

**Piano Integrato
di Attività e Organizzazione
(PIAO)2026/2028**

Sommario

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione.....	10
Sottosezione 1 CHI SIAMO	10
Sottosezione 2 COSA FACCIAMO	32
Referti e denunce di infortunio grave (prognosi superiore a 40 giorni) ricevuti da INAIL33	
Analisi dei dati degli infortuni nell'ambito del settore portuale e marittimo.	34
Sottosezione 2 COSA FACCIAMO: l'attività svolta da ATS Liguria ASL3 in ordine al monitoraggio degli infortuni del personale	39
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	48
Sottosezione di programmazione – Valore pubblico	48
Valore pubblico e PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e resilienza)	51
MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO AL 31/12/2025	52
TAVOLE DI MONITORAGGIO 2025	66
TAVOLA 1 - lavori PNRR	67
TAVOLA 2 Prevenzione della Corruzione	69
TAVOLA 3 Monitoraggio 2025 Piano Azioni Positive (PAP).....	79
Gli indicatori di valore pubblico per il triennio 2026/2028 – le interazioni	87
Valore Pubblico.....	95
Obiettivi 2026	95
ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 ORGANIZZAZIONE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1B).....	118
ATTUAZIONE PNRR EFFICIENTAMENTO ENERGETICO (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1C).....	118
ATTUAZIONE PNRR ACCESSIBILITA' DIGITALE(MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1D).....	120
ATTUAZIONE PNRR APPARECCHIATURE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1E).....	120

ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1F)	120
ATTIVITA' RIVOLTE ALLA POPOLAZIONE MASCHILE E FEMMINILE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2A)	121
ATTIVITA' RIVOLTE AI GIOVANI (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2B).....	123
MANTENIMENTO SPORTELLI SOCIO SANITARI VALORE PUBBLICO VP2C.....	124
ABBATTIMENTO BARRIERE LINGUISTICHE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2D).....	124
MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2E).....	125
Intranet ATS LIGURIA - ASL3.....	125
CONTINUITA' ATTIVITA' CENTRO ANTITABACCO (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2F)	125
ATTIVITA' DI SCREENING (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP3A).....	126
(MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP4A)	126
MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA _ AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI SANITARIE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP5A)	126
ANALISI DEL RISCHIO CONDIVISA CON TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP6A)	126
CONCILIAZIONE VITA LAVORO (smart working) (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP7A).....	127
CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001. (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP8A)	127
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001. (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP8B).....	127
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	129
Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza	129
Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo che tengano conto anche degli obiettivi di VP129	
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	134
Sottosezione di programmazione – Performance	134

Premessa.....	134
Governo delle Liste di Attesa	135
Aumento della presa in carico over 65	135
Il Piano della Performance.....	135
IL PIANO DELLA COMUNICAZIONE	138
<i>Struttura organizzativa e P.O.A.</i>	140
Il Sistema Privacy A.S.L.3.....	163
<i>Il D.P.S. del sistema Privacy</i>	163
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - <i>Sottosezione di programmazione –</i> <i>Organizzazione del lavoro agile</i>	177
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - <i>Sottosezione di programmazione – Piano</i> <i>Triennale delle Azioni Positive</i>	179
<i>Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - Sottosezione di programmazione – Piano</i> <i>triennale dei fabbisogni di personale</i>	181
Analisi di Contesto – Personale	181
Sottosezione di programmazione – Piano formativo	185
Sezione 4. Monitoraggio	187
Monitoraggio indicatori valore Pubblico	187

INTRODUZIONE – Come leggere il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Regione Liguria con legge regionale n. 18 del 12/12/2025 ha disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale che a partire dal 1 Gennaio 2026 prevede la fusione delle Aziende Sociosanitarie Liguri (AASSLL) nn. 1, 2, 3, 4 e 5 che sono incorporate in Liguria Salute che assume il nome di ATS LIGURIA - Tutela Salute Liguria. Le suddette aziende sanitarie perderanno la loro personalità giuridica e in particolare le AASSLL nn. 1, 2, 3, 4 e 5 diventeranno Aree Sociosanitarie Locali (ASL) che costituiranno articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, dotate di autonomia gestionale e operativa da esercitare sulla base delle indicazioni della stessa .

Le Aree avranno il compito di assicurare alla popolazione i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi. L'attività di pianificazione e programmazione sarà in capo alla ATS Liguria che darà gli indirizzi alle AASSLL, gli obiettivi e le relative risorse per realizzarli. In sede di prima applicazione, il P.I.A.O. dell'ATS Liguria risulta dalla composizione del P.I.A.O. delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute. In particolare, la sezione del P.I.A.O. Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP) dell'ATS Liguria risulta dalla somma dei PTFP delle Aziende Sociosanitarie Liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute. Il P.I.A.O. si configura come un documento programmatico triennale che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse ed i relativi indicatori e rappresenta per l'organizzazione lo strumento unitario e principale di programmazione e controllo. Il presente piano rappresenta l'aggiornamento annuale di quello adottato per il triennio 2025/2027, ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, con l'obiettivo di realizzare la massima semplificazione ed integrazione tra gli strumenti di programmazione della ATS LIGURIA, sul territorio della quale ai sensi dell'art. 26 comma 5 della citata L.R.18/25 le funzioni sanitarie assistenziali svolte presso l'ospedale Villa Scassi sono assunte dall'IRCCS AOM a decorrere dal 1° gennaio 2026. Con deliberazione n. 5 del 02/01/2026 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" si propone, anche a conferma e ratifica di quanto posto in essere dalle disciolte Aziende sociosanitarie territoriali e da Liguria Salute, di mantenere la continuità a decorrere dall'1.1.2026 dell'assetto organizzativo in essere, con relativa declinazione funzionale, come formalizzato nei POA e nei relativi atti attuativi delle ASL (ad eccezione di Villa Scassi quale allo stato risultante dal POA di ASL 3) e di Liguria Salute.

Il P.I.A.O. mira a migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese, anche in materia di diritto di accesso ed altresì a produrre, mediante l'assorbimento in un

unico documento di programmazione e governance, molti degli atti di pianificazione che, fino ad oggi, le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente. Il P.I.A.O. ha l'obiettivo, inoltre, di sintetizzare e rappresentare la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, rappresentando una sorta di "testo unico" della programmazione, in una logica integrata, considerando le scelte fondamentali di sviluppo dell'Amministrazione.

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

Il presente documento è composto di quattro sezioni, ognuna dedicata ad approfondire, nello spirito normativo e nella composizione delle sotto-sezioni, gli obiettivi di Performance, quelli legati all'anticorruzione, le strategie ATS LIGURIA - ASL3li in tema di risorse umane e sviluppo di carriera, gli obiettivi in tema di formazione del personale e di lavoro agile. Ad esso verrà associato un cruscotto di sintesi per consentire una maggior comprensione e diffusione dei contenuti alla cittadinanza ed ai dipendenti di ATS Liguria.

Il PIAO ha valenza triennale con aggiornamento annuale. All'interno del PIAO è presente una sezione che contiene il monitoraggio degli indicatori di Valore Pubblico dell'anno precedente.

Gli obiettivi di Valore Pubblico, infatti, vengono annualmente inseriti negli obiettivi annuali assegnati alle Strutture nel corso del Ciclo di Budget.

Le sezioni sono le seguenti:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione
- Organizzazione e capitale umano
- Monitoraggio

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione

Sottosezione 1 Chi siamo

Sottosezione 2 Cosa Facciamo

Nella sezione sono riportati in sintesi i dati identificativi dell'amministrazione.

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

In questa sottosezione l'amministrazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare gli obiettivi di valore pubblico ivi contenuti.

Sottosezione di programmazione – Performance

Tale ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di performance management. Dall'anno 2025, in questa sezione viene inserito anche il Piano della Comunicazione, approvato con deliberazione n. 31 del 17 gennaio 2025.

Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e ss.mm.ii. e che vanno formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente: organigramma; livelli di responsabilità organizzativa, numero di fasce per la suddivisione delle posizioni dirigenziali e simili (es. incarichi personale del comparto); ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio; altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati.

Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile

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

Sottosezione di programmazione – Piano Triennale delle Azioni Positive

In questa sottosezione sono indicate le azioni dell'ATS LIGURIA - ASL3 per il benessere psicofisico dei dipendenti.

Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale

Gli elementi della sottosezione sono:

- rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente
- programmazione strategica delle risorse umane
- obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse
- modifica della distribuzione del personale fra servizi/settori/aree;
- modifica del personale in termini di livello / inquadramento;
- strategia di copertura del fabbisogno
- formazione del personale

Sezione 4. Monitoraggio

In questa sezione sono indicati gli strumenti, le modalità di monitoraggio e i soggetti responsabili.

SEZIONE 1

Sottosezione 1) CHI SIAMO

Sottosezione 2) COSA FACCIAMO

Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Sottosezione 1 CHI SIAMO

Denominazione Ente: ATS LIGURIA - ASL3

Sede operativa: Via Bertani 416125

Genova (GE)**PEC:**

protocollo@pec.asl3.liguria.it

Partita Iva: 02421770997

Codice Fiscale: 02421770997

Codice Istat: 010025

Sito web istituzionale: <https://www.asl3.liguria.it/>

Pagina Facebook: <https://www.facebook.com/Asl3Genova>

Strutture sanitarie sul territorio:



Di seguito i dati ISTAT secondo l'ultimo aggiornamento disponibile relativi ai principali indicatori demografici relativi al bacino di utenza di ATS LIGURIA - ASL3

Sviluppo demografico (fonte dati Tuttitalia- Istat)

Tra il 2023 e il 2024 la provincia di Genova registra un lieve incremento della popolazione residente che sale di 1022 unità, pari ad un incremento dello 0,13%.

L'indice di natalità in Italia è sceso dal 7,3 per mille abitanti nel 2018 a 6,4 del 2023.

L'indice di fecondità, a livello nazionale si assesta sull'1,20 figli per donna, mentre la Liguria presenta un dato significativamente più basso, pari a n. 1,16 figli per donna, in diminuzione.

A livello ligure il tasso di natalità è pari al 5,5 nel 2023 contro il dato nazionale del 6,4.

Il quoziente di mortalità è invece diminuito passando dal 15,9 del 2022 al 14,3 del 2023. Il dato nazionale è dell'11,4.

L'età media della popolazione a livello nazionale è passata da 46,4 nel 2023 a 46,6 nel 2024.

Di seguito i dati della Liguria confrontati con il dato nazionale:

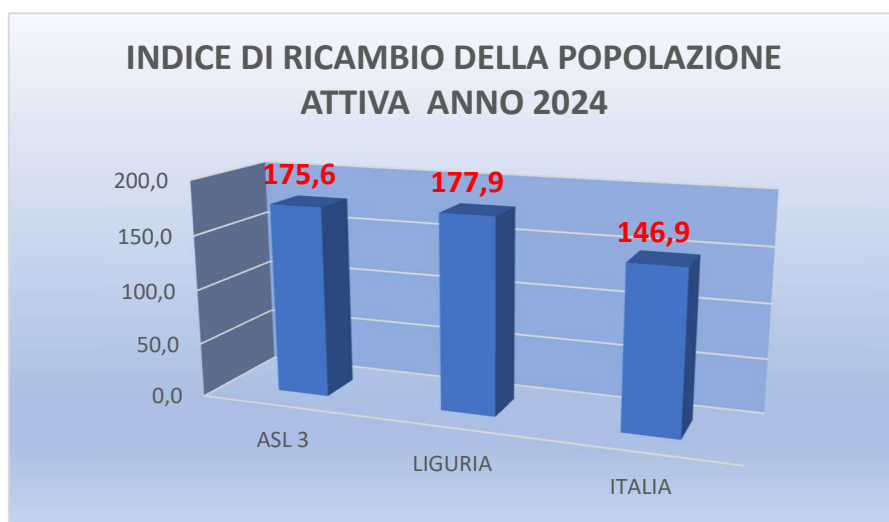
	Età media popolazione (Fonte dati Demo Istat popolazione post censimento)					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Imperia	48,7	48,9	48,9	49,1	49,1	49,2
Savona	49,2	49,4	49,5	49,5	49,6	50,3
Genova	49	49,2	49,1	49,3	49,2	49,5
La Spezia	47,9	48	47,8	47,9	47,8	49
Liguria	49	49,2	49,2	49,4	49,5	49,5
Italia	45,5	45,7	45,9	46,2	46,4	46,6

Anche l'indicatore sul tasso di crescita naturale della popolazione si presenta, per l'area genovese in netto calo nel periodo 2019- 2022, mentre nel 2023 il dato subisce un'inversione di tendenza passando da -10,2 a -8,8. Resta comunque un gap significativo rispetto al dato nazionale:

