvocati per l'affidamento di incarichi di rappresentanza in giudizio	Settore Gestione del contenzioso, S.C. Risorse Umane, S.C. Programmazione e gestione beni e servizi	Affidamento dell'incarico in situazione di conflitto di interessi e incompatibilità avvantaggiando la controparte e creando un danno all'Azienda. Liquidazione onorari più alti.					Verifica dei requisiti per l'affidamento degli incarichi e scelta del professionista		Rotazione dei professionisti, modulistica anticorruzione sottoscritta dal legale (assenza conflitti di interessi e incompatibilità), pubblicazione cv dei legali, approvazione dell'incarico dalla Direzione Generale, monitoraggio semestrale e acquisizione del CIG	Misura già presente Bando periodico per aggiornamento continuo dell'elenco dei fiduciari						
			2	Verifica dei requisiti per l'affidamento e scelta del legale	Settore Gestione del contenzioso		Disomogeneità nelle valutazioni e controlli dei requisiti, eccesso di discrezionalità nella scelta	Settore Gestione del contenzioso	Mancata o superficiale verifica dei requisiti dei legali/consulenti, incaricare solo alcuni professionisti	BASSO										
			3	Formalizzazione dell'incarico con delibera e sottoscrizione del disciplinare di incarico professionale	Settore Gestione del Contenzioso, Segreteria Affari Generali e Legali, Direzione Generale, Direttore S.C. Affari Generali															
			4	Pubblicazione sul sito aziendale della documentazione sottoscritta relativa alla mancanza dei conflitti di interessi, all' incompatibilità con altri incarichi e relativa attestazione di insussistenza di situazioni conflitto di interesse sottoscritte dal Direttore S.C. Affari Generali e legali	Settore Gestione del Contenzioso, Segreteria Affari Generali e Legali e Direttore degli Affari Generali e Legali		Omissione della pubblicazione di documentazione che attesti situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi	Segreteria Affari Generali e Settore Gestione del Contenzioso	BASSO											
			5	Liquidazione degli onorari al legale per l'attività prestata	Settore Gestione del Contenzioso, Bilancio, Segreteria Affari Generali e Legali		Liquidazione di compensi più alti rispetto alle tabelle degli onorari sottoscritte dai legali al momento dell'incarico	Settore Gestione del contenzioso e Bilancio	Mancato controllo delle tabelle degli onorari	BASSO										

TRATTAMENTO DEL RISCHIO																	
PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
								* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
PAGAMENTI	1	Emissione del mandato di pagamento	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un creditore	Non emissione del mandato di pagamento di documento autorizzato al fine di sfavorire il creditore. Emissione di un mandato di pagamento di documento non autorizzato per favorire il creditore.	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno	BASSO	1, 2	nessuno	- Automazione delle procedure di acquisizione degli elenchi di liquidazione e controllo periodico dei documenti autorizzati. - Automazione blocco creazione mandato in assenza di elenco di liquidazione digitalmente firmato e quindi autorizzato. - Modulo informatizzato richiesta di pagamento - Inoltro digitale all'istituto di credito cassiere dei mandati di pagamento. - Competenze diffuse tra più operatori - Pubblicazione rendicontazione a soggetti terzi (file annuale elenco pagamenti, file dettaglio elenco liquidazioni) - Controllo mensile dello scaduto	nessuno					
	2	Inoltro del mandato di pagamento all'istituto cassiere			Possibilità di incidere sui tempi di evasione del pagamento così da favorire/sfavorire un fornitore.												
FATTURAZIONE PASSIVA	1	Importazione del documento da archivio temporaneo e attribuzione centro di costo per la liquidazione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un creditore	Mancata importazione del documento da archivio temporaneo o mancata registrazione del documento cartaceo	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno	BASSO	1, 2	nessuno	- Controllo periodico allineamento SDI/DIGIDOC/AREAS - Controllo dei tempi di liquidazione dal momento della registrazione del documento in contabilità - Controllo periodico dello scaduto - Competenze diffuse tra più operatori - Pubblicazione periodica indicatore tempestività dei pagamenti (ITP) - ITP inserito tra gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale e alla struttura - Monitoraggio da parte del MEF attraverso la Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)	nessuno					
	2	Registrazione documento cartaceo e attribuzione centro di costo per liquidazione			Errata assegnazione del centro di costo e di conseguenza allungamento dei tempi di liquidazione												
INCASSI	1	Emissione della reversale d'incasso e inoltro della reversale d'incasso all'istituto cassiere	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Non si rilevano comportamenti a rischio corruzione		S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno	BASSO	2	nessuno	Quadratura degli incassi in tesoreria confrontata con gli incassi risultanti dal gestionale aziendale.	Implementazione software integrativo per riconciliazione incassi gestiti tramite PagoPa	Implementazione software	Riconciliazione puntuale incassi realizzati con PagoPa con prestazioni rilevate dal sistema interno	Non dipendenti dalla struttura,atteso rilascio da parte di softwarehouse (tempo di realizzazione presunto entro il 2026)	S.C. Bilancio	Software operativo
	2	Verifica e quadratura incassi con le prestazioni erogate		Favorire un debitore	Possibilità di favorire un soggetto terzo non richiedendo il pagamento per la prestazione		nessuno										
FATTURAZIONE ATTIVA	1	Verifica e quadratura documenti emessi con richieste di emissione fattura attiva	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire un debitore	Possibilità di favorire un debitore non emettendo fattura	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno	BASSO	1	nessuno	Quadratura delle fatture attive emesse con richieste di emissione Modulo informatizzato gestione richieste emissione fatture attive	nessuno					
AUTORIZZAZIONI DI SPESA		Assegnazione dell'importo annuale sulle autorizzazioni di spesa coerenti con le voci presenti nel bilancio di previsione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Favorire / sfavorire un dirigente intestatario di autorizzazione di spesa	Possibilità di favorire un dirigente intestatario di autorizzazione di spesa incrementando o decrementando l'assegnazione annuale a discapito di altro dirigente, pur nel rispetto complessivo del bilancio di previsione	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	nessuno	BASSO	1	nessuno	Confronto con le strutture fabbisogno / disponibilità e monitoraggio periodico	nessuno					

PROCESSO	FASI/AZIONI	Struttura responsabile/ competente della implementaz.	EVENTO (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI		VARIAZIONE ALLA PROCEDURA A SEGUITO EMERGENZA COVID (disposizione Regione Liguria del maggio 2020)
					PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	
DISTRETTO Verifica possesso requisiti previsti dalla normattiva vigente (L.R. n. 24/96) per trasporti sanitari utenti non deambulanti effettuati dalle Pubbliche Assistenze	UTENTE: l'utente o il familiare si reca presso lo sportello integrato o invia mail al medesimo con impegnativa redatta dal medico del SSN per richiedere autorizzazione al trasporto sanitario paziente non deambulante assoluto o oncologico da sottoporre a valutazione indicando le ragioni cliniche	Medico Funzionario Distrettuale	Ottenere benefici personali orientando l'utente nella scelta della Pubblica Assistenza e/o nel rilascio delle autorizzazione all'utente che lo richiede	1) Il Medico Funzionario indica la PPAA dove rivolgersi per richiedere il trasporto sanitario 2) Il Medico funzionario effettua una valutazione inappropriata dei requisiti richiesti al rilascio della autorizzazione al trasporto	Ufficio Medico funzionario	eccessiva discrezionalità e mancanza rotazione del personale per carenza organico	1) l'Utente si reca direttamente alla PP.AA. di propria scelta con l'impegnativa redatta dal medico del SSN. 2) Non viene svolta la fase autorizzativa da parte del medico Funzionario del Distretto. 3) La PP.AA. invia l'impegnativa del medico SSN con dichiarazione di trasporto effettuato al Dipartimento Cure Primarie per il relativo rimborso
	MEDICO FUNZIONARIO: il Medico Funzionario verifica i requisiti clinici e normativi (circolari regionali) a seguito dei quali rilascia idonea autorizzazione al trasporto sulla stessa impegnativa del medico richiedente	Medico Funzionario Distrettuale		non di competenza	Distretti	non di competenza	non di competenza
	PUBBLICHE ASSISTENZE: le PP.AA. Ricevono dall'utente l'impegnativa debitamente autorizzata e procede al trasporto sanitario,						
	Le Pubbliche assistenze successivamente inviano fattura di rimborso al servizio di competenza ASL			Distretti			

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Cure Primarie/Attività discrezionali	Discreti 14 /15/16	LISTE D'ATTESA (Gestione Priorità di tipo B)	1	Ricezione mail con file allegato per priorità inevasa di tipo B che non ha trovato disponibilità nella area metropolitana	Distretto	Indisponibilità della prestazione nei termini indicati dal codice priorità	Cancellazione mail	ufficio	condizioni individuali	BASSO	1 e 2	Interesse personale, favorire un utente a scapito di altri	EMAIL NON PERSONALE MA GESTITA DALL'INTERO SERVIZIO	Applicazione informatica a livello Regionale					
			2	Predisposizione excell cronologico	Distretto		mancato errato inserimento	ufficio	condizioni individuali	BASSO									
			3	Trasmissione Richiesta Reparti	Distretto			ufficio											
		ANAGRAFE SANITARIA (Scelta/ Revoca MMG-PLS)		L'utente di persona o tramite mail provvede alla scelta/ revoca del medico	Distretto	Manipolazione della scelta o revoca di MMG/PLS rispetto a quanto richiesto inizialmente dallo stesso.	Richiedere all'utente di inserire un medico diverso rispetto a quello scelto inizialmente	ufficio anagrafe sanitaria	condizioni individuali	MEDIO		Interesse personale, favorire un medico a scapito di altri	EMAIL NON PERSONALE MA GESTITA DALL'INTERO SERVIZIO / UTENTE FIRMA RICEVUTA CON MEDICO INSERITO	Applicazione informatica a livello Regionale con identificazione ID dell'operatore. Spid per autenticazione su FSE					
				L'operatore inserisce richiesta all'interno di Anagrafe Web in base alle disponibilità	Distretto		Inserimento di medico diverso	ufficio anagrafe sanitaria	condizioni individuali	MEDIO									
				Rilascio del libretto sanitario all'utente	Distretto			ufficio anagrafe sanitaria											

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile /competente della implementazioni)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
	SSA Disabilita' Congenite	gestione rapporti con strutture accreditate (liste attese, inserimenti, proroghe)								* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
			1	inserimento in lista d'attesa in ordine cronologico (data domanda dell'utente)	medico	le domande vengono inviate al protocollo generale in ordine di arrivo. Una volta protocollate le richieste vengono inserite nella lista d'attesa cronologica in file. Non sarebbe possibile anticipare la data perchè fa fede la data del protocollo generale. Può eventualmente essere possibile trattenere la richiesta prima di mandarla al protocollo per ritardare la protocollazione. il rischio è insito nella possibilità di falsare la data	posticipazione dell'invio al protocollo generale	segreteria della SSA		basso				1) a partire dal 2022 discussione in equipe delle motivazioni che producono la scelta del paziente da inserire in struttura e 2) presenza di una procedura per l' inserimento in struttura dei pazienti disabili 3) presenza di liste di attesa diversificate per setting (residenziale e semiresidenziale) e per struttura					
			2	abbinamento con tipologia appropriata di setting (struttura) considerando anche la scelta del paziente	medico	esistono riferimenti normativi che tracciano delle indicazioni (dgr 446/2015,L.R. 9/2017, dgr 944/2018 e 945/2018, dgr 615/2018, deliberazione ALISA 73/2018) il rischio consiste nella discrezionalità della valutazione in mancanza di parametri maggiormente dettagliati (mancanza di norme che definiscano uno strumento di valutazione uniforme)	ipervalutazione o sottovalutazione parametri	referente SSA	1) mancanza di scheda di valutazione regionale con attribuzione di punteggio (a differenza ad es. del settore anziani) e 2) scarsità di risorse (un medico full time e un altro per 18 oren all'interno della struttura)	Medio									
			3	monitoraggio budget singola struttura e generale	medico/ SC Bilancio	l'iter che va dall'ordine di acquisto delle prestazioni al saldo delle fatture segue una tempistica stringente, totalmente informatizzata (si tratta di fatturazione elettronica) , stabilità dalla regione.				Basso	fase di autorizzazione all'inserimento	vedi J	nessuna						
			4	Autorizzazione all'inserimento in struttura da scorrimento lista d'attesa, fatte salve situazioni di emergenza.	Medico/Ammi nistrativo	L'autorizzazione all'inserimento avviene quando si rende disponibile il posto nel setting adatto alla persona che si trova in lista d'attesa in ordine cronologico e vi è la disponibilità del budget (della struttura convenzionata e della SSA); ovviamente in caso di situazione di emergenza si prescinde dalla lista d'attesa; in quest'ultimo caso si può anche richiedere ad ALISA l'inserimento in extrabudget	Mancato rispetto della "lista d'attesa" e /o delle priorità legate a situazioni di urgenza (ad es. repentino aggravamento dei bisogni assistenziali e/o perdita improvvisa del sostegno dato dal care giver)	Referente SSA	1) mancanza di scheda di valutazione regionale con attribuzione di punteggio (a differenza ad es. del settore anziani) e 2) scarsità di risorse (un medico full time e un altro per 18 oren all'interno della struttura)	Alto					1) Discussione sistematica degli inserimenti in struttura in equipe	1)implementazion e condivisione della scelta tra gli operatori	2027	SSA Disabilità Congenite e non autosufficienza	discussioni in equipe ad hoc sull'inserimento dei pazienti in struttura
															2) revisione della di Procedura per l'inserimento in lista di attesa	2) emissione della procedura e della nuova modulistica per presentazione della domanda in lista di attesa	2027	SSA Disabilità Congenite e non autosufficienza	n 3 riunioni di condivisione in equipe della lista di attesa e della modalità di inserimento dei pazienti divisi per setting e per struttura

SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)												
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	MISURE SPECIFICHE	TIPOLOGIA MISURE SPECIFICHE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA			
									STATO DI ATTUAZIONE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
Controllo contabile su tutte le ricette presentate nelle Farmacie convenzionate con ASL 4	Farmacie consegnano le ricette con distinta contabile alla S.C. Farmacia. A decorrere da aprile 2020, a seguito dell'emergenza COVID 19, le farmacie consegnano anche i fogli di registro dove vengono applicati i fustelli dei prescritti con ricetta dematerializzata	S.C. Farmacia	Accreditati/ addebiti scorretti alle Farmacie convenzionate con ASL4	Nessun rischio. Nel caso la farmacia non consegnasse la distinta, non verrà pagata. Nel caso dei fogli registro potrebbero esservi fustelli non correlati ad alcuna prescrizione.	esterno	Fattore esterno individuale del farmacista erogante titolare/direttore della farmacia convenzionata	la ditta del Data Entry elabora le ricette virtuali corrispondenti ai fustelli dei fogli Registro.	misura informatica esterna	Attuazione da Maggio 2020	Procedura pienamente attuata	Tabulati esplicativi	Dott.ssa Simona Peri
	La ditta di Data entry annulla i fustelli nei locali della S.C. Farmacia e scansiona tutte le ricette. Successivamente elabora tabulati con i dati contabili, desunti dalle ricette, e li mette a disposizione della S.C. Farmacia	Ditta di data entry		Lettura non corretta dei fustelli ed elaborazione dei tabulati contabili non corretti	esterno	Comportamento orientato	effettuazione di un corretto e attento controllo contabile da parte degli amministrativi della S.C.	utilizzo del portale SOGEI e altre banche dati a disposizione	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Tabulati esplicativi	Dott.ssa Simona Peri
Controllo contabile su tutte le ricette presentate nelle Farmacie convenzionate con ASL 4	Scelta da parte del Direttore del servizio di personale Amministrativo per lo svolgimento del controllo contabile	S.C. Farmacia		Mancata valutazione di assenza di conflitto di interesse da parte del direttore della S.C. Farmacia nella scelta del personale e mancata rotazione del personale amministrativo addetto al processo in oggetto	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri
	Valutazione dei tabulati contabili forniti dalla Società di Data Entry per singola farmacia e confronto con ns tabulati	S.C. Farmacia		Mancata segnalazione al Direttore del servizio di inadempimenti da parte della ditta di Data entry: tardiva consegna dei tabulati contabili, mancata evidenziazione di errori contabili a favore di alcune farmacie	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri
	Individuazione addebiti/accrediti	S.C. Farmacia		Errata valutazione dei tabulati contabili da parte del personale amministrativo della S.C. Scrivente	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	Rotazione del personale amministrativo	gestione interna del personale	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Controlli periodici del direttore SC	Dott.ssa Simona Peri
	Invio alle singole farmacie delle valutazioni contabili	S.C. Farmacia		Effettuazione dei soli accrediti alle farmacie convenzionate omettendo gli addebiti	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Monopolio competenze	controllo del direttore della S.C. Scrivente sul numero di accrediti soprattutto e addebiti alle singole farmacie	Tabulato excel riepilogativo mensile di accredito/ addebito	Attuazione da Giugno 2022	Attività consolidata da anni	Lettere di addebito ed accredito	Dott.ssa Simona Peri
	Scelta della farmacia da ispezionare (partendo da quelle che da più tempo non sono state sottoposte a controlli)	S.C. Farmacia		Il Direttore individua alcune Farmacie a scapito di altre o senza seguire un ordine cronologico	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Rispetto della tempistica biennale di ispezione come da art.127/ TULS	Tabulato excel con cronologia ispezioni per singola farmacia	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica delle date delle ispezioni dal tabulato excel condiviso	Farmacisti presenti nella Delibera
Ispezione alle farmacie	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento degli altri membri della Commissione Farmaceutica nominata con delibera ASL4	S.C. Farmacia	Elusione nei controlli nei confronti di una Farmacia	Nessun rischio. I membri della Commissione sono nominati con delibera ASL dopo consultazione di Federfarma e Assofarm	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Farmacisti presenti all'ispezione sono quelli nominati con delibera ASL4	Verifica del Distretto di appartenenza della farmacia da ispezionare in relazione al componente della commissione designato dall'Ordine e convocato per l'ispezione	Attuazione da Gennaio 2019	da Gennaio 2019	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario	Farmacisti presenti nella Delibera
	Svolgimento dell'ispezione	S.C. Farmacia		La commissione nello svolgimento dell'ispezione ha un atteggiamento estremamente conciliante nei riguardi della Farmacia ispezionata.	esterno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/Scarsa parametrizzazione	Farmacisti presenti all'ispezione sono quelli nominati con delibera ASL4	Utilizzo di apposita modulistica dettagliata per la stesura del verbale di ispezione	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario	Farmacisti presenti nella Delibera
Ispezione alle farmacie	Esito dell'ispezione	S.C. Farmacia		La commissione non procede nell'applicare sanzioni amministrative a seguito di eventuali illeciti riscontrati.	esterno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	Farmacisti presenti all'ispezione sono quelli nominati con delibera ASL4	Redazione del verbale di ispezione in condivisione con i membri della commissione presenti all'ispezione	Sottoscrizione del verbale da parte di tutti i componenti la Commissione Farmaceutica presenti all'ispezione	Attività consolidata da anni	Verifica dei nominativi dei Farmacisti della Commissione e del segretario	Farmacisti presenti nella Delibera

Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996).	Individuazione da parte del Direttore del servizio di un Farmacista che valuti le schede Medico prodotte dalla ditta esterna per i MMG/PLS.	S.C. Farmacia	Controllo prescrizioni MMG (medici di medicina generale) e PLS (pediatri di libera scelta) e specialisti ospedalieri e ambulatoriali.	Il Direttore individua un soggetto senza valutare eventuali conflitti di interesse ed omette la rotazione del personale Farmacista addetto a tale compito	interno	Monopolio potere/Monopolio competenze	rotazione del personale farmacista .	Approfondimenti nei confronti degli MMG/PLS con evidenti scostamenti degli indicatori di appropriatezza rispetto alla media	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Individuazione dei Medici con scostamenti degli indicatori di appropriatezza	Dott.ssa Simona Peri
	Il Farmacista individuato provvede all'analisi dei tabulati prodotti dalla Ditta che effettua il Data entry	S.C. Farmacia		Mancata segnalazione di errori sui tabulati dei singoli Medici da parte della ditta che effettua il Data Entry	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	effettuazione di un corretto e attento controllo tecnico da parte dei farmacisti della S.C.	utilizzo programma informatico con possibilità di esaminare tutte le prescrizioni.	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica dei dati di prescrizione su programma informatico Farmagrex	Dott.ssa Simona Peri
	Sceita dei Medici da controllare	S.C. Farmacia		Il Farmacista omette di controllare un medico a seguito di conflitto di interesse	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	rotazione del personale farmacista .	verifica assenza conflitto di interesse	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Individuazione dei Medici con scostamenti degli indicatori di appropriatezza	Dott.ssa Simona Peri
Controllo appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Istruttoria per applicazione art. 1 Legge 425 del 1996).	Svolgimento dell'analisi delle prescrizioni	S.C. Farmacia		Controllo superficiale e poco puntuale delle prescrizioni	interno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità/ Scarsa parametrizzazione	il Direttore valuta il know-how del farmacista esaminatore	Il direttore valuta la qualità della segnalazione del farmacista controllante	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Valutazione a campione delle relazioni da parte del direttore SC	Dott.ssa Simona Peri
	Convocazione del Medico con il Direttore del distretto di appartenenza del prescrittore	S.C. Farmacia		Convocazione orientata alla superficialità e alla massima tolleranza	esterno	Monopolio competenze/ Eccessiva discrezionalità	il farmacista pretende maggior correttezza nella valutazione dei dati presentati.	tabulati delle prescrizioni puntuali e incontestabili	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Verifica comportamento prescrittivo del medico sui tabulati nel periodo successivo alla convocazione	Dott.ssa Simona Peri
	Redazione verbale della convocazione	S.C. Farmacia		Compilazione orientata del verbale alla massima tolleranza	esterno	Mancata trasparenza/Eccessiva discrezionalità	rotazione del personale farmacista .	verifica assenza conflitto di interesse	Attuazione da Gennaio 2019	Attività consolidata da anni	Mancata apposizione della firma sul verbale	Dott.ssa Simona Peri

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI						SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	P1 Programmazione Ufficiali Controlli	1.1	PNI PRISA PNR AMR UVAC Direttive aziendali Ad Hoc	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento dell'anagrafe degli operatori, mancato aggiornamento del database delle attività, accesso ripetuto presso gli OSA)	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole/Carenze nel sistema di gestione informativo	MEDIO	Stesura dei piani di lavoro	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazioni preventive di assenza di conflitto di interesse -Redazione dettagliata e congiunta di programmazione dell'attività e procedure operative. Rispetto delle frequenze previste nei controlli ufficiali sulla base della categorizzazione del rischio. Audit Regionali su ACL.	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio					
			1.2	Analisi e valutazione dei dati disponibili per la stesura dei piani di lavoro															
			1.3	Predisposizione Piano Dipartimentale Integrato															
		P2 Attività di Controllo Ufficiale (Ispezioni / Campionamento/Audit) su Operatori del Settore Alimentare che trattano alimenti di origine animale	2.1	Assegnazione pratica	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse; mancata rotazione del personale.	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche	MEDIO	Fasi di Controllo Ufficiale presso gli OSA e predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento - Programmazione dettagliata dei Controlli Ufficiali- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse - Procedure operative- Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Rotazione triennale degli incarichi- Supervisione documentale e sul campo	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio					
			2.2	Esecuzione controllo e relazione di controllo ufficiale			Verifica erronea o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive e/o discrezionali.		Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.										
			2.3	Provvedimenti conseguenti Artt. 137, 138 e 139 Reg. (UE) 2017/625			Mancata verifica, non corretto od omesso accertamento dell'esito dei provvedimenti conseguenti		Assenza di meccanismi di controllo ex post / supervisione										
		P3 Altre Attività Ufficiali / Attività tecnica (rilascio di Riconoscimenti CE, Pareri igienico sanitari, Certificazioni per l'export, Rateizzazioni, Proroghe, Esposti, Dissequestri, Notifiche ai sensi art. 6 Reg CE 852/2004)	3.1	Ricevimento richiesta da parte dell' OSA , Cittadini, Istituzioni.	Struttura Complessa Igiene Alimenti di Origine Animale	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Protocolloazione in tempi non congrui	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole	MEDIO	Fasi di Controllo Ufficiale presso gli OSA e predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici-Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse -Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Supervisione documentale e sul campo- Registro Monitoraggio tempi procedurali con verifica dei tempi di chiusura del singolo processo	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio					
			3.2	Assegnazione pratica			Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse		Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche										
			3.3	Sopralluogo ove previsto per erogare attività specialistica in area veterinaria e Relazione di Controllo Ufficiale			Verifica erronea o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive/discrezionali;		Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.										
			3.4	Predisposizione Atti- Pareri igienico sanitari - Certificazioni - Registrazione in banche dati specifiche			Mancata verifica, non corretto od omesso accertamento dell'esito dei provvedimenti conseguenti		Assenza di meccanismi di controllo ex post / supervisione										

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE STRUTTURALE COMPLESSA IGIENE E SANITA'	7	Vaccinazioni Assolvimento obblighi vaccinali nei minori	7.1	Prevalenza su CUPRES Letale/invalido ai sensi del regolamento dell'articolo 28 del Regolamento del 2017 Verifica regolarità vaccinazione secondo disposizione L. 178/2017	Completato con supervisione del Dirigente	Mancanza di trasparenza nella valutazione dell'attività svolta (per prevenzione medica)	Prevalenza vaccinazione da parte del comparto in base al inventario prestatore extra spazio CUPRES	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	MEDIO	Prevenzione epidemiologica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	professionalità degli operatori e relazione con il dirigente responsabile	Nuovo esempio vaccinale regionale	Tavolo Tecnico Regionale con Dipartimento Istruttoria	spettività ampliate vaccinale regionale	1 anno	Regione Liguria	realizzazione nuova piattaforma informatica
			7.2	Effettuazione della vaccinazione e registrazione informatica	Medico e Comparto		Errore registrazione informatica Discrepanza tra cartella e registrazione informatica	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale										
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE STRUTTURALE COMPLESSA IGIENE E SANITA'	8	Tema Regione Marittima Ricezione Schede ISTAT dai Comuni Rilascio certificati cause di morte	8.1	Ricezione dei Comuni delle Schede ISTAT dei decessi nel Comune Inventario cause di morte sul registro di mortalità in CUPRES Archiviazione schede ISTAT	Completato con supervisione del Dirigente	Errore immissione schede in fascicolo	-	SC Igien e Sanità Pubblica	la scheda ISTAT è un foglio molto sciolto	BASSO	Registrazione e Archiviazione	Lettera difficoltà della scheda ISTAT che non è leggibile o non è completa con l'attività svolta con delle attività assegnate al personale	professionalità degli operatori e relazione con il dirigente responsabile	Deputa verifica l'attività e amministrativa) sulla base delle cause di morte riportate nella scheda ISTAT prima di censurarle il certificato	In essere	Contenimento errori	In corso	S.C. Igien e Sanità Pubblica	-
			8.2	Rilascio di copie schede ISTAT e certificati cause di morte	Medico e Comparto		Errore registrazione informatica Discrepanza tra cartella e registrazione informatica	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale										
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE STRUTTURALE COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	9	Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	9.1	Ricezione da Regione alcuni titoli e scatole da controllare per la sorveglianza	Completato con supervisione del Dirigente		-	SC Igien e Sanità Pubblica		BASSO	Ricerca contatti e studio di Fattori	Scarsa disponibilità dell'attività svolta con delle attività assegnate al personale	professionalità degli operatori e relazione con il dirigente responsabile	Verifica indicatori (tasso vaccinazione scuola - tasso di ricerca)	In essere	Miglioramento indicatori	In corso	S.C. Igien e Sanità Pubblica	Indicatori piattaforma PASSI e PASSI D'ARGENTO
			9.2	Elaborazione del file excel per l'invio busta POSTEL della lettera all'ufficio Certificazioni per il singolo operatore del comparto assegnato da controllare sulla piattaforma	Completato con supervisione del Dirigente	Consegna senza risposta fornita dall'utente e dati inviati sulla piattaforma	-	SC Igien e Sanità Pubblica											
			9.3	Operatore effettua intervista compilando il questionario sulla piattaforma	Completato con supervisione del Dirigente		Errore registrazione informatica Discrepanza tra cartella e registrazione informatica	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale										
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE STRUTTURALE COMPLESSA IGIENE E SANITA'	10	Test intradermico-vaccinale MANTOUX	10.1	Prevalenza interna (contatti con TBC) Medico Comparto (sezione personale) Ricezione esterne (DMG e altro)	Completato	Mancanza di trasparenza nella valutazione delle richieste interne (per prevenzione medica)	Prevalenza MANTOUX da parte del comparto in base alla valutazione (RICETTA PER GLI INTERNI)	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	BASSO	Prevenzione epidemiologica Esecuzione del test	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	professionalità degli operatori e relazione con il dirigente responsabile	Supervisione attività nella fase delle lettere del test	In corso	Bassi tassi positivi a base falso negativo	In corso	S.C. Igien e Sanità Pubblica	Segnalazioni non conformi
			10.2	Esecuzione della MANTOUX Lettera MANTOUX Prestazione	Medico e Comparto		Completato esecuzione dell'attività svolta	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale										
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE STRUTTURALE COMPLESSA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	11	Recupero crediti (Parenti - Certificazioni - Vaccinazioni - Sanzioni)	11.1	Verifica dei crediti inviati edotti di pagamento (non Raccomanda AN)	Completato	Ritardamento alla vaccinazione e segue la prevenzione prima del pagamento	In base di recupero crediti alcuni dati afferenti che durante la valutazione non sono dati interni che le vaccinazioni sono a pagamento	SC Igien e Sanità Pubblica	manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	MEDIO	Esempio comparto di prevenzione a pagamento non emissione R.V. Verifica dei crediti	manca di un programma informativo gestionale che contenga il monitoraggio dell'attività svolta con delle attività assegnate al personale	professionalità degli operatori e relazione con il dirigente responsabile	Supervisione attività	In corso	Contenimento degli errori	In corso	S.C. Igien e Sanità Pubblica	Supervisione del Dirigente Prestazione programmi informativi gestionali
			11.2	Verifica dei pagamenti a seguito di edotto creditati alla S.C. Alti Comuni per la vaccinazione gratuita	Completato		manca di omogeneità dovuta all'attività svolta con delle attività assegnate al personale	SC Igien e Sanità Pubblica											

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	SSD MEDICINA LEGALE	ATTIVITA' DI CERTIFICAZIONE	1	GESTIONE AMM PRATICA	AREA CERTIFICAZIONI E ATTIVITA' NECROSCOPICA - AREA SETTORE INVALIDI CIVILI - AREA COMMISSIONE PATENTI	RICHIESTA	TELEFONATA/COLLOQUIO DIRETTO	LOCALI STRUTTURA	INSODDISFAZIONE- GESTIONE DEL PROCESSO DA PARTE DI UN SINGOLO INDIVIDUO - ATTEGGIAMENTO ASSISTENZIALE - RICHIESTE ESTERNE - INFLUENZA DEGLI STAKE HOLDER	ALTO	GESTIONE AMM. PRATICA - VISITA MEDICA E DEFINIZIONE PRATICA	INSODDISFAZIONE SIA ECONOMICA CHE PROFESSIONALE- RAPPORTI AMICALI E PARENTALI ASSECONDERE RICHIESTE ESTERNE AIUTO NEI CONFRONTI DI PERSONE SOCIALMENTE SVANTAGGIATE -	DICHIARAZIONE PREVENTIVA ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI/GESTIONE EVENTUALI SITUAZIONI DI C.I. - CONDIVISIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' DI GRUPPO -CONOSCENZA DI TUTTE LE FASI DEL PROCESSO DA PARTE DEGLI OPERATORI COINVOLTI	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI INDICATE SONO GIA' IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, SI E' DISPOSTO DI ESEGUIRE LA VISITA DOMICILIARE CON ALMENO DUE OPERATORI	CONDIVISIONE NEL GRUPPO DI LAVORO DELLA DIVERSA MODALITA' DI VISITA	IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	FINE ANNO 2025	SSD MEDICINA LEGALE	ASSENZA DENUNCIA DA PARTE DELL'AUTORITA' COMPETENTE		
			2	VISITA			VALUTAZIONE NON CONSONA/ FITTIZIA	LOCALI STRUTTURA													
			3	ACC. SPECIALISTICO			CERTIFICATO COMPIACENTE	AMBULATORIO SPECIALISTICO													
			4	DEFINIZIONE			GIUDIZIO NON CONSONO / MANCANZA ADEMPIMENTI DI LEGGE	LOCALI STRUTTURA													

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI			SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
S.S.A. GERIATRIA	rsa post acuti e attività geriatriche territoriali	vigilanza nelle strutture autorizzate e accreditate	1	identificazione delle strutture accreditate e autorizzate del territorio dell'ASL4	responsabile della S.S.A. GERIATRIA o suo delegato	mancata segnalazione nel verbale di vigilanza di irregolarità riscontrate nella struttura vigilata	mancata identificazione della struttura da vigilare	ALISA-ASL4	inefficace comunicazione dell'elenco delle strutture presenti sul territorio da parte di Alisa/Regione	BASSO	compilazione del verbale di vigilanza	le vigilanze vengono sempre svolte in equipe non individualmente, il verbale è precompilato sulla base dei requisiti richiesti dal manuale di autorizzazione e accreditamento	visite non programmate nelle strutture	vigilanze svolte in equipe	30 giorni	100%	30 giorni	LIGURIA SALUTE	N. strutture individuate su tutte le strutture accreditate e autorizzate di ASL4
			2	formazione dell'equipe di vigilanza (medico geriatra e direttore sociale del distretto dove è collocata la struttura da vigilare) oppure commissione legge 9/2017	Dijk e Costa (DSS 14) o Meschi (DSS 15), o Demartini (DSS 16), se vigilanza chiesta da Alisa per legge 9/2017 partecipa anche Ferrari Bravo		mancata formazione dell'equipe di vigilanza	ASL4	scarsa tendenza a lavorare in equipe	MEDIO					7 giorni	100%	30 giorni	S.S.A. GERIATRIA E DISTRETTO SS	n. equipe formate
			3	definizione delle data della vigilanza, non concordata con la struttura da vigilare	Dijk		comunicazione della data di vigilanza alla struttura da vigilare	ASL4	conoscenza da parte della S.S.A. GERIATRIA dei direttori sanitari delle strutture da vigilare	BASSO					7 giorni	100%	30 giorni	S.S.A. GERIATRIA E DISTRETTO SS	date delle vigilanze individuate
			4	effettuazione della verifica	Dijk e Costa (DSS 14) o Meschi (DSS 15), o Demartini (DSS 16), se vigilanza chiesta da Alisa per legge 9/2017 partecipa anche Ferrari Bravo.		omissione da parte della struttura di segnalazione delle irregolarità	ASL4	interesse all'omissione da parte della struttura	MEDIO					30 giorni	100%	365 giorni	S.S.A. GERIATRIA E DISTRETTO SS	strutture vigilate in un anno
			5	stampa del verbale e sua archiviazione	Dijk		omissione da parte della equipe di vigilanza delle irregolarità riscontrate	ASL4	mancato controllo di tutta la struttura	BASSO					al momento della vigilanza	100%	al momento della vigilanza	S.S.A. GERIATRIA E DISTRETTO SS	verbali compilati su vigilanze effettuate

SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)								
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE SPECIFICHE
Attivazione smart working	Aggiornamento costante sulla normativa di riferimento	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane	Calo della produttività					
	Predisposizione/Aggiornamento del Regolamento/POLA e modello domanda/accordo	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Mappatura attività eseguibili in smart working	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane, sulla base di quanto indicato dai singoli Dipartimenti						
	Formalizzazione Regolamento/POLA con provvedimento	D.G.						
	Pubblicazione in Intranet della documentazione necessaria a presentare la domanda	Ufficio Comunicazione						
	Invio domanda da parte del dipendente al proprio responsabile	Personale richiedente lo smart working						
Attivazione smart working	Autorizzazione della domanda da parte del responsabile nel rispetto della normativa e delle misure di sicurezza	Responsabile di struttura	Calo della produttività	Autorizzare personale non adeguato	Struttura di afferenza del personale richiedente	Monopolio di competenze e assenza di meccanismi di controllo ex post	Basso	Utilizzo dei criteri indicati dal POLA
	Invio dell'autorizzazione alla competente S.C. Gestione e sviluppo risorse umane e alla S.C. S.I.A.	Responsabile di struttura						
	Ricezione e registrazione domande autorizzate pervenute	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Eventuale interfacciamento con personale per eventuali necessità informatiche	S.C. S.I.A.						
	Eventuale interfacciamento con personale per aspetti procedurali	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Invio ad INAIL aggiornamento costante dei nominativi del personale in smart working	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Configurazione dell'autorizzazione s.w. sul portale del dipendente	Settore rilevazione presenze afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane						
	Monitoraggio attività eseguita in smart working	Responsabile di struttura						
	Report risultati quantitativi e qualitativi dell'attività condotta in smart working, confrontata con la stessa attività svolta in presenza	Settore incarichi e smart working afferente alla S.C. Gestione e sviluppo risorse umane sulla base delle informazioni ricevute dai vari Dipartimenti						
	Formalizzazione degli accordi tra il Dirigente di Struttura ed il dipendente	Responsabile di struttura	Diparità di trattamento nella fruizione dello sw	Eccessiva discrezionalità del dirigente concedente	Struttura di afferenza del personale richiedente	Monopolio di potere, mancanza di trasparenza	Basso	Utilizzo dei criteri indicati dal POLA ed osservanza dell'art. 3 del D.M. 19/10/2020