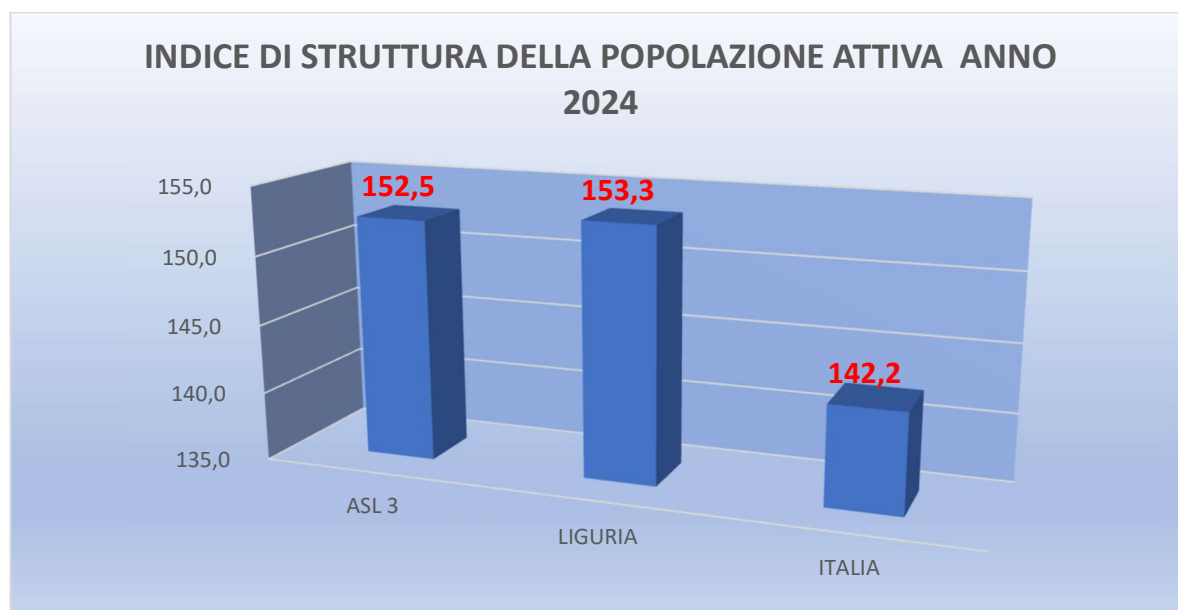
	Tasso di crescita della popolazione - differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità - (fonte dati Demo Istat popolazione post censimento dato al 31/12/2023)				
	2019	2020	2021	2022	2023
Imperia	-7,9	-9,9	-9,2	-10,3	-9,2
Savona	-8,8	-11,3	-10,4	-10,9	-9,9
Genova	-8,4	-11,8	-9,0	-10,2	-8,6
La Spezia	-7,3	-9,8	-8,6	-9,6	-7,9
Liguria	-8,2	-11,2	-9,3	-10,2	-8,8
Italia	-3,6	-5,6	-5,1	-5,5	-4,9

Seguono nei grafici sottostanti alcuni indici demografici (dato Istat 1/1/2025):

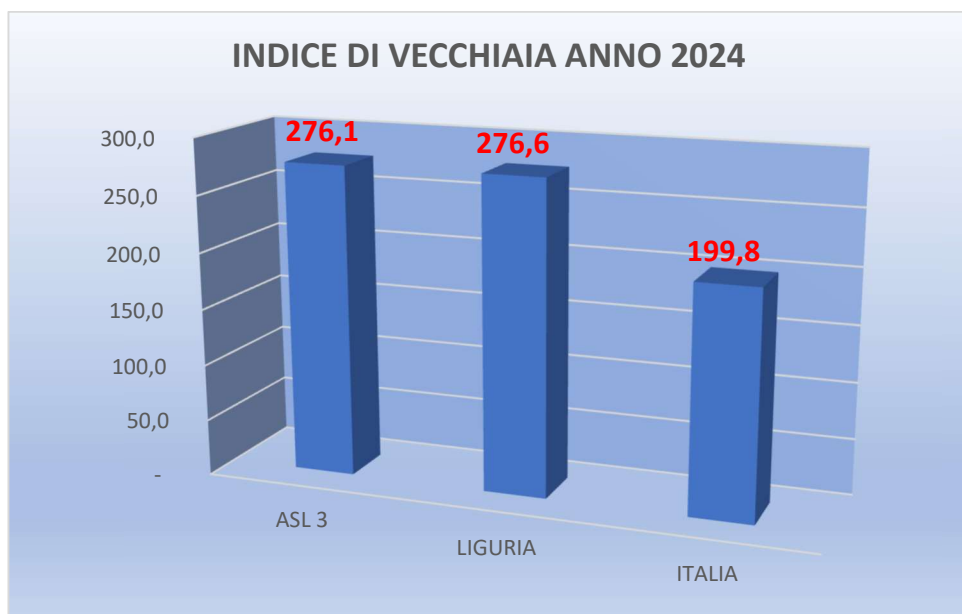
- 1) Indice di ricambio della popolazione attiva: rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15 – 19). Tale indicatore evidenzia che sia Regione Liguria che ATS LIGURIA - ASL3 presentano un indice di ricambio superiore alla media nazionale, stante la prevalenza di popolazione anziana che insiste sul territorio.



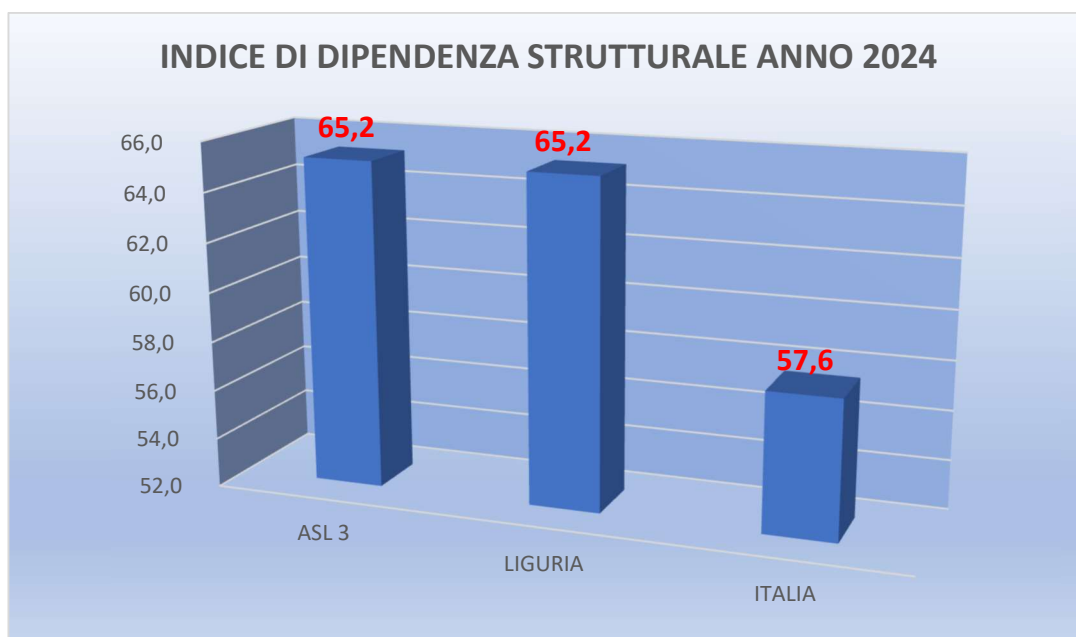
- 2) Indice di struttura della popolazione attiva: rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni). Tale indicatore rappresenta il grado di invecchiamento della parte di popolazione in età lavorativa che si presenta particolarmente elevato in ambito Ligure. Tale indicatore è strettamente collegato all'età media della popolazione ligure, significativamente più alta della media nazionale.



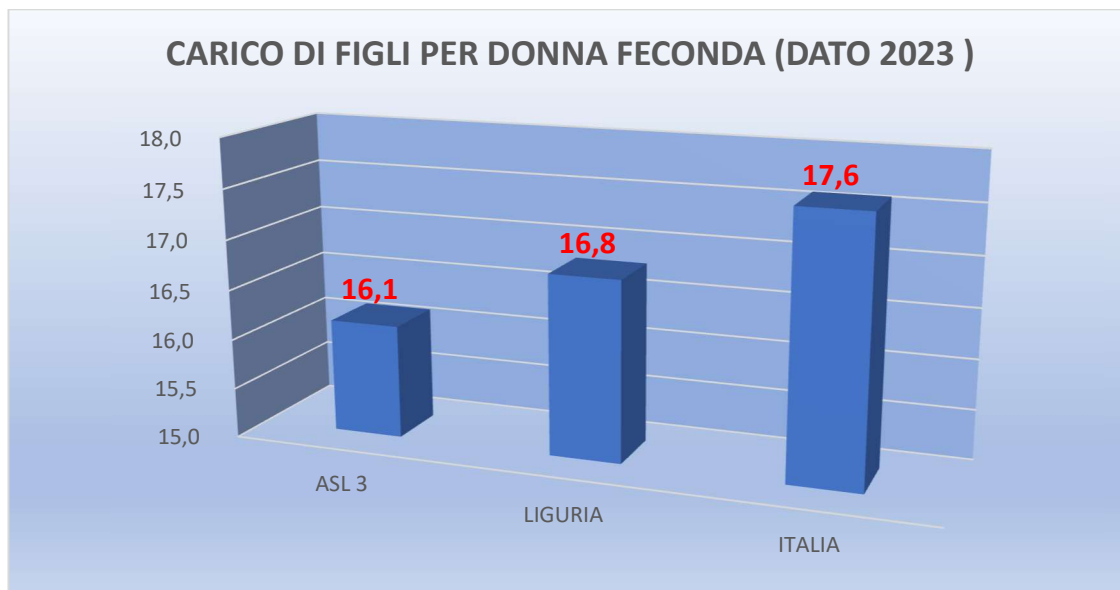
- 3) **Indice di vecchiaia:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione tra 0 e 14 anni. Tale indicatore rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. In Regione Liguria e in ATS LIGURIA - ASL3 ci sono quindi 276 anziani (65 e over 65) ogni 100 giovani (0 – 14 anni) contro i 199 anziani ogni 100 giovani a livello nazionale



- 4) **Indice di dipendenza strutturale :** rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (15-64 anni). Rappresenta il carico sociale della popolazione non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (15-64 anni). Nel caso della popolazione della Liguria e di ATS LIGURIA - ASL3 ci sono 65 individui a carico ogni 100 che lavorano, contro il dato nazionale di 57 individui a carico su 100 che lavorano.

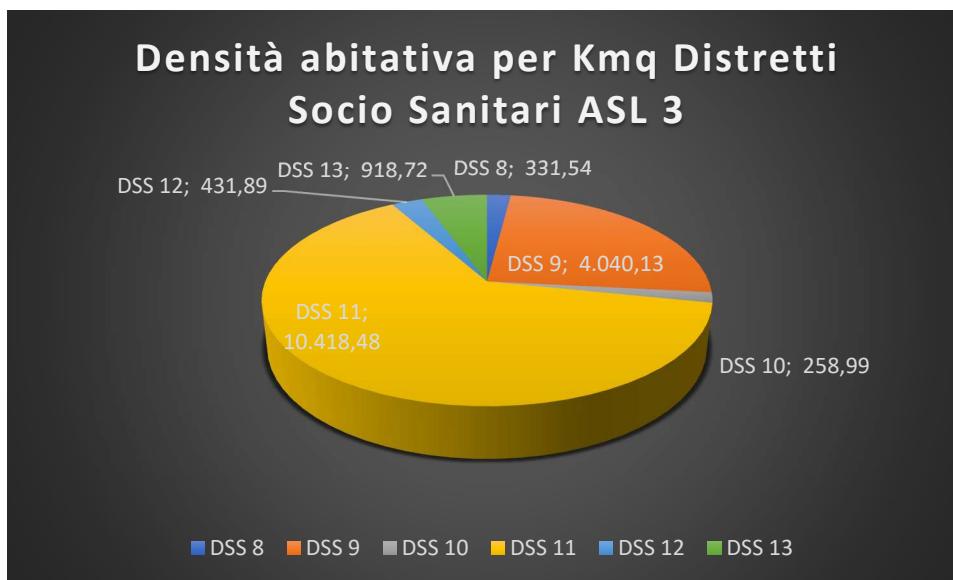


- 5) Carico di Figli per donna feconda: rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni e il numero delle donne in età feconda (15 – 49 anni) – (dato riferito al 2023)
L'indicatore stima il carico medio di figli in età prescolare (0 – 4 anni) per le mamme lavoratrici.

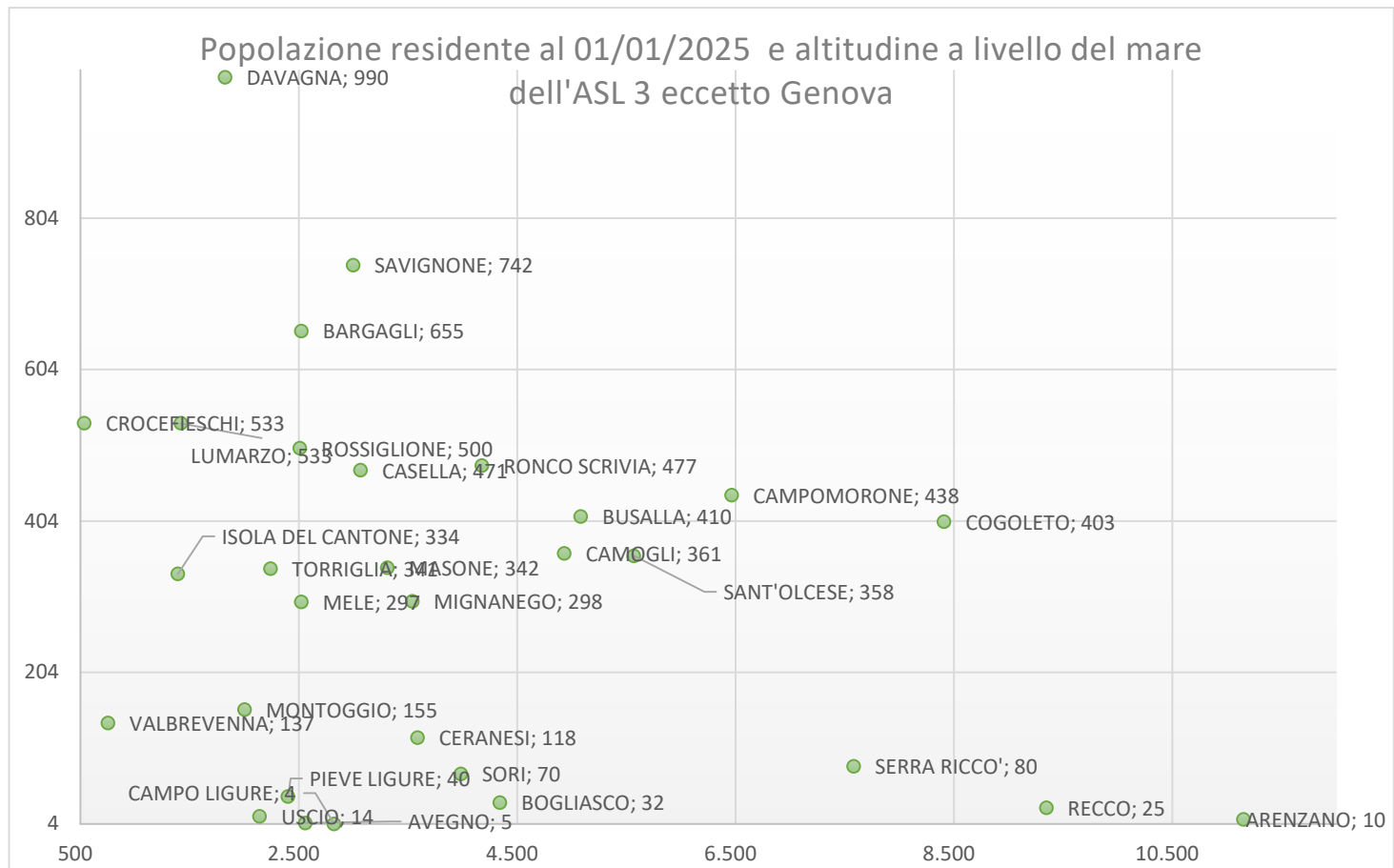


La popolazione residente ATS LIGURIA - ASL3 (dato Istat gennaio 2025) è di 679.633 persone e risulta così distribuita:

- Maschi: 322.954
- Femmine: 356.679



Il grafico sottostante mostra la distribuzione dei comuni afferenti ATS LIGURIA - ASL3 per n. di abitanti e altitudine:



La popolazione è prevalentemente concentrata a Genova e nelle altre città costiere mentre l’entroterra risulta poco densamente popolato, con piccoli centri abitati posizionati in valli anche montane non sempre agevolmente raggiungibili in caso di assistenza sanitaria: ciò induce la necessità di trovare forme alternative di assistenza, potenziando la rete territoriale con sistemi integrati di televisita, telerefertazione, medicina di condivisione e implementando il numero di infermieri di comunità (IFOC).

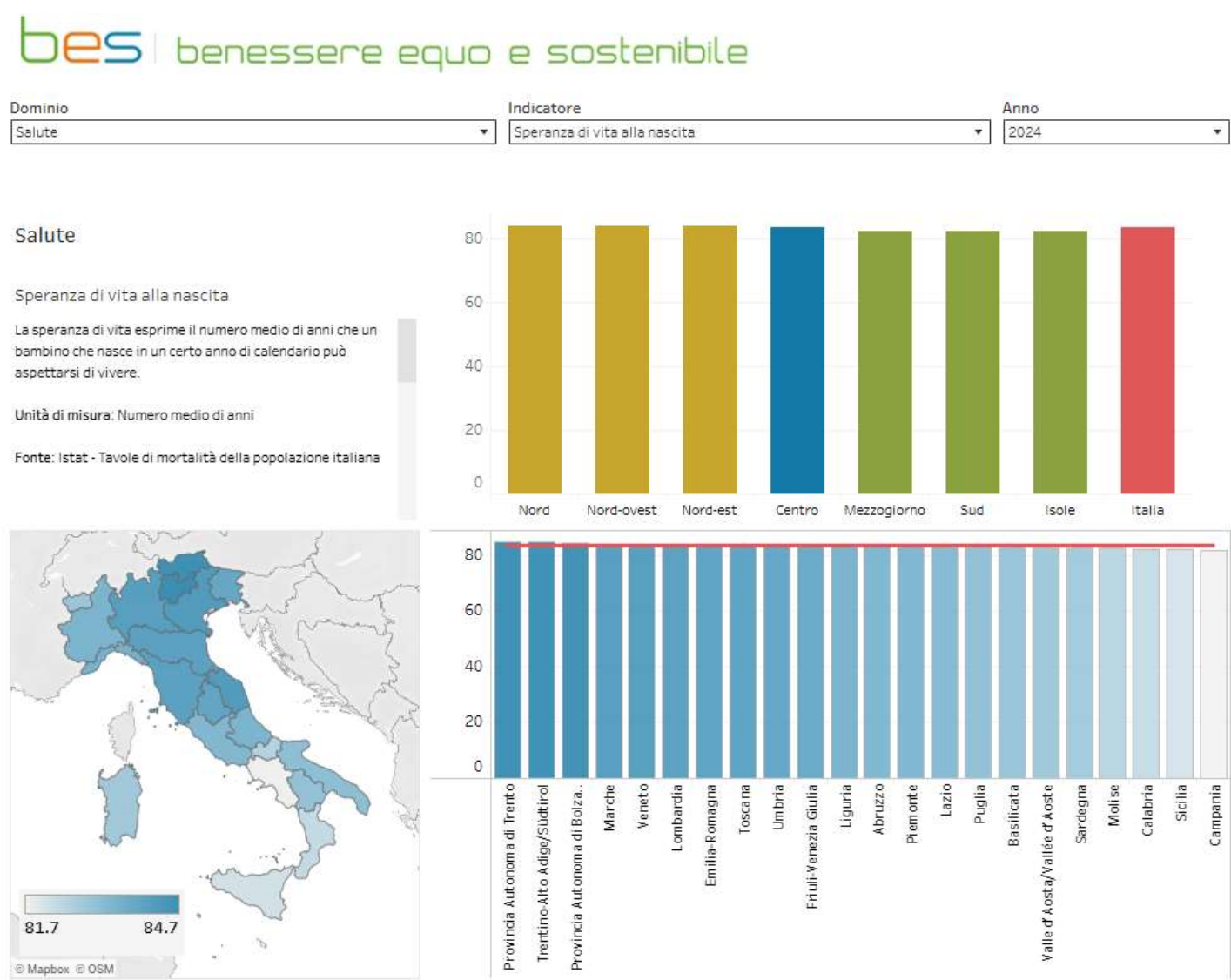
In data 29/7/2024 sono stati consegnati gli attestati ai primi 32 IFOC (Infermieri di Famiglia o Comunità) previsti D.M. 77/2022 (1 infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti), al termine del corso di formazione svoltosi in ATS LIGURIA - ASL3 (DGR 172/2024) che recepisce le linee di indirizzo di Agenas in materia, pubblicate in data 23/11/2023 sul sito dell’Agenzia.

Gli indicatori BES (Estrazione BES – Benessere Equo e Sostenibile – ISTAT)

L’analisi degli indicatori del dominio salute all’interno del Portale BES, nel quale sono contenuti diversi indicatori di Benessere della Popolazione, evidenzia che la Liguria si pone all’interno della media nazionale per il consumo di alcol e indice di salute mentale.

Un dato positivo è costituito dal tasso di sedentarietà di 5 punti percentuali al di sotto della media nazionale: ciò indica che, mediamente, i liguri praticano in modo sistematico attività fisica. Tale indicatore viene supportato anche dall’indicatore relativo all’adeguata alimentazione, anch’essa al di sopra della media nazionale, e dalla speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni. In linea con la media nazionale anche l’aspettativa di vita alla nascita e la speranza di vita in buona salute.

Di seguito alcuni degli indicatori BES – Salute - aggiornati all’anno 2024:



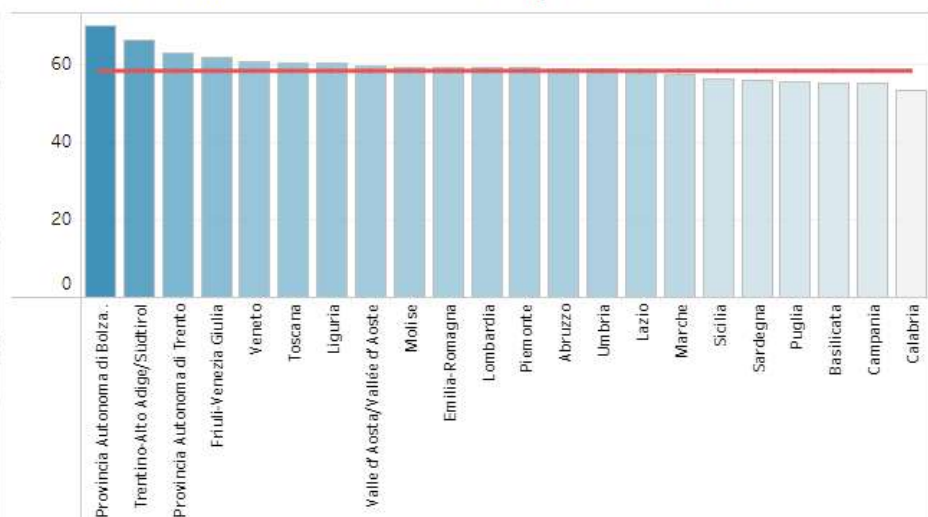
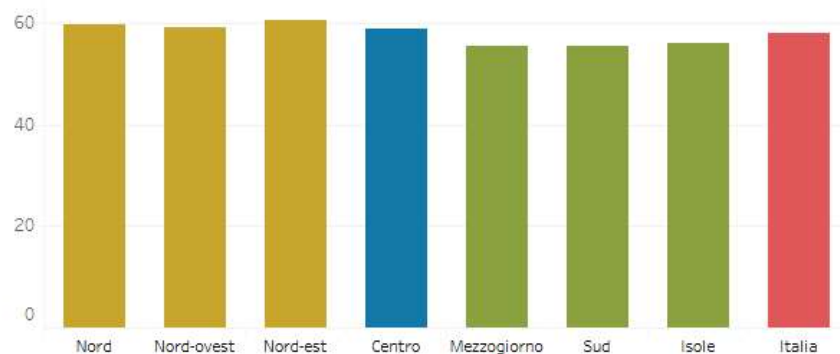
Dominio: Salute
 Indicatore: Speranza di vita in buona salute alla nascita
 Anno: 2024

Salute

Speranza di vita in buona salute alla nascita

Unità di misura: Numero medio di anni

Fonte: Istat - Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana



Dominio

Salute

Indicatore

Indice di salute mentale (MH)

Anno

2024

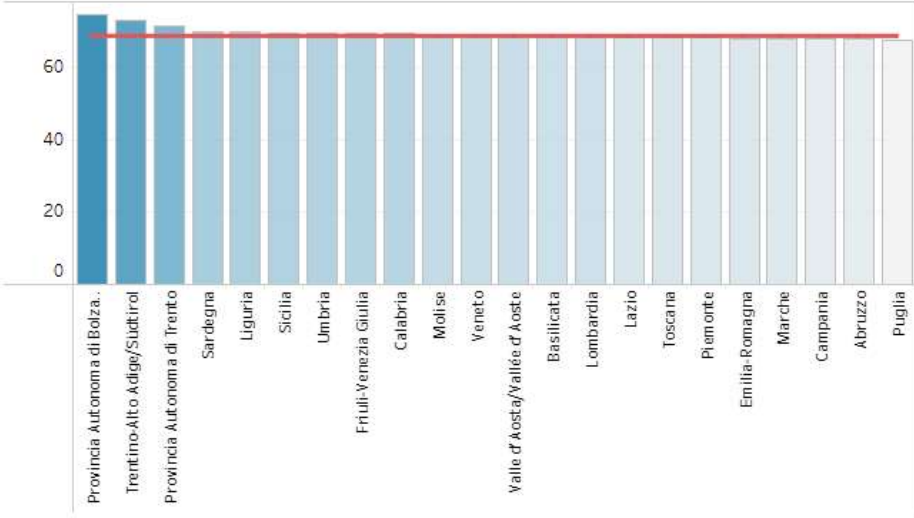
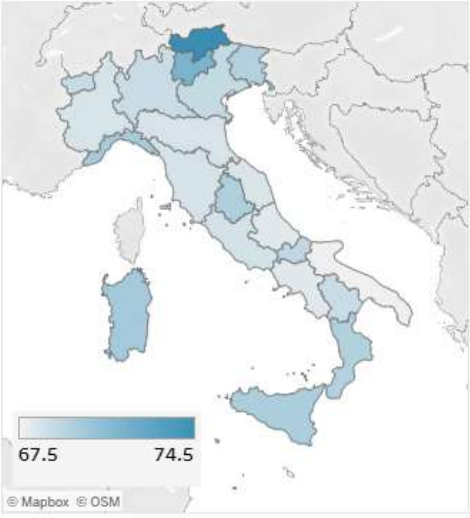
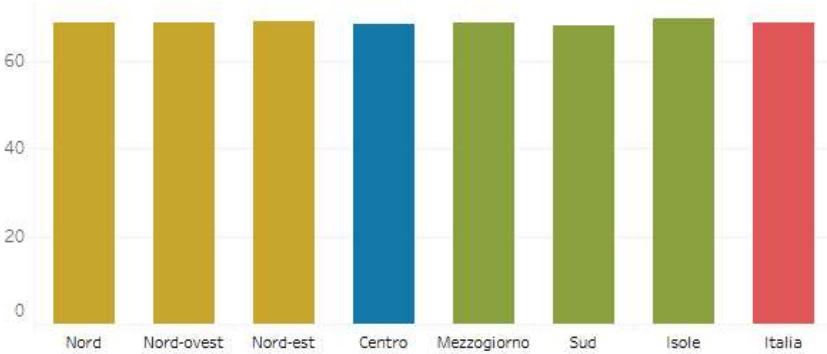
Salute

Indice di salute mentale (MH)

depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico). L'indice è un punteggio standardizzato che varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