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
		conferimento incarichi di direzione struttura complessa	1	avvio della procedura selettiva	Direttore SC/funziionario addeito	favorire la partecipazione solo di alcuni candidati; indebito utilizzo di incarichi ad interim o indebito utilizzo dello strumento del facente funzioni	1)emissione di un bando con profilo specifico per favorire alcuni candidati 2) mancata emissione del bando nel termine previsto dal CCNL - art 22 (durata massima 18 mesi incarico provvisorio)	bando di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	fattori organizzativi	1)adozione regolamento per attribuzione incarichi Direttore SC 2)approvazione profilo del Collegio di Direzione 3)verifica rispetto tempi CCNL per durata incarichi (i.f.) 4) predisposizione piano tabellaggio con figura apicale	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) SINO 2) 100% procedure 3)100% procedure 4) SINO
			2	ammissione candidati e costituzione commissione esaminatrice	Direttore SC/funziionario addeito	irregolare composizione delle commissioni di concorso per facilitare alcuni candidati; irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	1) fittizia estrazione dei commissari per facilitare alcuni candidati 2)mancata verifica cause incompatibilità commissari per escludere rapporti di parentela -voti rapporti3)accettazione di domande incomplete o prove di alcuni requisiti 4) presentate fuori termine	ammissione candidati e nomina commissione	condizioni individuali e organizzative	medio	provvedimento di nomina commissione ed ammissione candidati	condizioni individuali e organizzative	1)regolamento per attribuzione incarichi; 2)presenza di più funzionari o funzionario «Direttore SC nella procedura di ammissione; 3)acquisizione e verifica dichiarazione di assenza conflitto interessi da parte dei commissari; 4)distruzione e sorte dei commissari da elenchi	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1)SINO 2) SINO 3)100% procedure 4) 100% procedure
			3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addeito quale segretario	inosservanza delle regole procedurali e garanzia della trasparenza e imparzialità della selezione	insufficiente descrizione dei requisiti e criteri di selezione con valutazione delle prove per favorire alcuni candidati	effettuazione delle prove	condizioni organizzative	medio	attribuzione punteggi e formulazione graduatoria	fattori organizzativi	1) Criteri di massima prefissati dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alle previsioni di legge in materia 2) inaccessibilità del processo (verbale commissione) 3) verifica coerenza dei verbali della Commissione con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione 4) Pubblicazione degli atti secondo normative nella sezione amministrazione trasparente	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) redazione criteri di massima nel 100% dei lavori 2) redazione verbali nel 100% dei lavori 3) pubblicazione atti nel 100% dei lavori 4) controllo 100% delle pratiche
			1	indizione del concorso	Direttore SC/funziionario addeito	favorire la partecipazione solo di alcuni candidati	emissione di un bando con requisiti di accesso e prove specifiche per favorire solo certi candidati	bando di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	fattori organizzativi	1) Individuazione del profilo e determinazione delle prove in modo adeguato alla struttura a cui il posto si riferisce 2) rispetto requisiti di legge nei criteri di ammissione	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	100% procedure

SC Gestio nel Risorse Umane	reclutamento del personale per concorso pubblico	2	ammissione candidati e nomina	Direttore SC/funziionario addetto	ingegnere composizione delle commissioni di concorso per facilitare alcuni candidati; irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	l'ultima estrazione dei commissari per facilitare alcuni candidati; mancata verifica cause incompatibilità commissari per escludere rapporti di parentela (altri rapporti) accettazione di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine	nomina commissione	condizioni individuali e organizzative	medio	provvedimento di nomina commissione ed ammissione candidati	fattori individuali ed organizzativi	1) presenza di più funzionari nella procedura di ammissione o funzionario e Direttore SC; 2) acquisizione e verifica dichiarazione di assenza conflitto interessi da parte dei commissari; 3) destinazione a sorte dei commissari da elenchi	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) SIGINO 2) 100% procedure 3) 100% procedure
		3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati	insufficiente descrizione dei requisiti e criteri di selezione con valutazione delle prove per favorire alcuni candidati	effettuazione delle prove	condizioni individuali ed organizzative	medio	attribuzione punteggi e formulazione graduatoria	fattori organizzativi	1) Criteri di massima predeterminati dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alle previsioni di legge in materia 2) tracciabilità del processo (verbale commissione) 3) verifica coerenza dei verbali della Commissione con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione 4) Pubblicazione degli atti secondo normative nella sezione amministrazione trasparente	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) redazione criteri di massima nel 100% dei lavori 2) redazione verbali nel 100% dei lavori 3) pubblicazione atti nel 100% dei lavori 4) controllo 100% delle pratiche
		1	indizione bando di mobilità	Direttore SC/funziionario addetto	favorire la partecipazione solo di alcuni candidati	emissione di un bando con requisiti di accesso e prove specifiche per favorire solo certi candidati	bando di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	fattori organizzativi	1) Individuazione del profilo e determinazione delle prove in modo adeguato alla struttura a cui il posto si riferisce 2) rispetto requisiti di legge nei criteri di ammissione 3) adozione regolamento mobilità	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	100% dei bandi
	reclutamento del personale per mobilità	2	ammissione candidati e nomina	Direttore SC/funziionario addetto	ingegnere composizione delle commissioni di concorso per facilitare alcuni candidati; irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	designazione dei componenti di commissioni per facilitare alcuni candidati; mancata verifica cause incompatibilità commissari per escludere rapporti di parentela (altri rapporti) accettazione di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine	nomina commissione	condizioni individuali e organizzative	medio	provvedimento di nomina commissione ed ammissione candidati	fattori individuali ed organizzativi	1) presenza di più funzionari o funzionario Direttore di SC nella procedura di ammissione; 2) acquisizione e verifica dichiarazione di assenza conflitto interessi da parte dei commissari;	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	100% procedure
		3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati	insufficiente descrizione dei requisiti e criteri di selezione con valutazione delle prove per favorire alcuni candidati	effettuazione delle prove	condizioni individuali e organizzative	medio	attribuzione punteggi e formulazione graduatoria	fattori organizzativi	1) Criteri di massima predeterminati dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alle previsioni di legge in materia 2) tracciabilità del processo (verbale commissione) 3) verifica coerenza dei verbali della Commissione con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione	vedi colonna precedente	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) redazione criteri di massima nel 100% dei lavori 2) redazione verbali nel 100% dei lavori 3) controllo 100% delle pratiche
		1	indizione avviso	Direttore SC/funziionario addetto	favorire la partecipazione solo di alcuni candidati	emissione di un bando con requisiti di accesso e prove specifiche per favorire solo certi candidati per 15 appalti emissione di bando con profilo specifico per favorire alcuni candidati	bando di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	fattori organizzativi	1) Individuazione del profilo e determinazione delle prove in modo adeguato alla struttura a cui il posto si riferisce 2) rispetto requisiti di legge nei criteri di ammissione	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) 100% procedure
	SC Gestio nel Risorse Umane																	

reclutamento del personale per avviso pubblico (incarichi a tempo determinato) - anche art 10 septies	2	ammissione candidati e nomina commissione	Direttore SC/funziionario addetto	regolare composizione delle commissioni di concorso per facilitare alcuni candidati; irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	designazione dei componenti di commissioni per facilitare alcuni candidati/mancata verifica cause incompatibilità commissari per escludere rapporti di parentela (altri rapporti) accettazione di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine	nomina commissione	condizioni individuali e organizzative	medio	provvedimento di nomina commissione ed ammissione candidati	fattori organizzativi	1)presenza di più funzionari nella procedura di ammissione o funzionario e Direttore SC; 2)acquisizione e verifica dichiarazioni di assenza conflitto interessi da parte dei commissari; 3)predominanza criteri per commissione - Direttore SC/Direttore Dipartimento-1 altro componente di pari livello	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) 100% procedure 3) SINO		
	3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati	insufficiente descrizione dei requisiti e criteri di selezione con valutazione delle prove per favorire alcuni candidati	effettuazione delle prove	condizioni individuali ed organizzative	medio	attribuzione punteggi e formulazione graduatoria	condizioni individuali e organizzative	1) Criteri di massima predefiniti dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alla previsione di legge in materia 2) tracciabilità del processo (verbale commissione) 3) verifica coerenza dei verbali della Commissione con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) 100% procedure 3) 100% procedure		
	1	indizione avviso	Direttore SC/funziionario addetto	favorire la partecipazione solo di alcuni candidati	emissione di un bando con profilo solo certi candidati	bando interno di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	fattori organizzativi	utilizzo portale dipendente per diffusione del bando- regolamento aziendale per attribuzione incarichi	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) SINO		
		2	ammissione candidati e nomina commissione	Direttore SC/funziionario addetto	regolare composizione delle commissioni di concorso per facilitare alcuni candidati; irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	designazione dei componenti di commissioni per facilitare alcuni candidati/mancata verifica cause incompatibilità commissari per escludere rapporti di parentela (altri rapporti) accettazione di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine	nomina commissione	condizioni individuali e organizzative	medio	provvedimento di nomina commissione ed ammissione candidati	fattori organizzativi	presenza di più funzionari per ammissione o funzionario + Direttore SC/ nomina commissione conforme a regolamento	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2)100% procedure	
		3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati	insufficiente descrizione dei requisiti e criteri di valutazione del curriculum per favorire alcuni candidati	valutazione del curriculum	condizioni individuali ed organizzative	medio	stesura giudizi	condizioni individuali e organizzative	1) Criteri di massima predefiniti dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alla previsione di legge in materia 2) tracciabilità del processo (verbale commissione) 3) verifica coerenza dei verbali della Commissione con il regolamento aziendale	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) 100% procedure 3) 100% procedure	
	attribuzione incarichi personale comparto e dirigenza																		
	attribuzione fasce economiche																		
1	indizione avviso	Direttore SC/funziionario addetto	favorire la partecipazione in maniera non proporzionata di alcuni profili professionali	l'emissione di un bando con requisiti personalizzati e soggettivi per favorire la progressione solo di certi profili 2)non adeguata pubblicazione dell'avviso	bando di reclutamento	condizioni organizzative	basso	fase di redazione del bando	condizioni organizzative	utilizzo portale dipendente per diffusione del bando- regolamento aziendale per attribuzione fasce approvato con le OO.SS. con requisiti oggettivi di selezione	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) SINO			
	2	ammissione candidati	Direttore SC/funziionario addetto	irregolarità nella valutazione della documentazione presentata per l'ammissione	accettazione di domande incomplete o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine	ammissione	condizioni individuali e organizzative	basso	provvedimento di verifica requisiti candidati	condizioni individuali e organizzative	presenza di più funzionari per ammissione ovvero funzionario e Direttore SC	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure		
	3	svolgimento della selezione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di parità di trattamento tra i candidati	predisposizione di punteggi non coerenti con il regolamento	valutazione documentazione	condizioni individuali e organizzative	basso	assegnazione punteggi e redazione graduatoria	condizioni individuali e organizzative	controllo della graduatoria finale prima dell'approvazione utilizzo programma informatico per calcolo punteggio	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio concorsi	1) 100% procedure 2) 100% procedure		
autorizzazione svolgimento incarichi extrastrutturali																			
1	presentazione istanza del dipendente	dipendente	false dichiarazioni/omissioni per ottenere autorizzazione	omissione di dati necessari per completa valutazione della fattispecie o false dichiarazioni (soggetto conferente/durata/oggetto (importo incarico)	istanza	condizioni individuali	medio	compilazione istanza con dati non coerenti	condizioni individuali	predisposizione modulo dettagliato per dipendenti dichiarazioni fornire personale responsabilità controllo a campione Ufficio Ispettivo	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio giuridico	1) SINO 2) 10 controlli anno			
	2	acquisizione parere Responsabile SC	Direttore SC di appartenenza	violazione del principio di imparzialità e parità di trattamento tra dipendenti	parere favorevole concesso sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari inosservanza di regole procedurali e garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della decisione	valutazione documentazione	condizioni individuali	medio	rilescio parere in contrasto con regolamento e norme	condizioni individuali	applicazione regolamento vigente	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio giuridico	1) SINO		
	3	rilescio/diniego autorizzazione	Direttore SC/funziionario addetto	violazione del principio di imparzialità e parità di trattamento tra dipendenti	autorizzazione concessa sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari inosservanza di regole procedurali e garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della decisione	valutazione documentazione	condizioni individuali	medio	rilescio autorizzazione in contrasto con regolamento e norme	condizioni individuali	applicazione regolamento vigente	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio giuridico	1) SINO		
rilevazione presenze																			
1	Utilizzo sistema rilevazione presenze	dipendente	irregolarità timbrature	regolare utilizzo sistema di rilevazione presenze (es. timbrature in formato non abilitate sede lavoro timbratura senza effettuazione servizio)	badge	condizioni individuali	alto	utilizzo badge in maniera truffaldina	condizioni individuali	1)Regolamentazione - circolari etc. 2)Controlli a campione 3) rilevazione automatica onerosa timbratura 4) timbratura in causale	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio giuridico (presenza assenze	1) SINO 2) 10 controlli anno 3) SINO 4)SINO			
2	Inserimento giustificativi	funziionario addetto	irregolarità giustificativi	regolare inserimento dei giustificativi per favorire dipendenti	valutazione documentazione	condizioni individuali	alto	inserimenti dei errati in maniera dolosa	condizioni individuali	1) Controllo a campione dellecertificazioni rilasciate dai dipendenti	MISURE GIÀ ESISTENTI (VEDI COLONNA PRECEDENTE)	sono già attuate	mantenimento misure in atto	mantenimento misure in atto	Ufficio giuridico (presenza assenze	Controllo su 10% dichiarazioni			

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI																			
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
DI PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	1) RILASCIO DI PARERI/AUTORIZZAZIONI /CERTIFICAZIONI (DEROGHE - RESTITUIBILITA' - STRUTTURE SANITARIE - PIANI DI LAVORO - SITI ESTRATTIVI)	1	RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA RICHIESTA DI PARERE/AUTORIZZAZIONE/CERTIFICAZIONE - PROTOCOLLAZIONE E INSERIMENTO FILE SU DATA BASE DI STRUTTURA	Segreteria S.C. P.S.A.L.	RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE A "NON AVENTI DIRITTO" PER FAVORIRE O SFAVORIRE DETERMINATI SOGGETTI	DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	MODALITA' DI RICEZIONE DI ISTANZE E DOCUMENTAZIONE	BASSO	2 - 3 - 4 - 5		regolamenti/procedure aziendali/dipartimentali, PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/procedure aziendali/ dipartimentali/ di Struttura
			2	VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE AL PERSONALE ADDETTO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		PRENDERE IN CARICO SOLO ALCUNE RICHIESTE	UFFICI S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DI UN PROCESSO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO Procedure Aziendali e norme specifiche di riferimento. La valutazione è condotta sulla base di criteri e vincoli individuati dalla norma di sicurezza sul lavoro	Misure di disciplina del conflitto di interessi, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche. Almeno una rotazione nell'anno del Territorio per l'assegnazione delle pratiche
			3	ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE, EVENTUALI: RICHIESTE DI CHIARIMENTI/INTEGRAZIONI, SOPRALLUOGO. CAMPIONAMENTI, CONCLUSIONI TECNICHE	PERSONALE ASSEGNATARIO DELLA PRATICA		VALUTAZIONE DIFFORME SU SOLLECITAZIONE ESTERNA	UFFICI S.C. P.S.A.L.	CARENZA DEL PERSONALE, INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO Procedure Aziendali e norme specifiche di riferimento. La valutazione è condotta sulla base di criteri e vincoli individuati dalla norma di sicurezza sul lavoro	Misure di disciplina del conflitto di interessi, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche. Almeno una rotazione nell'anno del Territorio per l'assegnazione delle pratiche
			4	RICHIESTA E VERIFICA PAGAMENTI DI DIRITTI SANITARI	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.		OMISSIONE DELL'INVIO E/O DELLA VERIFICA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURA DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Assenza di conflitto d'interesse, Rotazione del personale, Supervisione
			5	PARERE/AUTORIZZAZIONE/CERTIFICAZIONE	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		DISCORDANZA CON LE DETERMINAZIONI ESPRESSE DAL PERSONALE ASSEGNATARIO DELLA PRATICA	UFFICI S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DI UN PROCESSO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO Procedure Aziendali e norme specifiche di riferimento. La valutazione è condotta sulla base di criteri e vincoli individuati dalla norma di sicurezza sul lavoro	Misure di disciplina del conflitto di interessi, Supervisione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Assenza di conflitto d'interessi
			6	PROTOCOLLAZIONE E INVIO VIA PEC	SEGRETERIA		OMISSIONE DELLA PROTOCOLLAZIONE E INVIO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Assenza di conflitto d'interesse, Rotazione del personale, Supervisione
			1	RICEZIONE DELLE SEGNALAZIONI DA: A.G. - 112 - PRIVATI CITTADINI	SEGRETERIA		DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	MODALITA' DI RICEZIONE DI ISTANZE E DOCUMENTAZIONE				CODICE DI COMPORTAMENTO Linee guida e Procedura Regionali sulla Vigilanza	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Rispetto dei criteri previsti da Procedura Regionale e da Procedure Organizzative interne
			2	PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA'	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E COORDINATORI		METTERE OD OMETTERE IN PROGRAMMAZIONE REALTA' LAVORATIVE	S.C. P.S.A.L.	OMESSA TRASPARENZA NELLE PROCEDURE				CODICE DI COMPORTAMENTO PIANI NAZIONALI DI PREVENZIONE - P.M.P. - FLUSSI INFORMATIVI - LINEE GUIDA REGIONALI	Misure di regolamentazione, Procedure di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	

		2) VIGILANZA, ISPEZIONI E SANZIONI	3	CONTROLLI , ISPEZIONI E PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI	COORDINATORI E T.D.P.	PRESTAZIONI DIFFORMI OD OMESSE	OMISSIONE DEL CONTROLLO O ECCESSIVO RIGORE CON ESITI SANZIONATORI DIFFORMI	S.C. P.S.A.L.	CONFLITTO D'INTERESSE- MANCANZA DI TRASPARENZA- ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO	BASSO	2-3-4		CODICE DI COMPORTAMENTO LINEE GUIDA REGIONALI SULLA VIGILANZA - C.P.P. - D.LGS. 758/94	Misure di disciplina del conflitto d'interessi, Compresenza di due Operatori, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Formazione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENTO DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi all'assegnazione delle pratiche, Almeno una rotazione all'anno delle coppie di Operatori T.D.P. e una rotazione del Territorio di competenza delle Coppie di Operatori T.D.P.
			4	SNZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE	COORDINATORI E T.D.P. SEGRETERIA		ECCESSIVO RIGORE O OMESSA SANZIONE	S.C. P.S.A.L.					CODICE DI COMPORTAMENTO D.LGS.81/2008 E D.LGS. 758/94						
							IRREGOLARE REGISTRAZIONE DEI PAGAMENTI E DELLE CONSEGUENTI COMUNICAZIONI	S.C. P.S.A.L.	CONFLITTO D'INTERESSE- MANCANZA DI TRASPARENZA- ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO D.LGS.758/94	Misure di disciplina del conflitto d'interessi, Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Rispetto dei criteri previsti da Procedura Regionale e da Procedure Organizzative interne

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI			SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA									
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	3) INDAGINI DI POLIZIA GIUDIZIARIA: INFORTUNI - MALATTIE PROFESSIONALI	1	RICEZIONE DELLE SEGNALAZIONI/REFERTI DA: A.G. - 112 INAIL - ESERCENTI PROFESSIONE SANITARIA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	VALUTAZIONE A FAVORE/SFAVORE DELL'INDAGATO E/O DELL'INDIVIDUO CHE HA SUBITO IL DANNO	DISTORSIONE ASSEGNAZIONE PRATICHE	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO	BASSO	FASI 2, 3, 4		CODICE DI COMPORTAMENTO PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/pro cedure aziendali/dipar tamentali/di Struttura					
				OPERATORI U.P.G. REPERIBILI	MANCATA TEMPESTIVITA' DI INTERVENTO		SUL TERRITORIO	CONFLITTO D'INTERESSE- MANCANZA DI TRASPARENZA- ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO	Misure di disciplina del conflitto d'interessi, Compresenza di due Operatori, Misure di rotazione, Rotazione del personale e del Territorio, Supervisione, Formazione, Adeguamento delle Risorse di Personale				PARZIALMENT E IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAME NTO DELLE RISORSE DI PERSONALE		ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi, Almeno una rotazione all'anno delle coppie di Operatori T.D.P. e una rotazione del Territorio di competenza delle Coppie di Operatori						
			2	VALUTAZIONE DELLA NECESSITA' DI AVVIARE INDAGINE	OPERATORI U.P.G. - MEDICO - DIRIGENTE NON MEDICO E DIRETTORE S.C.		SOTTOSTIMA O SOVRASTIMA DELLA NECESSITA' DI AVVIARE LE INDAGINI												UFFICI S.C. P.S.A.L.					
			3	INDAGINE			OMISSIONE DEL CONTROLLO O ECCESSIVO RIGORE CON DIFFORME RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITA' E BENEFICI												UFFICI S.C. P.S.A.L. E TERRITORIO					
			4	CONCLUSIONE INDAGINE			OMISSIONE DELLA TRASMISSIONE DEL RAPPORTO ALLA MAGISTRATURA O INADEGUATO RIGORE CON DIFFORME RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITA' E BENEFICI INAPPROPRIATA ARCHIVIAZIONE												UFFICI S.C. P.S.A.L.					
			5	REGISTRAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI ATTI TRAMITE PORTALE NOTIZIE DI REATO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.		OMISSIONE DELLA TRASMISSIONE DEL RAPPORTO ALLA MAGISTRATURA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO				CODICE DI COMPORTAMENTO PEC dedicata di Struttura, programma protocollo aziendale		Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/pro cedure aziendali/diparti mentali/di Struttura				
			4) RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE ART. 41 COMMA 9 D.LGS.81/2008			1	RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ISTANZA DI RICORSO - PROTOCOLLAZIONE E INSERIMENTO FILE SU DATA BASE DI STRUTTURA	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	GIUDIZIO A FAVORE/SFAVORE DEL RICORRENTE		SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO	BASSO	FASI 3, 4, 5		D.LGS. 81/2008 - C.P.P. - PROCEDURA AZIENDALE	Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/pro cedure aziendali/diparti mentali/di Struttura		
							2	VALUTAZIONE DELLA CORRETTA PROCEDURA NELLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA - ASSEGNAZIONE		MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.	INADEGUATI CONTROLLI E VERIFICHE - VALUTAZIONI DIFFORMI	UFFICI S.C. P.S.A.L.						CONFLITTO D'INTERESSE- MANCANZA DI TRASPARENZA- ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO - INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO	Assenza di conflitto d'interesse, Compresenza di due Operatori, Supervisione, Formazione, Adeguamento delle Risorse di Personale	PARZIALMENTE IN ATTO, DA ATTUARE L'ADEGUAMENT O DELLE RISORSE DI PERSONALE	ADEGUAMENTO DEL PERSONALE	MISURE DA MANTENERE E MISURE DA ATTUARE DA DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	S.C. P.S.A.L. - DIREZIONE - S.C. GESTIONE RISORSE UMANE	Verifica di assenza di conflitto d'interessi
								3		VERIFICA COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE RICEVUTA/RICHIESTA INTEGRAZIONI - CONVOCAZIONE		MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.												
		4						RICHIESTA DI ULTERIORI ACCERTAMENTI SANITARI - SOPRALLUOGO IN AZIENDA		MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L. - OPERATORE U.P.G.		UFFICI S.C. P.S.A.L. E TERRITORIO												
		5						ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'		MEDICO - DIRETTORE S.C. P.S.A.L.		UFFICI S.C. P.S.A.L.												
		6					INVIO GIUDIZIO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.		OMISSIONE DELLA PROTOCOLLAZIONE E INVIO	SEGRETERIA S.C. P.S.A.L.	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DA PARTE DI UN UNICO SOGGETTO						Misure di regolamentazione, procedura di Struttura a descrizione del lavoro amministrativo, database di Struttura	IN ATTO		MISURE DA MANTENERE	S.C. P.S.A.L.	Verifica adozione dei regolamenti/pro cedure aziendali/diparti mentali/di Struttura	

[illegible]

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI							SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	N_Processo	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/ competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAM. CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZ. FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
															Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizz.ne	Ufficio Resp.le	Indicatori
DIPARTIMENTO GIURIDICO, DELLE RISORSE E DELLE ATTIVITA' TECNICHE	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi			1	Predisposizione richiesta di approvvigionamento (analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio)	Struttura richiedente		Individuazione caratteristiche	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli			1) Evitare accentramenti di funzioni tramite condivisione dei processi; 2) Previsione di un sistema di monitoraggio e controllo interno alla Struttura. Misure ritenute per ora adeguate						
					Predisposizione della richiesta di approvvigionamento														
					Acquisizione del Codice Identificativo di gara sul portale ANAC														
ISORSE E DELLE ATTIVITA' TECNICHE	ne e Gestione Beni e Servizi		Affidamenti ai sensi del regolamento aziendale per gli affidamenti sotto soglia	2	Richiesta preventivi (anche un solo preventivo)	S.C. Programmazione e Gestione Beni e Servizi	Favorire un determinat o operatore economico	Mancata rotazione degli inviti	Aziendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli	Richiesta di preventivi agli operatori economici	Accentramento di funzioni ad un unico operatore della Stazione Appaltante							