Unità di misura: Punteggi medi standardizzati

Fonte: Istat - Indagine multiscopo sugli aspetti della vita



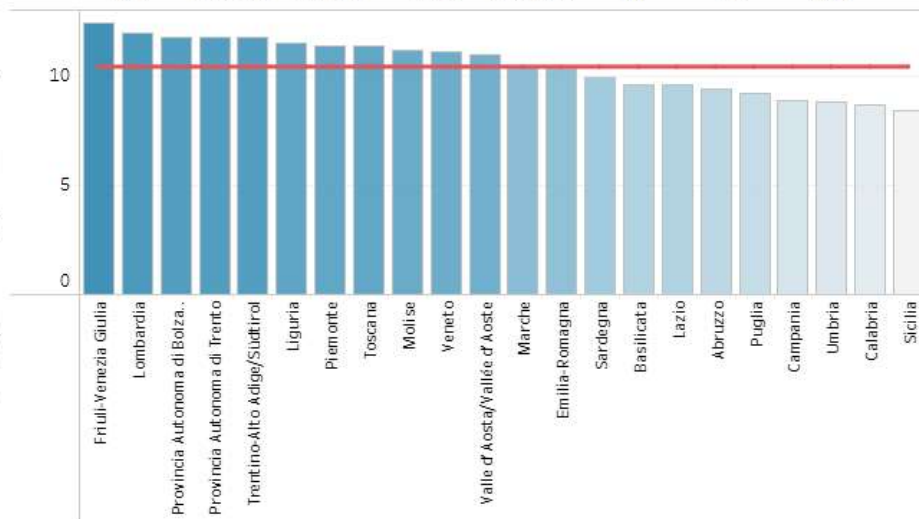
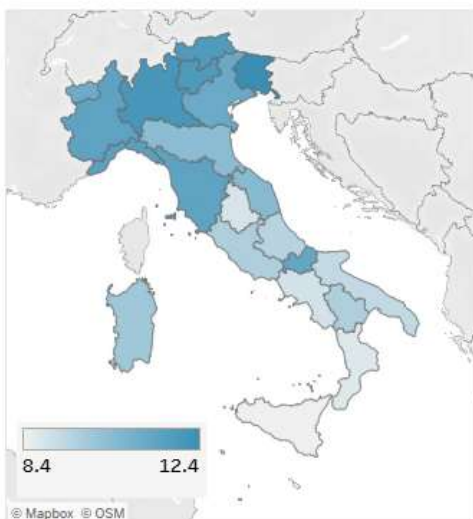
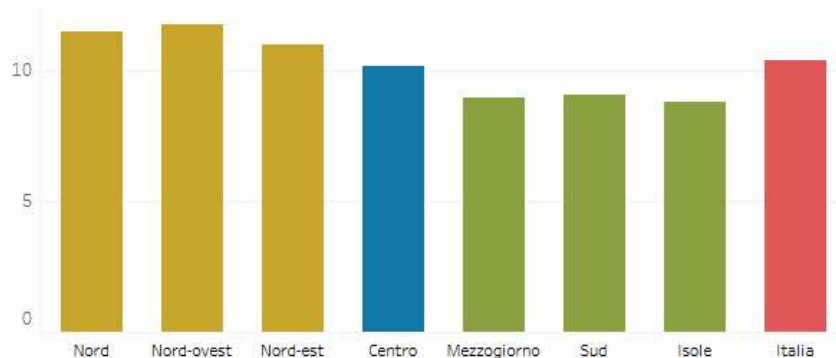
Dominio: Salute
 Indicatore: Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni
 Anno: 2024

Salute

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni

Unità di misura: Numero medio di anni

Fonte: Istat - Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana



Dominio

Salute

Indicatore

Eccesso di peso (tassi standardizzati)

Anno

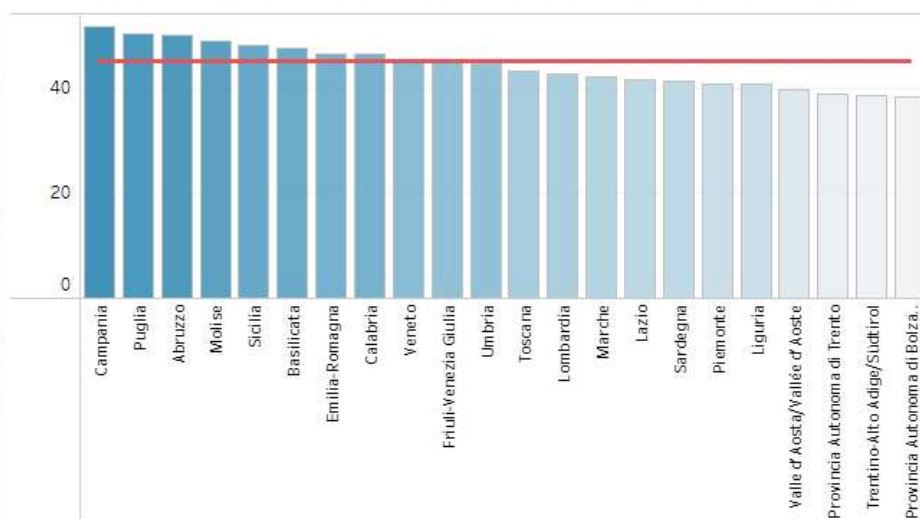
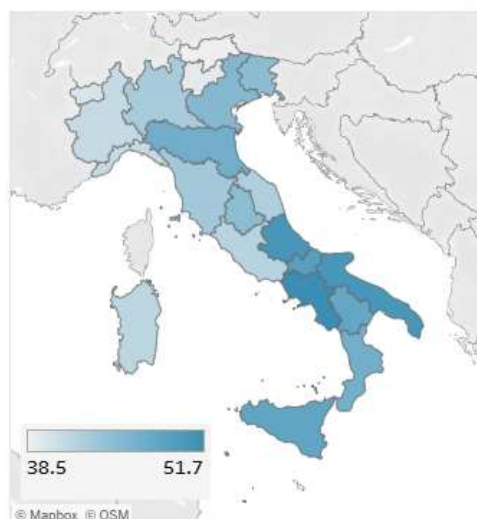
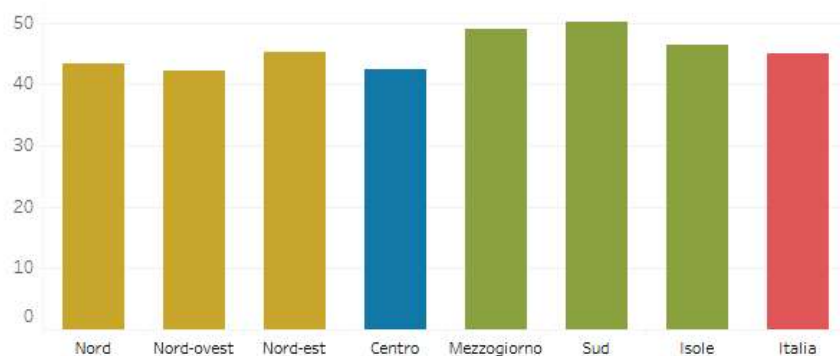
2024

Salute

Eccesso di peso (tassi standardizzati)
in metri).

Unità di misura: Tassi standardizzati per 100 persone

Fonte: Istat - Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

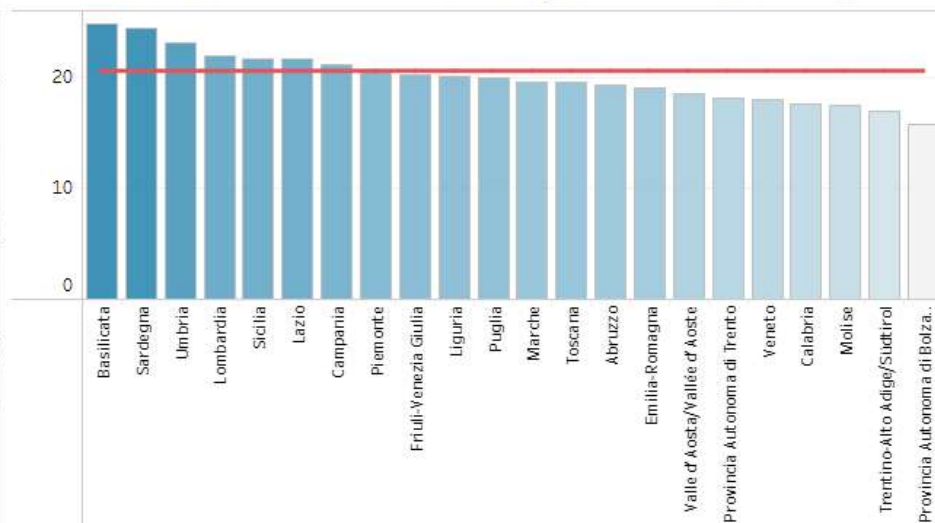
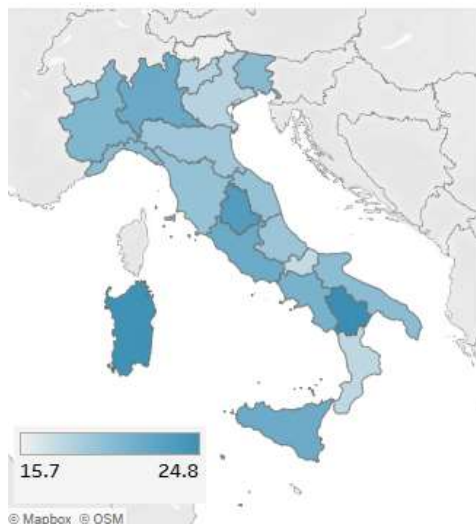
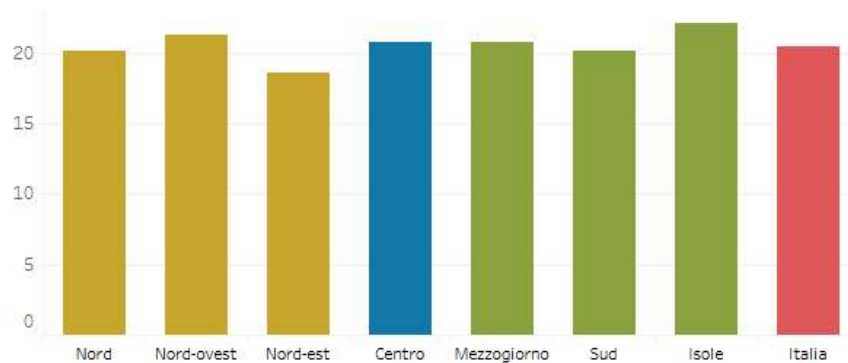


Dominio: Salute
 Indicatore: Fumo (tassi standardizzati)
 Anno: 2024

Salute

Fumo (tassi standardizzati)

Fonte: Istat - Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana



Dominio

Salute

Indicatore

Alcol (tassi standardizzati)

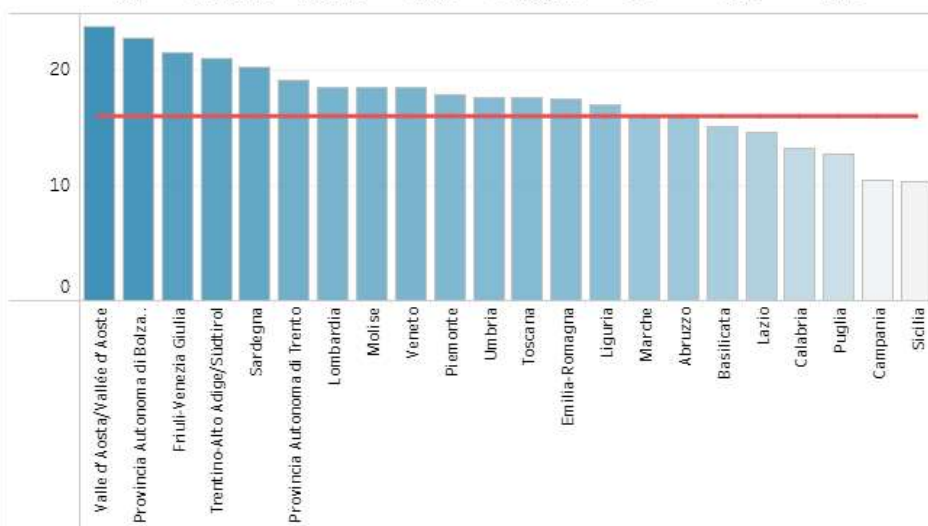
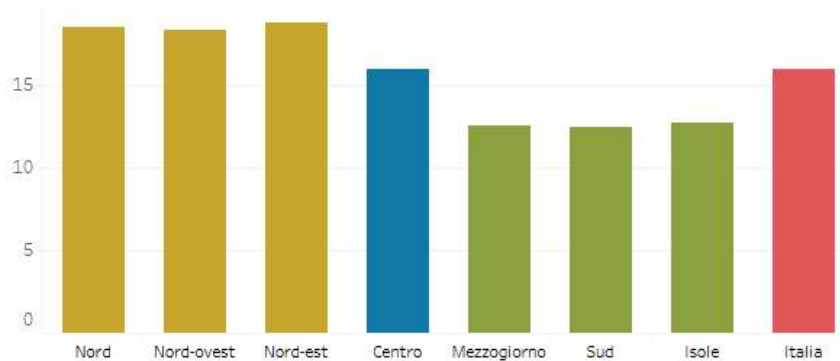
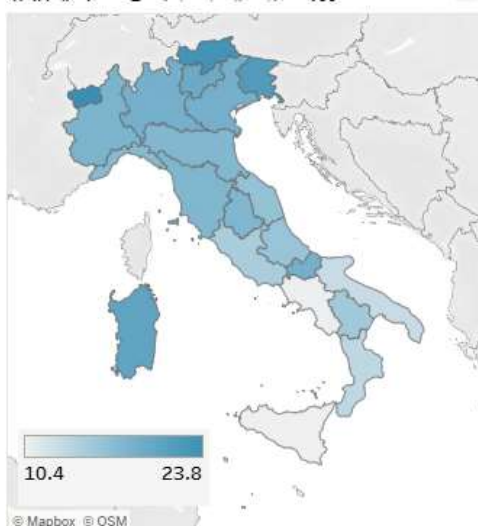
Anno

2024

Salute

Alcol (tassi standardizzati)

nutrienti" (LARN 2014) e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o oltre unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (binge drinking).