[illegible]

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI						SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
Giuridico delle Risorse ed Attività Tecniche	Progr. E Gest. Beni e Servizi	Approvvigionamenti								* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
			1	Analisi fabbisogni e programmazione	Provveditorato	errata definizione dei fabbisogni	definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o dalle caratteristiche del prodotto fornito dall'imprenditore uscente	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Definizione delle modalità di affidamento	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)	Presenza di strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi	Controllo	1	Corretta programmazione	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
			2	Definizione della modalita' di affidamento	Provveditorato	inadempimenti	Determina a contrarre incompleta/assenza di determina a contrarre	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Mancanza di trasparenza	Piano Aziendale di prevenzione alla corruzione	Trasparenza che rendano piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	1	Completezza documentazione	2024	PROVVEDITORATO	presenza o meno di un determinato atto/ dato/informazione oggetto di pubblicazione
						Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti	Artificioso frazionamento dell'acquisto finalizzato ad eludere le regole della procedura	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Misure di semplificazione .Presenza di personale addetto ai processi molto competente e costantemente aggiornato . Formazione costante	Semplificazione ed implementazione della Formazione	2	Assenza di artificiosi frazionamenti	2024	PROVVEDITORATO	numero di partecipanti ad un determinato corso su un numero di soggetti interessati risultanze su verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso) . Presenza o meno di di documentazioni o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
							Affidamenti diretti per estrema urgenza in mancanza dei presupposti	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità	Semplificazione ed implementazione della Formazione	2	Corrette procedure di affidamento	2024	PROVVEDITORATO	numero di incontri o comunicazioni effettuate
							Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore ; proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati ab origine dalla documentazione di gara	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità	sensibilizzazione e partecipazione nonché definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	2	Assenza proroghe immotivate	2024	PROVVEDITORATO	numero di incontri o comunicazioni effettuate
			3	Affidamento del servizio/ della fornitura	Provveditorato	Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti	Mancato ricorso alle indagini di mercato prima di procedere all'affidamento	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità e alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Corrette procedure di affidamento	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Ingiustificato mancato ricorso al mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni e/o adesione a convenzioni di	area aziendale	condizioni organizzative	ALTO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Corrette procedure di affidamento	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Affidamenti diretti impropri per asserita esclusivita'	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	Massima diffusione della cultura della legalità alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Corrette procedure di affidamento	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Mancata comunicazione di conflitti di interesse	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	disciplina conflitto di interessi	3	Assenza conflitti di interesse	2024	PROVVEDITORATO	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse tipiche dell'attività svolta
							Assenza dei controlli sui requisiti di carattere generale e speciale (ex artt. 80 e 83)	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Limitazione della concorrenza mediante richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione non giustificati	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Valutazione errata della congruità dell'offerta	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti
							Valutazione dell'offerta sulla base di criteri impropri	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata programmazione	alta competenza e formazione personale addetto ai processi	Controllo	3	Effettuazione dei controlli previsti	2024	PROVVEDITORATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti

	4	Esecuzione del contratto	Economato	Irregolarità derivanti dalla mancata applicazione delle norme disciplinate dal Codice degli Appalti	Mancate verifiche in fase di esecuzione (mancato rispetto dei termini contrattuali e mancato rispetto degli “Service level	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Affidamento del servizio /della fornitura	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della norma di riferimento ed errata interpretazione	Effettuazione di verifiche in fase di esecuzione delle forniture/servizi	Controllo	4	Attuazione di verifiche in fase di esecuzioni di servizi e forniture	2024	ECONOMATO	numero di controlli effettuati su pratiche/provvedimenti

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI							SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
Giuridico delle Risorse ed Attività Tecniche	Progr. E Gest. Beni e Servizi	Gestione Servizi Autisti			Economato					* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
			1	Trasporti e ritiro referti	Autisti	non raggiungimento dell'output	errata configurazione di quanto richiesto	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Trasporto	Disposizioni poco chiare	Analisi della richiesta operata di concerto con il referente tecnico del servizio autisti al fine di permetterne un'esatta individuazione	'Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	1	Corretto svolgimento del servizio	2024	ECONOMATO	Tempestività dell'esecuzione
						non raggiungimento dell'output	Mancato ricevimento della richiesta del servizio ed evasione della stessa	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Trasporto	Disguidi nella comunicazione	Doppia verifica su segreteria telefonica	Controllo	1	Corretto svolgimento del servizio	2024	ECONOMATO	Tempestività dell'esecuzione
			2	Portinerie e Centralino	Economato	non raggiungimento dell'output	Errate informazioni all'utenza	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Front Office	mancaza adeguata formazione in merito	implementazione della formazione	'Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	2	Corretto svolgimento del servizio	2024	ECONOMATO	Customer Satisfaction
						non raggiungimento dell'output	Mancata gestione procedure allarmi /varie	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	Tecnica e procedurale	mancaza adeguata formazione in merito	implementazione della formazione	Controllo	2	Applicazione delle corrette procedure	2024	ECONOMATO	Customer Satisfaction
				Magazzino Economale	Economato	non raggiungimento dell'output	mancata presa in carico od errata esposizione/interpretazione della richiesta del reparto	area aziendale	condizioni organizzative	MEDIO	gestione richieste e ordini	mancata trasparenza	Analisi della richiesta operata di concerto con l'ufficio Economato tramite help desk al fine di permetterne	'Trasparenza che renda piu' chiari i processi e le informazioni sugli stessi maggiormente fruibili	2	Tempestività nelle consegne	2024	ECONOMATO	Tempestività

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
PREVENZIONE	SC SANITA' ANIMALE (AREA A) – IGIENE ALLEVAMENTI PRODUZIONE ZOOTECNICHE (AREA C)	AST	1	CERTIFICAZIONI/AUTORIZZAZIONI	AREA A-C	RICHIESTA	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/ IMPRESA	CONFLITTO INTERESSI	BASSO	SOPRALLUOGO – ACCESSO AZIENDA – ISPEZIONE – VERIFICA	PARENTELA – RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	DICHIARAZIONE PREVENTIVA ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI/GESTIONE EVENTUALI SITUAZIONI DI C.I. - REDAZIONE DETTAGLIATA E CONGIUNTA DI PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' E PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA – ROTAZIONE INCARICHI – SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	REALIZZATO QUANTO PREVISTO; IN ATTO MIGLIORAMENTO CONTINUO	Direzione SC	1)NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PREDISPOSIZIONE E PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA		
			2	REGISTRAZIONE	AREA C																
			3	RICONOSCIMENTI	AREA C																
			4	QUALIFICA SANITARIA	AREA A	ATT. IST.															
		CU	1	CU PRISA	AREA A-C	ATT. IST.	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/ IMPRESA	CONFLITTO INTERESSI	BASSO	SOPRALLUOGO – ACCESSO AZIENDA – ISPEZIONE – VERIFICA	PARENTELA – RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	REDAZIONE DETTAGLIATA E CONGIUNTA DI PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' E PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA - ROTAZIONE INCARICHI – SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013; 3) INTEGRAZIONE DELLA PROCEDURA GESTIONE NC RILEVATE AL CONTROLLO UFFICIALE, CON MAGGIORI DETTAGLI ED ESEMPLIFICAZIONI	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA; 3) MAGGIOR UNIFORMITA' E CONSEGUENTE MINOR GRADO DI DISCREZIONALITA' NELLA GESTIONE DEI PROVVEDIMENTI CONSEQUENTI AL CU	REALIZZATO QUANTO PREVISTO; IN ATTO MIGLIORAMENTO CONTINUO	Direzione SC	1)NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PREDISPOSIZIONE E PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA		
			2	CU EXTRA PIANO	AREA C																
			3	ESPOSTI	AREA A-C			TERRITORIO													
		CMP	1	PROFILASSI STATO	AREA A	ATT. IST.	REGALIE	AZIENDA ZOOTECNICA/ IMPRESA/ TERRITORIO	CONFLITTO INTERESSI	BASSO	ACCESSO AZIENDA - ESECUZIONE CAMPIONAMENTI	PARENTELA – RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	REDAZIONE DI DETTAGLIATE PROCEDURE OPERATIVE - ATTIVITA' IN COPPIA - ROTAZIONE INCARICHI – SUPERVISIONE DOCUMENTALE E SUL CAMPO - SOPRALLUOGHI CONGIUNTI ALTRI ENTI/FORZE DELL'ORDINE	PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI (INDICATE COMPLESSIVAMENTE COME PUNTO 1) SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO, 2) CREAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE PREVISTA DAL D.LGS 33/2013;	GRUPPO DI LAVORO; PREDISPOSIZIONE BOZZA; VALUTAZIONE CONGIUNTA CON SC AFFARI LEGALI; PUBBLICAZIONE DOCUMENTO DI CUI AL PUNTO 2)	1) MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%; 2) IMPLEMENTAZIONE LIVELLO DI TRASPARENZA	REALIZZATO QUANTO PREVISTO; IN ATTO MIGLIORAMENTO CONTINUO	Direzione SC	1)NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO PRATICHE DEL SETTORE CONSIDERATO; 2) PREDISPOSIZIONE E PUBBLICAZIONE NEI TEMPI PREVISTI DELLA APPOSITA SEZIONE TRASPARENZA		
			2	PRELIEVI RICHIESTA UTENTE	AREA A-C																
			3	PNAA	AREA C																
			4	PNR																	
			5	LATTE																	
			6	AA EXTRAPIANO																	
			7	SOSPETTO MALATTIA INFETTIVA/AVVELENAMENTO	AREA A																
PS	1	RAPPORTI CON UTENZA E ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	AREA A-C	ATT. IST./ RICHIESTA	REGALIE/ VANTAGGIO ECONOMICO	TERRITORIO	CONFLITTO INTERESSI	BASSO	PROPOSTA CONTRATTO	PARENTELA – RAPPORTI AMICALI, LAVORATIVI COMMERCIALI E POLITICI - FATTORI INDIVIDUALI	GRUPPO DI LAVORO - ATTIVITA' CONGIUNTA CON UFFICIO FORMAZIONE E UFFICIO STAMPA	(PREMESSO CHE LE MISURE ESISTENTI SONO IN GRADO DI RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE IL RISCHIO) SELEZIONE DOCENTI ESTERNI TRAMITE MANIFESTAZIONE INTERESSE	COINVOLGIMENTO, AL BISOGNO, DI ESPERTI DEL SETTORE	MANTENIMENTO VALORE STANDARD INDICATORE: 0%	ATTIVITA' DA SVOLGERSI IN FASE DI PROGRAMMAZION E EVENTO	Direzione SC	NUMERO EVENTI AVVERSI E-O SEGNALAZIONI/ NUMERO EVENTI FORMATIVI				
	2	FORMAZIONE																			
	3	DIVULGAZIONE																			