Dominio

Salute

Indicatore

Sedentarietà (tassi standardizzati)

Anno

2024

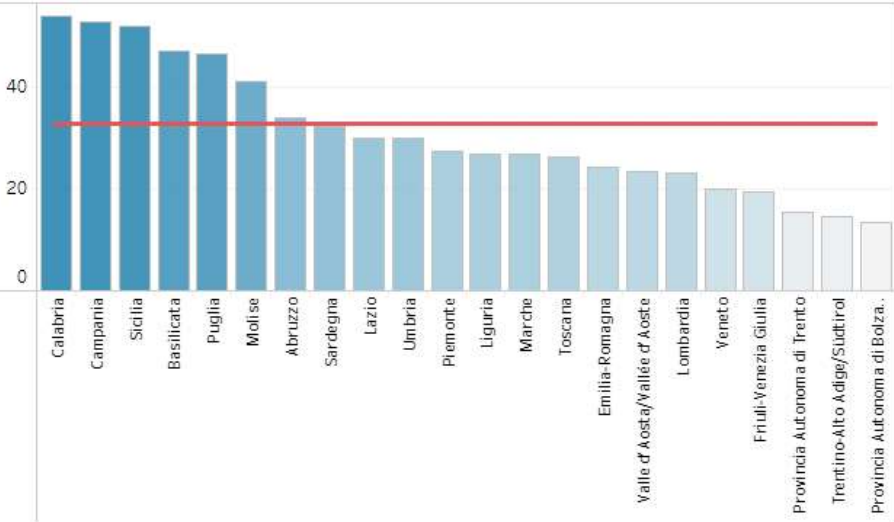
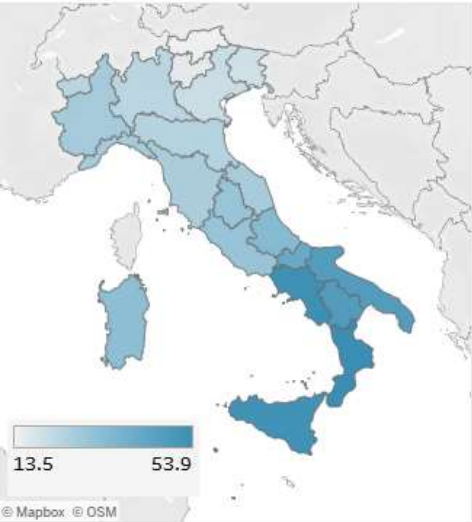
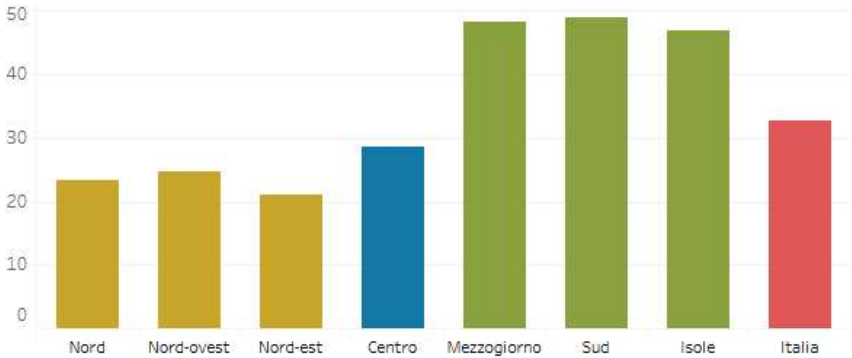
Salute

Sedentarietà (tassi standardizzati)

tempo libero (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.).

Unità di misura: Tassi standardizzati per 100 persone

Fonte: Istat - Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

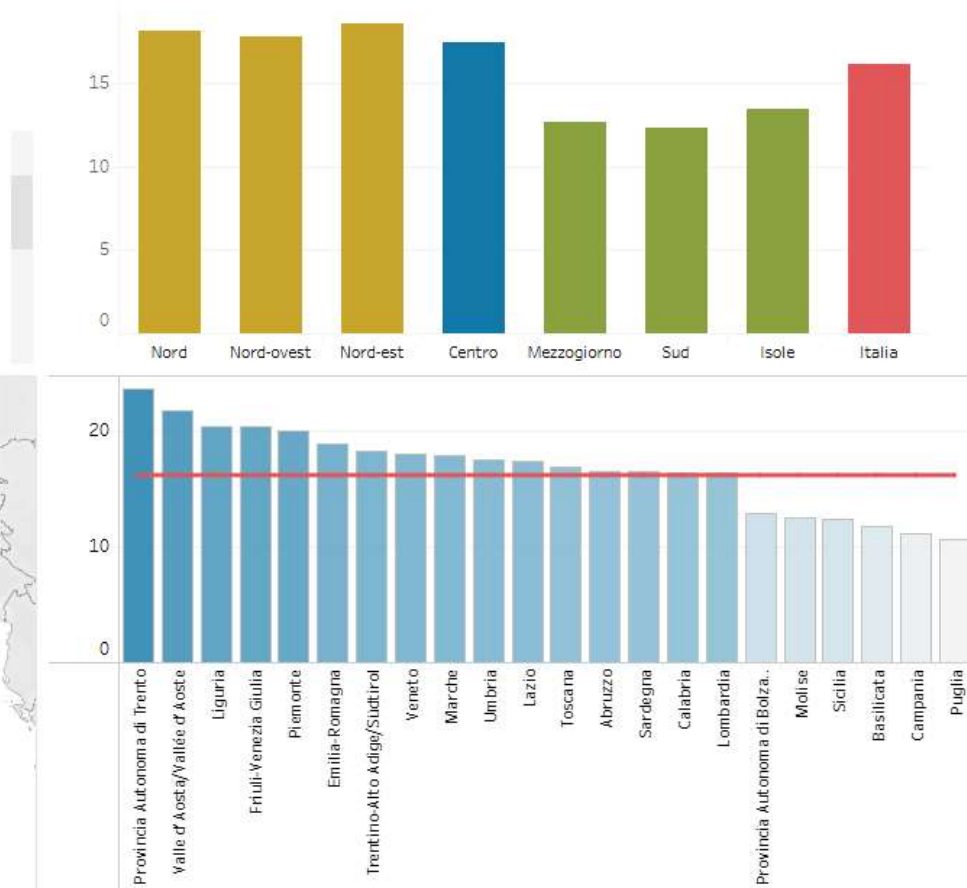


Dominio: Salute
 Indicatore: Adeguata alimentazione (tassi standardizzati)
 Anno: 2024

Salute

Adeguata alimentazione (tassi standardizzati)

Fonte: Istat - Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

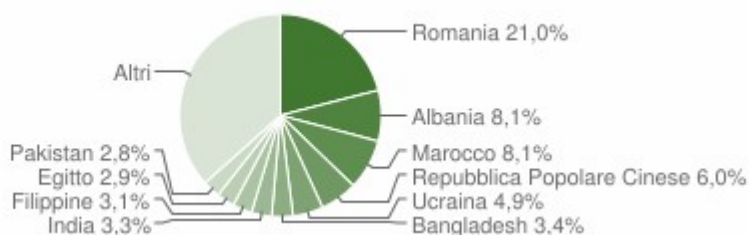


Stranieri e migranti (fonte dati Demo Istat)

Gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2025 sono 5.422.000 in aumento di 169.000 unità (+3.2%) rispetto al 1° gennaio 2024

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 21,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (8,1%) e dal Marocco (8,1%).

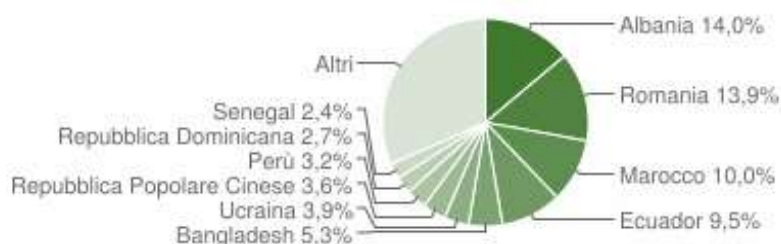
Di seguito la composizione con evidenza delle percentuali:



Gli stranieri residenti in Liguria al 1° gennaio 2023 sono 150.541 di cui 74.997 maschi e 75.544 femmine e rappresentano il 10,0% della popolazione residente (dati censimento permanente della popolazione)

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Albania con il 14,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (13,9%) e dal Marocco (10,0%).

Nella Città Metropolitana di Genova risiedono 38.641 maschi 39.516 femmine stranieri per un totale di 77.977 unità. Di seguito la composizione con evidenza delle percentuali degli stranieri residenti in Liguria:



Sbarco migranti (fonte dati sito ministero dell'Interno)

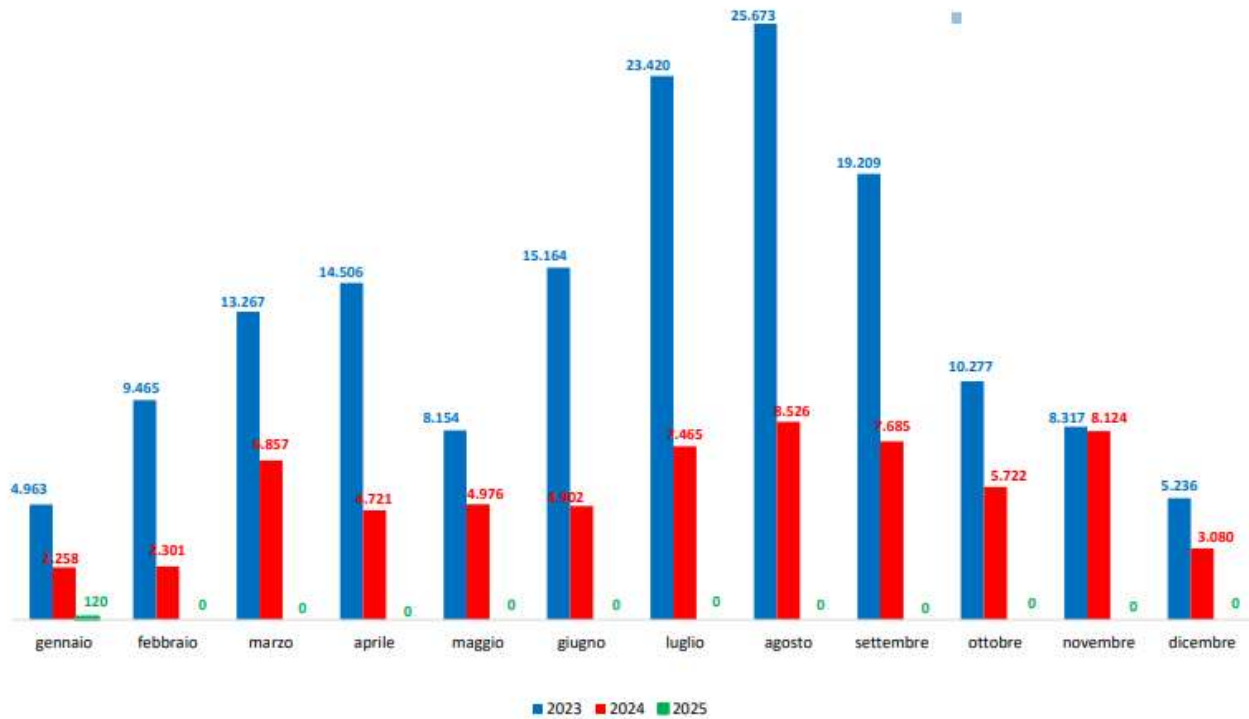
In Italia sono sbarcati, nel corso dell'anno 2023, 157.651 migranti, contro i 66.617 del 2024, il dato del 2025 si riferisce al periodo 01/01/2025 – 08/01/2025.

Comparazione migranti sbarcati negli anni 2023/2024/2025

2023:157.651

2024:66.617

2025:120*

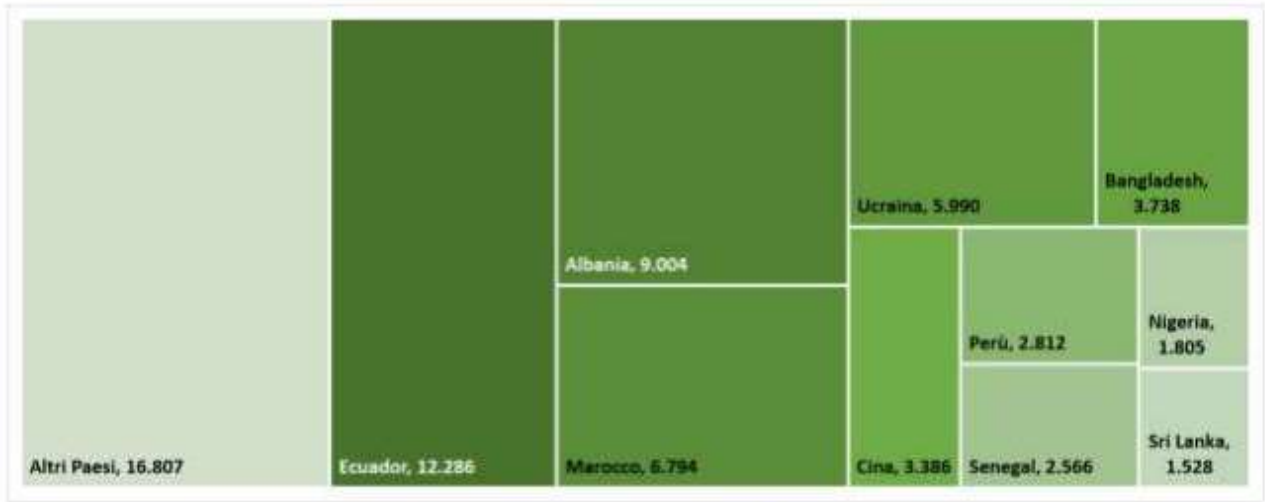


*I dati si riferiscono agli eventi di sbarco rilevati entro le ore 8:00 del giorno di riferimento.

Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

La distribuzione geografica dei migranti nella Città metropolitana di Genova risulta dalla tabella sottostante:

Grafico 5 – Regolarmente soggiornanti nella Città metropolitana di riferimento prime 10 cittadinanze. Dati al 1° gennaio 2024



Fonte: Elaborazione Area di produzione ISL – Sviluppo Lavoro Italia su dati Istat-Ministero dell’Interno

La Liguria ha accolto un numero di migranti pari al 4% del totale nazionale.

Analisi contesto interno – Area territoriale

L'ambito territoriale di operatività di ATS LIGURIA - ASL3 è suddiviso in sei distretti Sociosanitari, ciascuno dei quali coincide con i confini del distretto sociosanitario, definiti ai sensi del D. Lgs. N. 502/92 e ss.mm.ii. e della zona sociale di cui alla legge n. 328/2000, come recepiti dalla Legge regionale n. 12/2006 e ss.mm.ii.