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI							SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N° FASE	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competent e della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ONE HEALTH	STRUTTURA COMPLESSA IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	P1 Programmazione controlli ufficiali	1.1	PRISA Direttive aziendali Ad Hoc	Struttura complessa Igiene Alimenti e Nutrizione	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento dell'anagrafe degli operatori, mancato aggiornamento del database delle attività, mancato o immotivato accesso ripetuto presso gli OSA)	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Carenze nel sistema di gestione informativo	MEDIO	Stesura dei piani di lavoro	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici- Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazioni preventive di assenza di conflitto di interesse -Redazione dettagliata e congiunta di programmazione dell'attività e procedure operative, Rispetto delle frequenze dei controlli ufficiali sulla base della categorizzazione, audit regionali su ACL	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio							
			1.2	Analisi e valutazione dei dati disponibili per la stesura dei piani di lavoro																	
			1.3	Predisposizione Piano Dipartimentale Integrato																	
		P2 Attività di Controllo Ufficiale (Ispezioni / Campionamento/Audit) su Operatori del Settore Alimentare che trattano alimenti di origine non animale	2.1	Assegnazione pratica	Struttura complessa Igiene Alimenti e Nutrizione	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse; mancata rotazione del personale.	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche	MEDIO	Fase di controllo ufficiale presso gli OSA, predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici- Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento - Programmazione dettagliata dei Controlli Ufficiali- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse -Procedure operative- Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Rotazione triennale degli incarichi- Supervisione documentale e sul campo	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio							
			2.2	Esecuzione controllo e relazione di controllo ufficiale			Verifica erronea o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive e/o discrezionali.		Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.												MEDIO
			2.3	Provvedimenti conseguenti Art. 137, 138 e 139 Reg. (UE) 2017/625			Mancata verifica, non corretto o omesso accertamento dell'esito dei provvedimenti conseguenti		Assenza di meccanismi di controllo ex post / supervisione												
		P3 Altre attività ufficiali e Attività sanitaria / tecnica (rilascio di Riconoscimenti CE e registrazioni, Pareri igienico sanitari, Certificazioni per l'export, Rateizzazioni, Proroghe, Esposti, Dissequestri)	3.1	Ricevimento richiesta da parte dell' OSA , Cittadini, Istituzioni.	Struttura complessa Igiene Alimenti e Nutrizione	Favorire o penalizzare l'Operatore del Settore Alimentare	Protocolloazione in tempi non congrui	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole	MEDIO	Fase di controllo ufficiale presso gli OSA, predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici- Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse -Attività in coppia nei C.U. di maggior complessità- Supervisione documentale e sul campo- Registro Monitoraggio tempi procedurali con verifica dei tempi di chiusura del singolo processo	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio							
			3.2	Assegnazione pratica			Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse		Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche												
			3.3	Sopralluogo (ove previsto) per erogare attività specialistica e Relazione di Controllo Ufficiale			Verifica erronea o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive/discrezionali;		Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.												
			3.4	Predisposizione Atti- Pareri igienico sanitari - Certificazioni - Registrazione e inserimento nelle banche dati			Mancata verifica, non corretto o omesso accertamento dell'esito dei provvedimenti conseguenti		Assenza di meccanismi di controllo ex post / supervisione												
		P4 Pareri igienico-sanitari per rilascio o rinnovo di concessione per la derivazione di acqua destinata al consumo	3.1	Ricevimento richiesta da parte del Gestore idropotabile	Struttura complessa Igiene Alimenti e Nutrizione	Favorire o penalizzare il Gestore idropotabile	Protocolloazione in tempi non congrui	Aziende insistenti sul territorio di competenza	Assenza di criteri preordinati e/o di regole	MEDIO	Fase di sopralluogo presso le sorgenti/fonti, predisposizione atti conseguenti	Parentela -Rapporti amicali, lavorativi, commerciali e politici- Fattori individuali	Codice di comportamento dei dipendenti della ASL4 e relativo aggiornamento- Dichiarazione preventiva di assenza del conflitto di interesse	Si ritiene che le misure esistenti siano in grado di ridurre significativamente il rischio							
			3.2	Assegnazione pratica			Acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazione conflitto di interesse		Assenza trasparenza nell'assegnazione delle pratiche												

		umano	3.3	Sopralluogo (ove previsto) per erogare attività specialistica			Verifica erronea o falsa attestazione dei requisiti; valutazioni soggettive/discrezionali;		Assenza di procedure per il controllo ufficiale; assenza di criteri preordinati e regole.								
			3.4	Predisposizione e trasmissione del parere igienico-sanitario			Mancata verifica, non corretto o omesso accertamento dell'esito dei provvedimenti conseguenti		Assenza di meccanismi di controllo ex post / supervisione								

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)							TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCESSO	N_Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO*	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
										* valore di sintesi tabella allegata					Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
Salute Mentale e Dipendenze	SC Dipendenze e Comportamenti d'abuso	Verifiche, Ispezioni, controlli nelle strutture	1	Identificazione delle strutture	Arcellaschi+ commissione strutture	Non registrazione fattori critici evidenziati durante la verifica	Non identificazione di una struttura	ASL4	Mancanza eventuale di gruppo valutativo, tempistica superiore a un anno	3	2 e 3	Presenza di una sola persona che valuta e diluizione visite verifiche superiore ai due anni	Presenza di una commissione lista d'attesa di cui non fa parte il responsabile e programmazione di visite ispettive su base annuale	Presenza di una commissione lista d'attesa di cui non fa parte il responsabile e programmazione di visite ispettive su base annuale	30 giorni	100%	30 giorni	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Strutture non identificate	
			2	Verifica attraverso ispezioni	Arcellaschi, Lorenzotti, Tagliatti		Non attuazione verifiche o verifiche non adeguate	ASL 4	Mancanza eventuale di gruppo valutativo, tempistica superiore a un anno	3					1 anno	100%	1 anno	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Verifica nei tempi programmati salvo eventi eccezionali	
			3	compilazione e conservazione agli atti dei verbali	Arcellaschi, Lorenzotti, Tagliatti per stesura verbali. Stefano Mariani per archiviazione		Omissione dati	ASL4	Mancanza eventuale di gruppo valutativo, tempistica superiore a un anno	3					1 settimana	100%	1 settimana	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Verbali compilati e ben conservati	
		Gestione rapporti con strutture private accreditate (liste d'attesa, inserimenti proroghe)	1	Identificazione utenti da inserire il lista d'attesa	Operatori referenti del caso	Non rispetto della lista d'attesa	Unico operatore referente	ASL4	Presenza di un solo operatore referente	3	3 e 4	Operatore unico referente del caso	Pr.04 SERT e M_06 SERT	Presenza di una procedura ben precisa elaborata da tutti gli operatori del SERT	10 giorni	85%	10 giorni	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Composizione referenti del singolo caso	
			2	Riunione d'equipés SERT	n. 3 equipés territoriali del SERT		Non presentazione del caso in equipés	ASL4	Assenza di condivisione del caso con equipés	2					30 giorni	85%	30 giorni	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Evidenza riunione di equipés	
			3	Compilazione del modulo inserimento in lista d'attesa	Operatori referenti caso + paziente (M_06 Sert)		Non corretta compilazione	ASL4	Non compilazione del modulo firmato da tutti i referenti	3					30 giorni	85%	30 giorni	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Evidenza moduli compilati	
			4	Redazione clinica urgente da parte del dirigente medico/psicologo	Dirigente medico/psicologo della SERT		Relazione incompleta	ASL4	Relazione non dettagliata	2					7 giorni	85%	7 giorni	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Evidenza relazioni	
			5	Verifica inserimenti comunitari secondo i criteri individuati dalla Pr/Sert/04	Riunione commissione inserimenti		Non monitoraggio da parte della commissione inserimenti	ASL4	Scarsità di controllo da parte della commissione inserimenti	2					trimestrale	85%	trimestrale	SC Dipendenze e comportamenti o s'abuso	Evidenza verbali commissioni	

P02B - 33

Allegato 10 "B"

				SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)		
PROCESSO	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura – soggetto responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE): la fase del processo è interno all'ufficio? Se è all'esterno è di competenza di un'altra amministrazione?	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI
Affidamento di appalto di servizi di ingegneria di importo inferiore a 140.000,00 euro (soglia di affidamento diretto in base all'articolo 50 comma 1 lettera b d.lgs. 36/2023)	Progetto di fattibilità tecnico economica e progetto esecutivo	Progettisti interni all'ufficio	Rischio di individuare sempre gli stessi professionisti senza garantire sufficiente concorrenza alità		interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali	carenza di personale, monopolio di competenze
	Calcolo su piattaforma online sulla base del DM giugno 2016 che individua una tabella dei parametri per determinare l'importo dei costi del progetto di fattibilità tecnico economico, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori ecc...)	Responsabile unico di progetto, Dirigente S.C. competente		Frazionamento artificioso degli appalti	interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali. Appalti PNRR attività gestita da SUAR	manca di controlli
	Individuazione elenco progettisti da invitare a presentare offerta	RUP	Rischio di individuare sempre gli stessi professionisti		interna all'Ufficio/esterna all'Ufficio di competenza delle Direzioni aziendali per le deliberazioni, del Direttore di Struttura per gli atti dirigenziali	eccessiva discrezionalità
	Verifica requisiti (casellario, requisiti speciali ecc...)	RUP	professionisti senza garantire sufficiente concorrenza alità. In ambito PNRR	per im porti sup. a € 40.000 mancanza di controlli sui requisiti generali ex art 94-95 Codice Contratti e sui requisiti speciali richiesti ex art. 100 del Codice dei Contratti	interna all'Ufficio; esterna per competenza ANAC (FVOE)	manca di controlli
	Proposta di affidamento	RUP	escessiva domanda sul mercato per cui l'offerta a disposizione rischia di essere sempre la stessa			
	Atto dirigenziale di affidamento e stipula contratto	Direttore S.C. Competente		manca o inadeguata definizione degli elementi essenziali del contratto nell'atto a contrarre	Direttore SC Competente	monopolio di competenze

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *											
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) / PIAO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg. dall'approvazione e comunque entro i termini previsti dalle norme	Monitoraggio annuale RPCT	Ufficio Stampa
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 20 gg. Dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	Monitoraggio annuale RPCT	Ufficio Stampa
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 20 gg. Dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 20 gg. Dall'adozione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UPD	UPD	UPD	Entro 30 gg. dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo		(in fase di verifica)				
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016						
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016						
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)							
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dal provvedimento di nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dal provvedimento di nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Annuale, Entro 30 gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale RPCT/S.C. Risorse Umane	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Annuale, Entro 30gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale RPCT/S.C. Risorse Umane	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *											
								Colonna1	Colonna2	Colonna3	Colonna4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Organi di indirizzo politico - amministrativo (da pubblicare in tabelle)	Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		Dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
				Dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai modelli delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano)			OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Annuale	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	Annuale, Entro 30gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale RPCT/S.C. Risorse Umane		
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Annuale	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT	Annuale, Entro 30gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale RPCT/S.C. Risorse Umane		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Annuale	RPCT	RPCT	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Annuale	RPCT	RPCT	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019					
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019					

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna1	Colonna2	Colonna3	Colonna4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla modifica organizzativa	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento semestrale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre S.C. Risorse Umane	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Comunicazione e Informazione	Comunicazione e Informazione	Comunicazione e Informazione	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre S.C. Risorse Umane	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Comunicazione e Informazione	Comunicazione e Informazione	Comunicazione e Informazione	Entro 30 gg. Dalla modifica organizzativa	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre /S.C. Sistemi Informativi Aziendali	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 30, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
				Per ciascun titolare di incarico:							
		Art. 30, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 30, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 30, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 30, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Segretario generale, Capo Dipartimento, o posizini assimilate	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:							
				1) Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dal provvedimento di nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		2)) Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
				3) Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Annuale, Entro 30 gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 20, c. 3, D.Lgs. n. 39/2013		4) Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Annuale, Entro 30gg. Dalla produzione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 20, c. 3, D.Lgs. n. 39/2013		5) Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina e annuale	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Entro 30 gg. Dalla nomina e annuale	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna1	Colonna2	Colonna3	Colonna4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direzione Generale	Direzione Generale	RPCT	Annuale entro il 31 marzo	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:							
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		1) Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		2) Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Diretti interessati	Diretti interessati	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		3) Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4) Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane		Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		5) Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	Diretti interessati	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		6) Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	Diretti interessati	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		7) dichiarazione con "E65-J67"cerente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Monitoraggio annuale+E65-J67 RPCT/U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane /ICT		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. i) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		8) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 14, c. 1, lett. j) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		9) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		OBBLIGO TEMPORANEAMENTE SOSPESO AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE ANAC N. 1126/2019				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		10) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		11) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		12) Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	S.C. Risorse Umane	Diretti interessati	S.C. Risorse Umane	Entro il 31 marzo di ogni anno e comunque entro 30 giorni dall'acquisizione del documento	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
	Dirigenti cessati	d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiaraizione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessivo del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		link sito ANAC testo art. 47 Dlgs. 33/2013	RPCT	Tempestivo	Monitoraggio annuale - secondo competenza	Ufficio Stampa
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Diretti interessati	Diretti interessati	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento annuale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento annuale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento annuale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento annuale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Aggiornamento annuale delle illustrazioni grafiche	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	link ARAN	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 300/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 300/2009)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg dall'acquisizione	Monitoraggio annuale - secondo competenza	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *													
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note		
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza			
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio annuale - secondo competenza			
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 10 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio annuale - secondo competenza			
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 300/2009)	Tempestivo	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale		Monitoraggio annuale - secondo competenza			
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 300/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale	Termini di pubblicazione del PIAO e comunque entro 20 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio annuale - secondo competenza			
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale	S.C. Centro di controllo Direzionale	Entro il 30 giugno di ogni anno e comunque entro 20 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio annuale - secondo competenza				
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio annuale - secondo competenza			
	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg. Dall'erogazione	Monitoraggio annuale - secondo competenza				
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane		Monitoraggio annuale - secondo competenza			
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane		Monitoraggio annuale - secondo competenza			
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane		Monitoraggio annuale - secondo competenza			
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016								
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		NESSUN ENTE PUBBLICO VIGILATO						
				Per ciascuno degli enti:									
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)								
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)								
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)								
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT			
				Per ciascuna delle società:									
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali			

-SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *															
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note				
Enti controllati	Società partecipate			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2030, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'acquisizione della partecipazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre / S.C. Affari Generali e Legali					
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NESSUN ENTE DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATO	NESSUN ENTE DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATO								
				Per ciascuno degli enti:											
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)										
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)											
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)										
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)											
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)											
Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)							
								Per ciascuna tipologia di procedimento:							
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate		
	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate						
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate						

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:							
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Delibera ANAC n. 1310/2016	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Struttura responsabile del procedimento	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C.. Affari Generali e Legali	S.C.. Affari Generali e Legali	S.C.. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			Link Albo Pretorio	Entro 30 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative							
Bandi di gara e contratti	PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE	Art. 30 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici		l'elenco delle soluzioni tecnologicheadottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Tempestivo	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE	Art. 40 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)		la relazione sul progetto dell'opera el'analisi di fattibilità delle eventualialternative Progettuali; "la relazione conclusiva (con sinteticadescrizione delle proposte e delleosservazioni pervenute + eventualeindicazione di quelle ritenute meritevoli diaccoglimento)	Tempestivo	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE	Allegato I.6 - Dibattito pubblico obbligatorio		la relazione di progetto dell'opera redattadal responsabile del dibattito pubblico;la relazione conclusiva del responsabileel dibattito con i ontenuti specificati nell'art. 7 dell'allegato) il documento conclusivo della SA redatto sulla base della relazione conclusiva del responsabile.	Tempestivo	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE	Art. 168 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		gli atti recanti norme , criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	AGGIUDICAZIONE	Art. 28 Trasparenza dei contratti pubblici	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	entro 15 giorni dalla pubblicazione dell'atto di nomina sull'albo pretorio	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
	ESECUZIONE	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica	SS.CC. Beni e Servizi - Patrimonio e Gestione Tecnica - Sistemi Informativi Aziendali - SS di Area Ingegneria Clinica		Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Tutte le Strutture Interessate	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto:							
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)						
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)						

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna1	Colonna2	Colonna3	Colonna4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	
				Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Aggiornamento semestrale	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre - S.C. Centro di Controllo Direzionale	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. e), d.lgs. n. 300/2009)	Tempestivo	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre - S.C. Centro di Controllo Direzionale	
				Relazione dell'OIIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 300/2009)	Tempestivo	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	S.C. Risorse Umane	Entro 30 gg dalla verifica	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre/S.C. Risorse Umane	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Entro 30 gg dalla verifica	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre - S.C. Centro di Controllo Direzionale	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 gg dalla verifica	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 gg dalla verifica	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Bilancio e Contabilità	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Qualità Accreditamento Risk Management	S.C. Qualità Accreditamento Risk Management	S.C. Qualità Accreditamento Risk Management	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Qualità Accreditamento Risk Management	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dal rilievo	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dalla pubblicazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Affari Generali e Legali	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dalla notifica	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/S.C. Affari Generali e Legali	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Annualmente	Monitoraggio annuale RPCT	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti 14 - 15 -16	Distretti 14 - 15 -16	Distretti 14 - 15 -16	Quotidianamente	Monitoraggio quotidiano a cura di A.Li.Sa.	
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	S.C. Sistemi Informativi Aziendali - SC Formazione e Info-Comunicazione	S.C. Sistemi Informativi Aziendali - SC Formazione e Info-Comunicazione	S.C. Sistemi Informativi Aziendali - SC Formazione e Info-Comunicazione	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /URP	
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento trimestrale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento trimestrale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	S.C. Bilancio e Contabilità	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale /S.C. Bilancio e Contabilità	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Aggiornamento annuale delle rappresentazioni grafiche	Monitoraggio semestrale	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Entro 10 gg dall'aggiornamento	Monitoraggio semestrale	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Aggiornamento annuale	Monitoraggio annuale	
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali e Legali	S.C. Affari Generaloi e Legali	S.C. Affari Generali e Legali	Aggiornamento annuale	Monitoraggio annuale	

- SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *								Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile dell'elaborazione dei dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili trasmissione dati	Dirigente dell'Ufficio Responsabili della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - Tempistica e individuazione del soggetto responsabile	Note
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture interessate	Strutture interessate	Strutture interessate	Entro 30 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Strutture interessate	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture interessate	Strutture interessate	Strutture interessate	Entro 30 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Strutture interessate	
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture interessate	Strutture interessate	Strutture interessate	Entro 30 gg. Dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ Strutture interessate	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)PIAO	Annuale	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg. dall'approvazione e comunque entro i termini previsti dalle norme	Monitoraggio annuale RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg. Dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 30 dicembre di ogni anno o altra data stabilita da ANAC)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dalla nomina	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'accertamento	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dalla redazione dell'elenco	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT	Ufficio Stampa
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ICT	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ICT	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/ICT	
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		strutture competenti per argomento	strutture competenti per argomento	strutture competenti per argomento	Entro 30 gg	Monitoraggio semestrale 31 marzo / 30 settembre RPCT/strutture competenti	
* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 30 del previgente testo del dlgs 33/2013)											

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE



P03 – ORGANIZZAZIONE

Sommario

Premesse	3
Struttura Organizzativa.....	4
L'atto di autonomia aziendale di Asl4	4
Organizzazione aziendale	5
Organigramma aziendale	5

Premesse

Il rispetto e la valorizzazione del Capitale Umano sono stati, per l'Azienda Sociosanitaria n. 4 Ligure, i principi fondamentali a cui si sono ispirate le politiche di gestione del personale. Accrescere le competenze professionali e favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva sono considerati presupposti essenziali per la crescita e lo sviluppo delle attività erogate a favore dei cittadini.

L'Area Asl4 del Tigullio, in prosecuzione a quanto fino ad ora implementato, impronta la sua politica di gestione del Capitale Umano nel reclutare, impiegare e accrescere al meglio le competenze espresse ed i potenziali di tutto il personale, coerentemente con lo sviluppo strategico che l'organizzazione della nuova Azienda di Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) che verrà progressivamente introdotta in applicazione della Legge Regionale 18/2025, utilizzando diversi strumenti, tra i quali:

- Miglioramento continuo del **processo di selezione** e del percorso di accoglimento ed inserimento in azienda. In coerenza con l'indirizzo espresso dal legislatore, l'azienda utilizza, nel reclutamento del personale, in via prioritaria l'istituto della mobilità tra enti per il quale ha elaborato specifica procedura al fine di garantire la massima trasparenza ed imparzialità nella scelta degli aspiranti e la congruità con il profilo professionale richiesto.
- Sviluppo di una cultura della **comunicazione** finalizzata ad aumentare la conoscenza e la partecipazione alle strategie aziendali attraverso l'utilizzo di strumenti dedicati esclusivamente ai dipendenti (portale del dipendente) e strumenti trasversali che interessano un pubblico più ampio (sito internet).
- Aumento della **soddisfazione** e della **motivazione** dei dipendenti tramite l'attivazione di strumenti di partecipazione e coinvolgimento.
- Investimento nella **formazione e in programmi di aggiornamento** al fine di sviluppare le potenzialità e le competenze del personale.
- Arricchimento delle **opportunità professionali** tramite il ricorso alla mobilità interna, tenendo in considerazione competenze e potenzialità di ogni singolo dipendente.
- Attenzione costante al **benessere organizzativo** attraverso la costituzione di un Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.
- Impiego **costante e pieno delle professionalità interne**, in grado di rispondere a tutte le attività organizzative e funzionali dell'Azienda con limitazione del ricorso alle consulenze esterne.
- Attivazione di **strumenti a supporto dei dipendenti**: con sviluppo in particolare degli istituti che favoriscono la conciliazione tempi di vita e lavoro.

Questi principi trovano declinazione in diversi sub-allegati del PIAO dell'Area Asl4 del Tigullio. Il presente allegato è definito per l'Area Asl4 Tigullio dell'Agenzia di tutela della Salute in continuità con quanto implementato negli scorsi anni da ASL4. In base alle prime indicazioni ricevute, il presente piano è steso in prosecuzione alle attività 2025, nelle more della unificazione delle indicazioni a livello della nuova ATS.

Struttura Organizzativa

La Legge Regionale 18/2025 ha previsto, nella riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, la trasformazione dell'Azienda Sociosanitaria n.4 Ligure (ASL4) in una delle 6 Aree dell'Azienda di Tutela della Salute Liguria.

L'ATS Liguria si articola in cinque ASL, che costituiscono articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, sono dotate di autonomia gestionale e operativa secondo gli indirizzi aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti. Le ASL hanno il compito di assicurare alla popolazione le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi svolgendo funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione sociosanitaria nel territorio di riferimento.

Questo implicherà, nel corso del 2026, la definizione di un Atto di Autonomia aziendale di ATS, nella quale verranno ridefiniti l'organizzazione e il funzionamento delle ASL.

Nella fase di transitorio, il primo atto relativo all'organizzazione di Area Asl4 del Tigullio è la DGR 629/2025 Regione Liguria, che ha individuato il Coordinatore di Area.

Successivamente, con la deliberazione ATS n. 5/2026 ad oggetto "Assetto organizzativo e gestionale transitorio, a decorrere dall'1.1.2026, nelle more della ridefinizione organizzativa aziendale, di cui alla Legge Regionale n. 18 del 12/12/2025", ha previsto di mantenere la continuità a decorrere dall'1.1.2026 dell'assetto organizzativo in essere, con relativa declinazione funzionale, quale formalizzato nei POA e nei relativi atti attuativi delle ASL.

Allo stato attuale e nelle more della messa a regime della nuova organizzazione, l'organizzazione è definita con l'atto di autonomia aziendale di ASL4, approvato con delibera ASL4 n. 435 del 11/06/2024.

L'atto di autonomia aziendale di Asl4

L'Atto di Autonomia Aziendale costituisce lo strumento di auto-organizzazione e di funzionamento dell'Azienda. Il suo contenuto riflette i valori ed i principi generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) mutuati dalla normativa nazionale e regionale in merito.

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

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

L'Atto di Autonomia aziendale di Asl4 attualmente vigente, è definito con delibera aziendale n. 435 del 11/06/2024 "Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4 – Sistema Sanitario Regionale Liguria. Presa d'atto parre Regione Liguria, approvazione e provvedimenti conseguenti" che ha sostituito il precedente, risalente alla delibera aziendale n. 305 del 16/05/2018.

I contenuti dell'Atto di Autonomia aziendale di Asl4, e delle successive delibere attuative, si intendono parte integrante dell'attuale PIAO, nelle more dell'emanazione e attuazione delle linee guida per la definizione dell'Atto di Autonomia aziendale di ATS Liguria.

L'organizzazione aziendale prefigurata in tale Atto di Autonomia è stata definita sulla scorta delle linee di indirizzo regionali delineate con DGR n. 1380 del 28/12/2022 "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale".

A seguito dell'adozione dell'Atto di Autonomia aziendale, Asl4 ha proceduto a dar seguito alla progressiva attuazione, adottando atti finalizzati dar seguito alle modifiche organizzate.

Organizzazione aziendale

L'organizzazione definita nel POA 2024 per garantire l'erogazione dei servizi, si articola in Distretti e Presidio Ospedaliero Unico e si organizza in Area Distrettuale, Area Sovradistrettuale, Aree degli Staff e Dipartimenti secondo i modelli organizzativi e strutturali previsti dal D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dalla L. R. n. 41/2006 e s.m.i., nonché sulla base degli atti di indirizzo formulati nella materia dalla Regione Liguria.

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

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

Organigramma aziendale

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di strutture organizzative:

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

L'organigramma di Asl4 vigente al 31/12/2025 e prorogato nelle more della fase attuativa della Riforma, si articola in strutture organizzative per le seguenti aree e funzioni:

- Area degli Staff alla Direzione Generale e Area degli Staff alla Direzione Sanitaria;
- Area Distrettuale e Area delle Funzioni Sovradistrettuali;
- Dipartimenti afferenti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Sociosanitaria (Dip. dei Servizi, Dip. DEA, Dip. Medico ad Alta Complessità di Cure, Dip. Medico-Riabilitativo e Materno-Infantile, Dip. Chirurgico);
- Area Amministrativa (Dipartimento Amministrativo).

Si riporta l'organigramma, attualmente valido, relativo al POA Asl4 2024.