I sei distretti sono così articolati (fonte dati Comune di Genova – Demo Istat all'1/1/2025):

DISTRETTO	ABITANTI	maschi	femmine	kmq	densità per kmq
DSS 8	87.771	41.746	46.025	264,74	331,54
DSS 9	119.501	56.865	62.637	29,58	4.040,13
DSS 10	105.328	51.561	53.766	407	258,99
DSS 11	143.150	67.695	75.455	13,74	10.418,48
DSS 12	133.804	62.652	71.152	309,81	431,89
DSS 13	90.079	42.435	47.644	98,05	918,72
TOTALE	679.633	322.954	356.679	1.123	

Analisi contesto interno - Area Ospedaliera

Nel territorio di competenza di ATS LIGURIA - ASL3 sono compresi tre Stabilimenti Ospedalieri (La Colletta - Arenzano, Padre Antero Micone - Sestri Ponente- , Gallino - Pontedecimo). I posti letto complessivi sono 206 (dato al 01.01.2026).

PADRE ANTERO MICONE (Genova Sestri Ponente).

Ospedale per acuti, orientato esclusivamente per attività di elezione, ha al suo interno discipline mediche (Medicina Interna, Cardiologia, Oncologia) e chirurgiche (Otorinolaringoiatria, Oculistica). E' sede di una degenza di riabilitazione psichiatrica (SPCR). E' attivo un Punto di Primo Intervento h. 12. Funzionalmente integrato con l'Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.) di Genova – Voltri.

Stabilimento	PL degenza ordinaria	PL day hospital	PL day surgery	Totali
Micone	69	7	15	91

GALLINO (Genova Pontedecimo).

Ospedale a forte integrazione con il territorio e ad orientamento prevalentemente lungo degenziale ed ambulatoriale; ha al suo interno discipline mediche (Medicina Interna e Cure Intermedie) e chirurgiche (Day e Week Surgery). Attualmente è sede di Ambulatorio Codici a bassa complessità h. 12.

Presso l'ospedale Gallino ha sede il Centro di Medicina Integrata.

Stabilimento	PL degenza ordinaria	PL day hospital	PL Day Surgery	Totali
Gallino	34	1	7	42

LA COLLETTA (Arenzano)

Ospedale ad orientamento esclusivamente riabilitativo intensivo ed estensivo, sede di degenze di tipo riabilitativo in ambito cardiologico, neurologico, ortopedico, e respiratorio. Presso la Colletta sono presenti anche un Servizio di Dialisi e la S.C. Reumatologia.

Stabilimento	PL degenza ordinaria	PL day hospital	PL day surgery	Totali
Colletta	71	2	0	73

Il numero dei posti letto della Colletta, a causa degli adeguamenti strutturali, ha subito diverse variazioni nel corso del 2024.

L'ultimo atto aziendale approvato con deliberazione n. 547 del 20/10/2025 ha delineato il modello strutturale come segue:

Strutture Organizzative:

- Distretti Sociosanitari
- Presidio Ospedaliero Unico
- Dipartimenti
- Strutture Complesse (S.C.)
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Settori

Possono essere altresì previste funzioni specialistiche definite quali Servizi o Uffici o Funzioni, la cui responsabilità è affidata nel rispetto della vigente normativa, anche contrattuale.

Si rinvia all'apposita sezione SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano -Sottosezione di programmazione Struttura Organizzativa per le informazioni di dettaglio sul POA.

Sottosezione 2 COSA FACCIAMO

La Mission di ATS LIGURIA - ASL3 comprende la “risposta al bisogno di salute”, interpretata come l’erogazione di un pacchetto di servizi integrati, attraverso il quale istituzionalmente avviene la presa in carico del paziente, che include il suo accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo concreto e proficuo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l’attivazione di percorsi paralleli, ancorché integrati, per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

L’ATS LIGURIA - ASL3 sanitaria locale persegue, altresì e contestualmente, la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l’erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la Prevenzione collettiva e la Sanità pubblica, l’Assistenza distrettuale e l’Assistenza ospedaliera, e per l’erogazione efficiente dei quali è assicurata la copertura finanziaria annuale.

L’erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori di:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell’accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell’azione amministrativa;
- formazione continua del personale

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell’ATS LIGURIA - ASL3 a tutelare le condizioni di maggior salute e benessere e, quando necessario, rispondere alla domanda di salute, interpretandone il reale bisogno, garantendo prestazioni efficaci ed accessibili a tutti coloro ai quali le stesse risultano indicate e nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente, con i suoi bisogni e con la sua esperienza, all’interno dei processi di progettazione e programmazione, orientando tutti gli operatori al servizio dell’utente al quale deve essere garantita la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività sociosanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli

Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

ATS LIGURIA - ASL3 ha garantito il consueto livello di assistenza, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, con costante attenzione al contenimento dei costi, determinati da risparmi e razionalizzazioni in tutti i settori possibili.

Sottosezione 2 COSA FACCIAMO: l'attività svolta da ASL 3 in ordine al monitoraggio degli infortuni sul territorio

Il monitoraggio dell'andamento infortunistico nel territorio di competenza di Asl3 avviene attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi gestiti dalla S.C. PSAL, in applicazione di intese istituzionali. In particolare, due sono i principali canali di acquisizione dei dati:

- 1) **INAIL**: a partire dal 2013 è in vigore un protocollo d'intesa, sottoscritto fra INAIL, Procure della Repubblica, Regione Liguria, AA.SS.LL. e Aziende ospedaliere, al fine di definire procedure omogenee in tutto il territorio regionale e della Corte d'appello di Genova (con esclusione, allo stato, della Circoscrizione del Tribunale di Massa) per la trasmissione tempestiva e completa delle notizie di reato relative ad infortuni sul lavoro, in modo da consentirne la trattazione in sede giudiziaria nel rispetto dei criteri di priorità stabiliti dalla legge.
- 2) **Statistica infortunistica** delle imprese operanti nel **Porto di Genova** (comparto commerciale e comparto industriale): a partire dal 2005 – per il comparto commerciale – in seguito ad un accordo fra le istituzioni e parti sociali, vengono raccolti ed elaborati dalla S.C. PSAL i dati infortunistici annuali delle imprese impegnate nelle operazioni portuali. Si tratta di un'informazione completa: numero di eventi (con prognosi superiore a 3 giorni), durata dell'inabilità, numero di addetti e di addetti operativi, numero di ore lavorate. La qualità del dato permette di ricavare gli indici infortunistici (per addetto, per ore lavorate e di gravità) particolarmente utili a valutare l'andamento del fenomeno al netto della variazione del numero di lavoratori e delle ore lavorate, parametri questi che necessariamente influenzano il numero assoluto di infortuni occorsi. Per il comparto industriale la raccolta del dato è stata avviata a partire dall'annualità 2015.

Nella relazione è proposta un'analisi dei dati acquisiti nel corso dell'anno 2025, mediante i due canali descritti.

1. Referti e denunce di infortunio grave (prognosi superiore a 40 giorni) ricevuti da INAIL.

Il protocollo d'intesa INAIL/Procura/Regione/AASSLL 2013 stabilisce, tra l'altro, che **INAIL** trasmetta alla S.C. PSAL referti e denunce di infortunio con durata della conseguente malattia superiore a 40 giorni (**lesioni gravi**), al fine di permetterne l'esame e la trattazione.

La trattazione, secondo protocollo, prevede che la S.C. PSAL esamini ogni caso, individuando

l'appartenenza dello stesso alle seguenti tipologie:

- a) CRITERIO NEGATIVO: incidenti stradali ed infortuni in itinere; infortuni scolastici non legati all'uso di utensili o di sostanze pericolose; infortuni connessi a situazioni dolose, quali risse, rapine, aggressioni ecc. da cui non risulti responsabilità colposa ascrivibile alla legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- b) ACCIDENTALI: quando in base alla denuncia e/o ai primi accertamenti svolti, risulta che l'infortunio sia derivato da evidente accidentalità e che non sussista alcuna violazione di norme sulla sicurezza del lavoro;
- c) PROCEDIBILI DA INDAGARE SECONDO PRIORITA': per gli eventi non riconducibili alle tipologie a) e b), secondo priorità specifiche (infortuni connessi a gravi e ripetute violazioni delle norme; infortuni multipli; particolari dinamiche come folgorazioni, uso di attrezzature ed ambienti confinati, ecc.)

Il flusso informativo INAIL, ancorché non rappresenti la principale modalità di attivazione della S.C. PSAL, rappresentata dalle segnalazioni nell'immediatezza dell'evento da parte della C.O. Emergenza Sanitaria, delle FF.OO. e VV.F., permette di condurre analisi sull'andamento del fenomeno negli anni, quanto meno con riguardo ai casi di maggior gravità.

Nella tabella che segue è possibile osservare il numero di casi totale e per tipologia nel periodo 2019-2024 (anche i dati 2022-2023 sono stati consolidati con i casi ulteriormente trasmessi da INAIL e con la rivalutazione dei casi procedibili da indagare):

CASI	2019	2020	2021	2022	2023	2024
a) Criteri Negativi	302	358	224	192	135	196
b) Accidentali	275	355	254	247	196	259
c) Procedibili da indagare	59	62	67	38	34	35
d) Covid-19		320	26			
TOTALE	636	1.095	571	477	365	490

Tabella 1 – Casi gravi trasmessi da INAIL

Sebbene il dato complessivo sconti una fluttuazione dovuta a fattori singolari (casi Covid-19 nel 2020, graduale riduzione della trasmissione dei casi con criterio negativo ragionevolmente riconducibile ad una selezione a monte da parte di INAIL), i casi di lesioni gravi procedibili da indagare risultano essere in tendenziale discesa, con un valore massimo di n. 67 nel 2021 e minimo di n. 34 nel 2023 (dato oggetto di rivalutazione), di fatto pari al dato 2024, quest'ultimo non ancora consolidato.

2. Analisi dei dati degli infortuni nell'ambito del settore portuale e marittimo.

L'andamento del fenomeno infortunistico nel comparti commerciale e industriale (D.Lgs. 272/99).

La raccolta annuale dei dati forniti ad Asl3 dalle imprese impegnate nelle operazioni portuali ex

D.Lgs. 272/99, avviata grazie ad un'intesa fra i soggetti istituzionali e le parti sociali, permette per la coorte dei lavoratori portuali di valutare su una serie storica che parte dal 2005 il trend infortunistico. Si tratta di eventi infortunistici cui sia associata un'inabilità superiore a 3 giorni.

Le elaborazioni realizzate dai tecnici della scrivente struttura sono relative non solo ai valori assoluti (infortuni occorsi, numero di addetti, ore lavorate), ma anche ai principali indici infortunistici (indici di frequenza, incidenza e gravità).

Nel periodo 2005-2024, si è assistito ad una significativa riduzione degli infortuni sul lavoro nel comparto commerciale (operazioni portuali), con un decremento di tutti gli indici.

Nel 2005 gli enti censiti erano n. 573, mentre nel 2024 n. 92, a fronte di un numero di addetti operativi considerati nell'analisi di fatto inalterato (n. 2310 del 2005 contro n. 2162). Purtroppo nel 2024 si è registrato un infortunio mortale; il precedente risaliva a quindici anni prima.

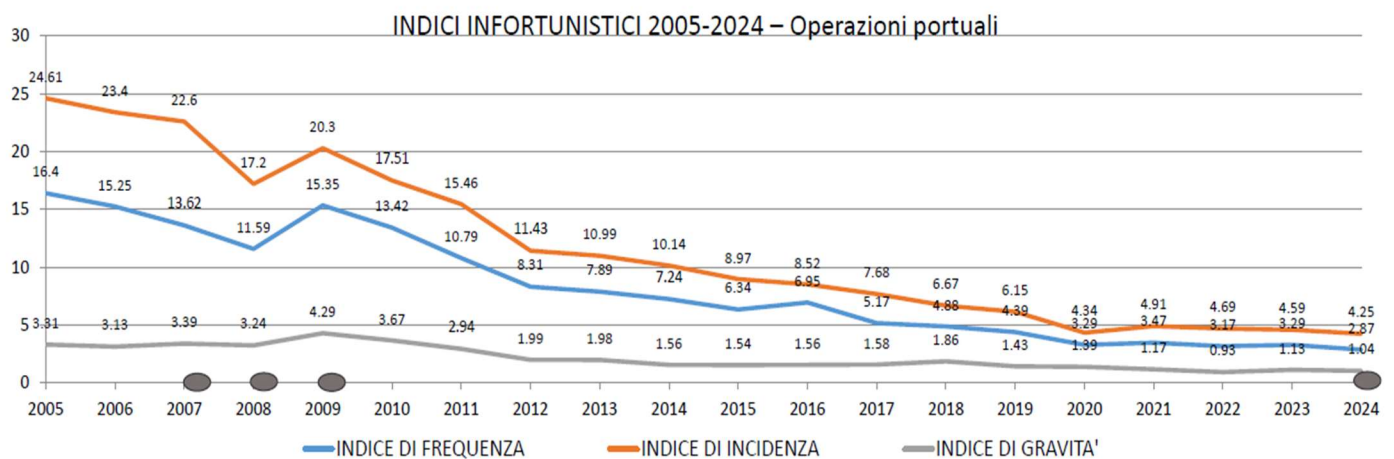


Grafico 1 – Indici infortunistici operazioni portuali 2005-2024

In termini di indici, nello stesso periodo: l'indice di frequenza sulle ore lavorate (100.000) si è ridotto da 16,4 a 2,87, così come quello di incidenza sul numero di addetti (100) da 24,61 a 4,25.

Tuttavia, va precisato, che tale positivo andamento, nelle ultime annualità ha manifestato una stabilizzazione, non osservandosi più i decrementi relativi in precedenza evidenti.

Per quanto attiene il comparto industriale (riparazioni navali), è stata avviata la medesima raccolta dati solo più recentemente e il dato non presenta le medesime caratteristiche di omogeneità e copertura della coorte di lavoratori. Nel corso degli anni è, infatti, variato il numero di imprese che hanno fornito i dati e gli stessi non comprendono le imprese in subappalto, che quotano circa il 50% degli infortuni occorsi nel settore.

Seppur nei limiti di quanto detto, è possibile condurre alcune valutazioni sull'andamento del fenomeno, che ha visto una contrazione degli indici infortunistici (per addetto e per ore lavorate) nel periodo 2015-2024. Nel corso dell'anno è stata inoltre effettuata una revisione dei dati degli anni precedenti, che ora possono essere considerati consolidati.

Anche nel comparto delle riparazioni navali recentemente (nel 2025) si è verificato un evento mortale, in esito al quale istituzioni e parti sociali hanno sottoscritto un protocollo che prevede, tra l'altro, l'implementazione dello studio dell'andamento infortunistico con il graduale monitoraggio

degli infortuni che coinvolgono lavoratori in sub-appalto.

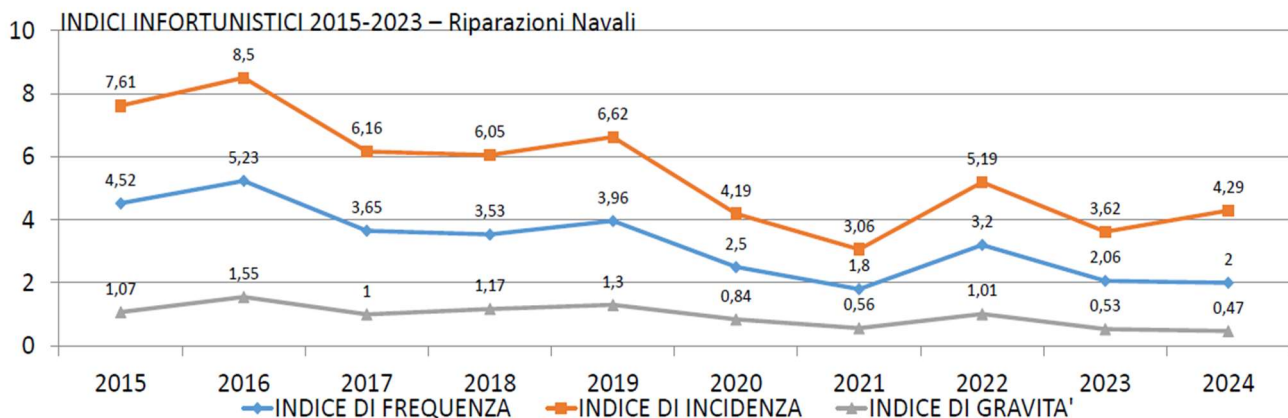


Grafico 2– Indici infortunistici riparazioni navali 2005-2024

Infortuni gravi e mortali nell'area portuale e nei cantieri navali. I dati derivanti dalle indagini di P.G..

Se il dato infortunistico raccolto dalle imprese permette di conoscere nel complesso il fenomeno, diverse valutazioni, di maggior dettaglio, possono compiersi esaminando, invece, le informazioni assunte nell'ambito delle indagini di P.G. compiute d'iniziativa o su delega dell'A.G. dagli Ufficiali di Polizia Giudiziaria della S.S. Porto.

Le indagini sugli infortuni sul lavoro vengono avviate, in applicazione di un Protocollo d'Intesa del 2013 fra Regione Liguria/INAIL/Procura/AASSLL, sia sulla base delle segnalazioni provenienti dai Servizi di Emergenza Sanitaria o dai Pronto Soccorso sia sulla base dei referti INAIL trasmessi ad Asl3 per i casi che determinano una malattia superiore a 40 giorni. L'intero flusso informativo è gestito dalla scrivente struttura, cui compete l'attivazione, anche in urgenza, ed il compimento dei primi atti d'iniziativa di P.G..

Nella *Tabella 2* sono riportati i casi gravi e mortali trattati con indagine nel periodo 2018-2025 dalla S.S. Porto. Essi riguardano non solo le operazioni portuali e le riparazioni navali (ovvero i due comparti cui si applica il D.Lgs. 272/99 e cui si riferisce l'analisi del trend infortunistico sopra riportata), ma anche i cantieri edili in area portuale, i cantieri navali di costruzione extra-portuali (ove trova applicazione il D.Lgs. 81/08) e gli incidenti occorsi a lavoratori marittimi a bordo delle navi.

	Infortuni Gravi (G) e Mortali (M) per anno																Totale
	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025		
	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	
Operazioni Portuali	9	1*	6	0	5	0	8	0	4	0	4	0	6	1	1	0	45
Riparazioni Navali	5	0	4	0	5	0	8	0	2	0	5	0	2	0	2	1	34
Cantieri navali extra-porto	4	1	7	0	2	0	4	0	7	0	7	0	3	0	2	0	37
Cantieri edili portuali	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	2	0	4	0	12
Marittimi	3	0	4	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	1**	3	0	19
Totali	22	2	21	0	15	0	22	0	15	0	21	0	14	2	12	1	147

*lavoratore autotrasporto

** infortunio marittimo presso nave battente bandiera straniera avvenuto in navigazione fuori da territorio genovese.

Tabella 2 – Infortuni gravi e mortali oggetto di indagine di P.G. 2018-2025

Come può osservarsi, si tratta di n. 147 casi di cui n. 4 mortali (n. 2 occorsi nel 2018, n. 1 nel 2024 e n. 1 nel 2025). I casi relativi alle operazioni portuali sono complessivamente n. 45 (di cui n. 1 mortale occorso nel 2018, anche se va precisato che lo stesso è occorso a lavoratore dell'autotrasporto e pertanto non compreso nella coorte di lavoratori portuali e n. 1 mortale occorso nel 2024), mentre quelli relativi alle riparazioni navali sono n. 34 (n. 1 caso mortale nel 2025).

Le informazioni acquisite in corso di indagine permettono di compiere analisi, alcune delle quali sono di seguito proposte in forma di tabella, con riguardo alla dinamica degli eventi, all'età dei lavoratori infortunati e al regime contrattuale delle imprese ove erano impiegati.

Rispetto alla dinamica dei casi di infortunio grave, verificatisi nel periodo 2018-2025, in ambito di operazioni portuali, come può evincersi dalla *Tabella 3*, la dinamica prevalente è quella dell'**investimento/incidente stradale** in zona operativa, con un'incidenza del **36%** (anche i due infortuni mortali verificatisi nel periodo sono dovuti ad un investimento).

Mentre nel comparto industriale (riparazioni navali), come si osserva in *Tabella 4*, le dinamiche maggiormente ricorrenti vedono coinvolte **macchine, attrezzature e materiali**, con incidenza del **29%**.

	Infortuni Operazioni Portuali per dinamica									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale	%
Investimento/Stradale	4	0	2	4	1	2	3	0	16	36
Uso attrezzature	0	2	0	2	1	0	1	0	6	13
Caduta materiale/Schiacciamento	3	1	2	1	2	2	1	0	12	27
Caduta dall'alto	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Altro	3	3	1	1	0	0	1	1	10	22

	Infortuni Riparazioni Navali per dinamica									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale	%
Investimento/Stradale	2	0	1	1	1	0	0	0	5	15
Uso attrezzature	1	2	3	2	0	1	0	0	9	26
Caduta materiale/Schiacciamento	1	2	0	2	1	4	0	0	10	29
Caduta dall'alto	1	0	0	1	0	0	1	1	4	12
Altro	0	0	1	2	0	0	1	2	6	18

Tabelle 3-4 – Infortuni operazioni portuali e riparazioni navali 2018-2025 per dinamica

La statistica delle dinamiche infortunistiche mette in luce i principali fattori di rischio interessati nei due differenti processi lavorativi ed è coerente con le tipologie di lavorazione caratterizzanti gli stessi: circolazione di mezzi operativi ed interazione con operatori a piedi per le operazioni portuali; uso di macchine ed attrezzature per le riparazioni navali; movimentazione e sollevamento materiali per entrambe.

Tale analisi è funzionale alla programmazione delle iniziative di prevenzione e controllo nei due comparti.

Nelle Tabelle 5 e 6 è riportata la statistica per età dell'infortunato.

	Infortuni Operazioni Portuali per età									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale	%
18-35 anni	1	1	0	0	0	0	2	0	4	9
36-50 anni	6	3	4	6	3	1	1	1	25	56
51-65 anni	3	2	1	2	1	3	3	0	15	33
>65 anni	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2

	Infortuni Riparazioni Navali per età									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale	%
18-35 anni	0	0	2	2	0	3	0	1	8	24
36-50 anni	1	2	0	5	1	1	0	0	10	29
51-65 anni	4	1	3	1	1	1	1	2	14	41
>65 anni	0	1	0	0	0	0	1	0	2	6

Tabelle 5 -6 – Infortuni operazioni portuali e riparazioni navali 2018-2025 per età

Sottosezione 2 COSA FACCIAMO: l'attività svolta da ATS Liguria ASL3 in ordine al monitoraggio degli infortuni del personale

Il monitoraggio degli infortuni sul lavoro, occorsi al personale dipendente, è una componente cruciale delle attività del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP).

Di seguito la rappresentazione grafica dell'andamento infortunistico dell'anno 2025 (alla data del 13/12/2025)

Il primo grafico mostra l'incidenza infortunistica (numero di infortuni rapportato al numero di dipendenti) dal 2019 al 2025, evidenziando due picchi in corrispondenza degli anni 2020 e 2022 e quindi correlato alla pandemia covid.

Grafico 1

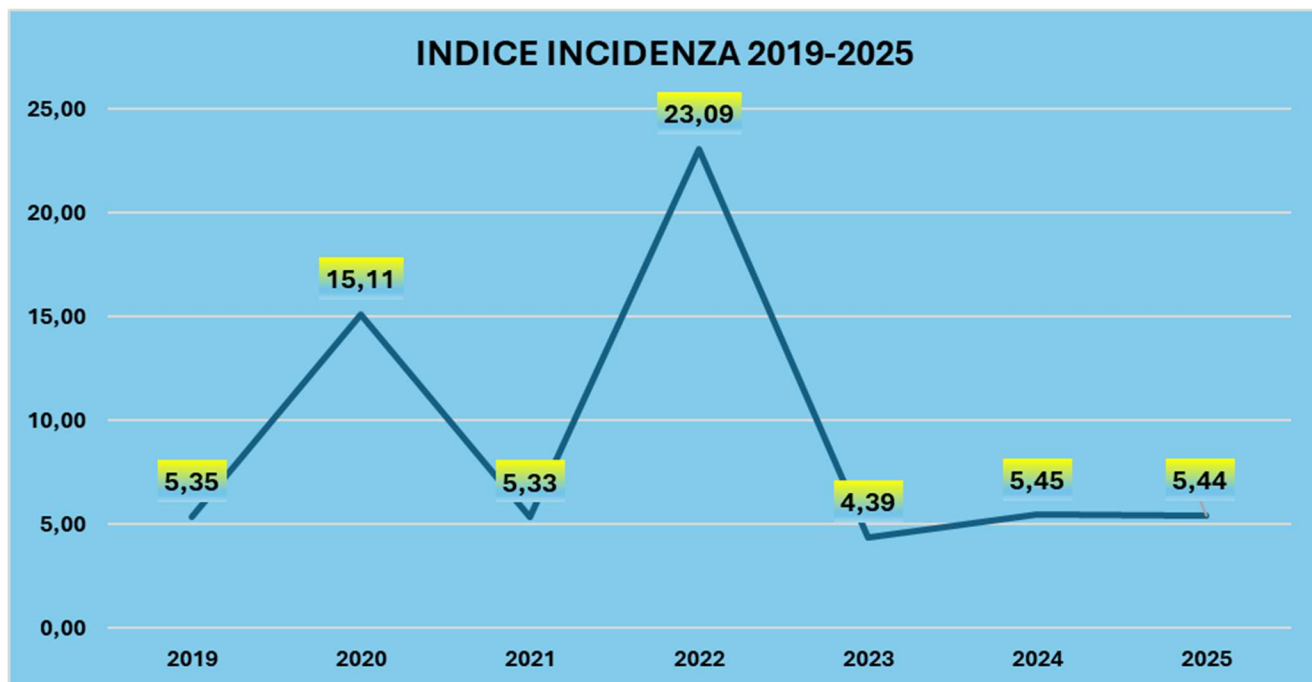


Grafico 2

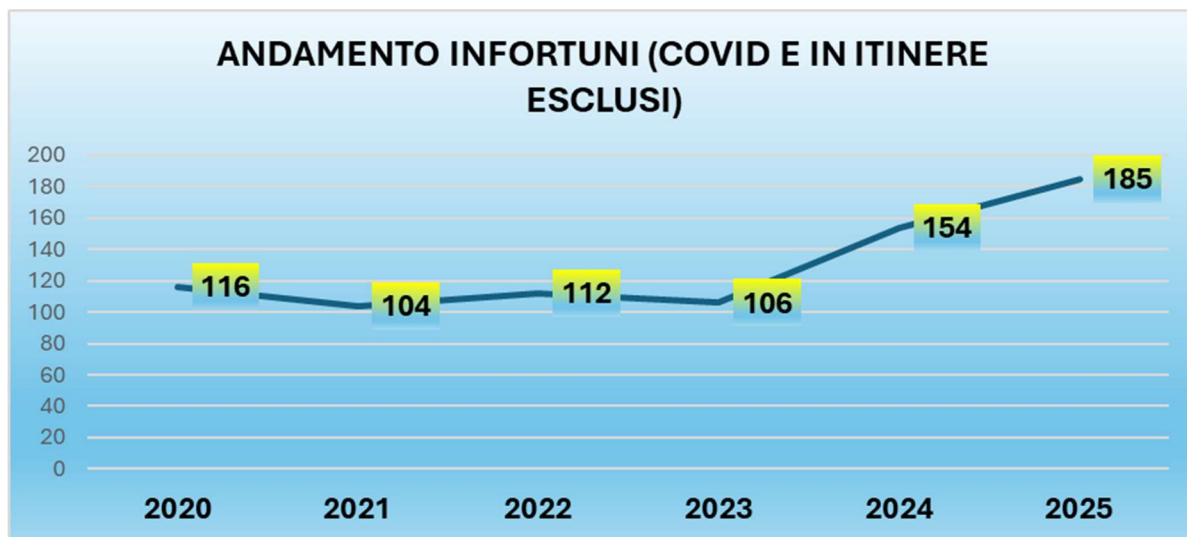
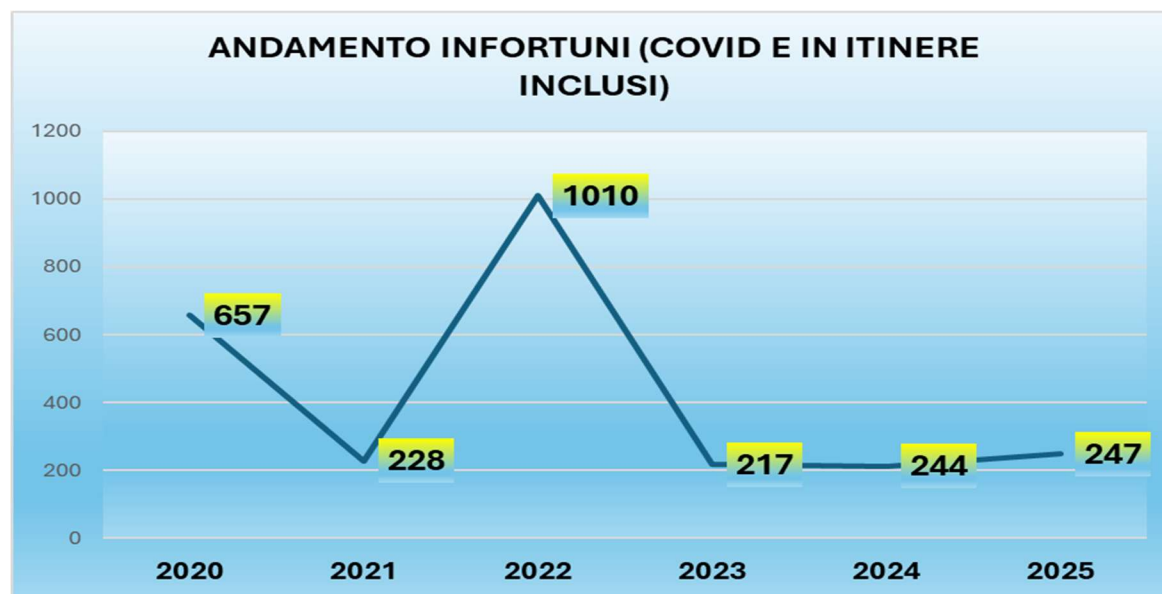
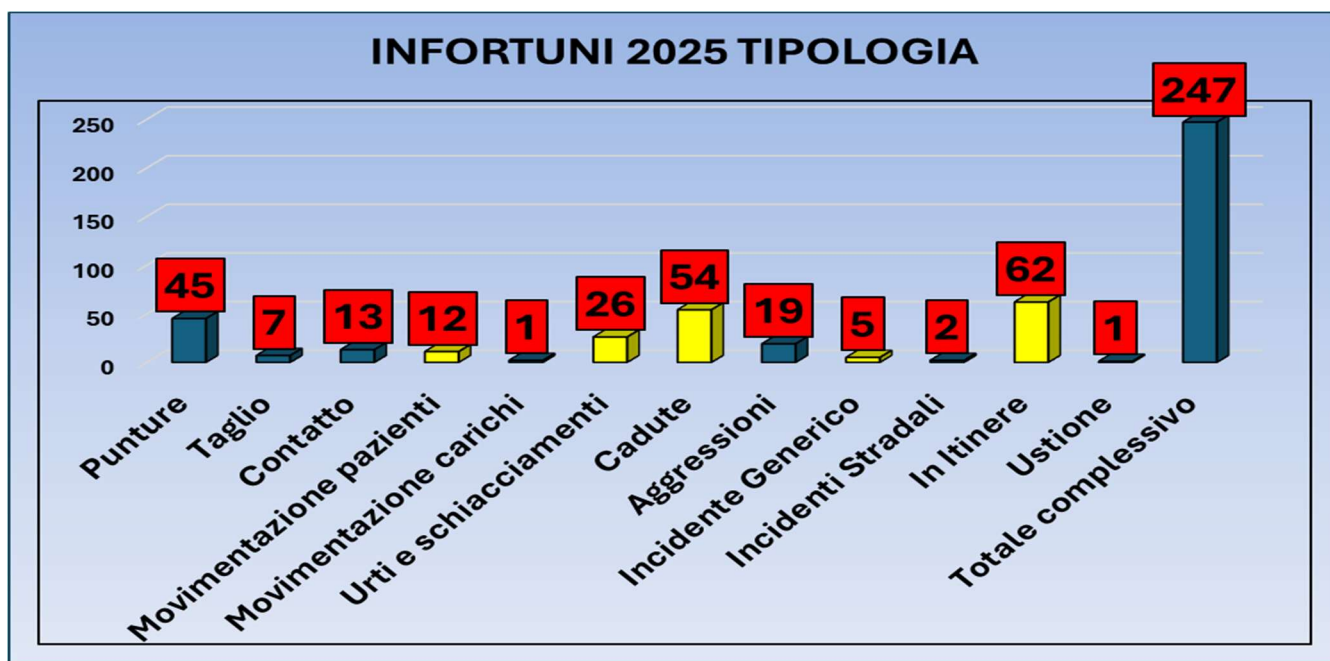


Grafico 3



Il grafico n.3 evidenzia un innalzamento del numero di infortuni negli ultimi due anni: tale aumento si ritiene possa essere dovuto ad un aumento degli infortuni di natura biologica (contatto/punture e tagli da materiale potenzialmente infetto) dovuto ad una campagna di sensibilizzazione, condotta nel corso del 2025, mediante la quale il personale sanitario è stato invitato a denunciare tutti gli infortuni di tale natura.

Il grafico 4 sottostante riporta gli infortuni suddivisi per tipologia



Di seguito vengono analizzati più nel dettaglio gli infortuni dovuti a cadute, movimentazione carichi/pazienti e urti/schiacciamenti

Cadute 2025

Il numero di infortuni da caduta nel corso del 2025 (n. 54) evidenzia un lieve incremento rispetto allo scorso anno (n.42 tot); da un'analisi dettagliata si è accertato che, nella quasi totalità dei casi, questa tipologia di infortunio non è correlata a difetti strutturali interni alle strutture.

La professione maggiormente interessata da questo tipo di infortunio è quella degli infermieri (n. 25); seguono gli OSS (n.14), gli amministrativi (n.4) e i medici (n.3).

Grafico 5

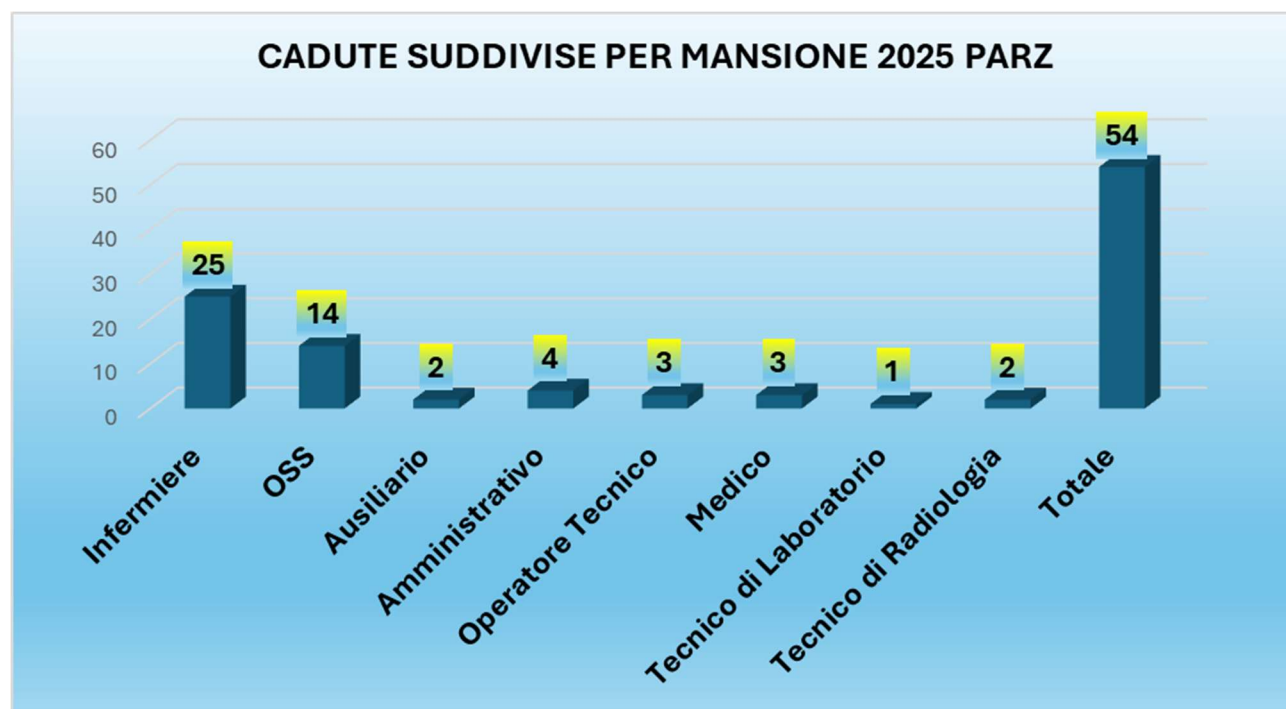
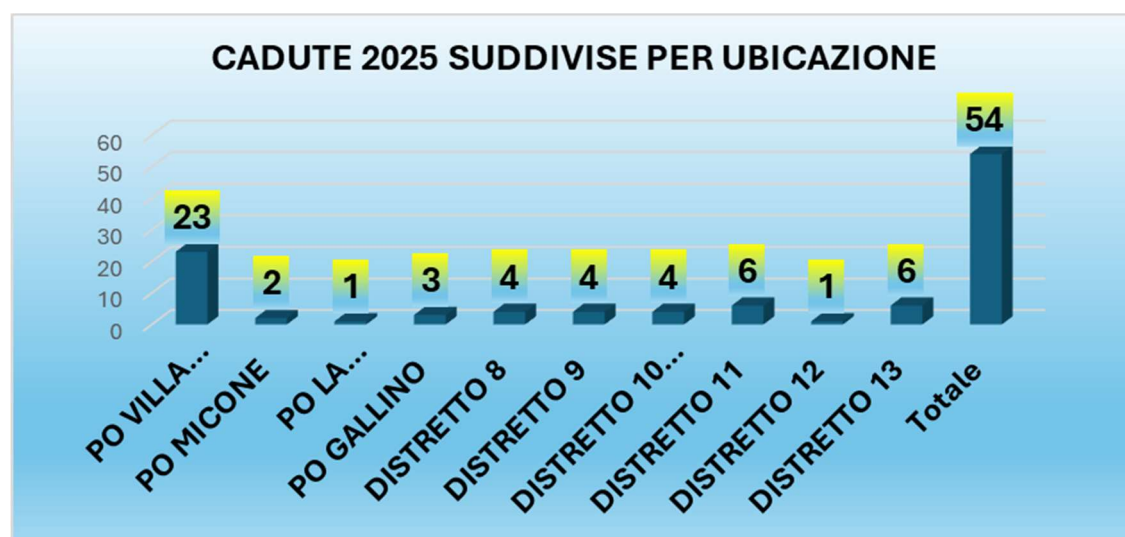


Grafico 6

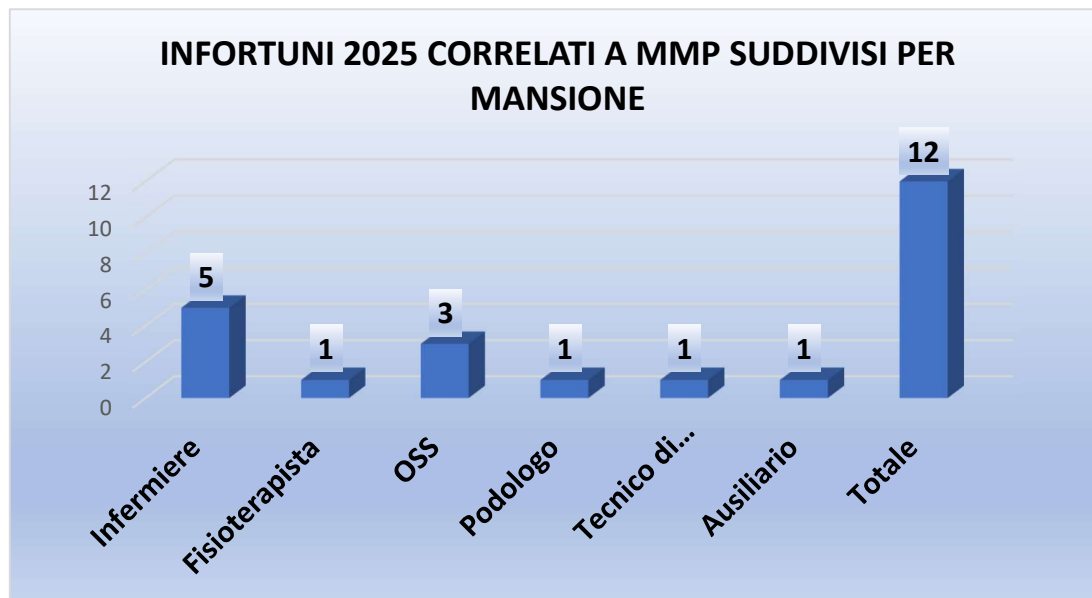


La maggior parte delle cadute accidentali avvenute in sede si sono registrate nel P.O. di Villa Scassi (n.23), a seguire nel P.O. Gallino ed infine sul nel territorio.

Movimentazione Manuale Pazienti 2025

Riguardo agli infortuni correlati alla Movimentazione Manuale dei Pazienti, sono stati registrati 12 casi, in diminuzione rispetto al 2024, durante il quale ne sono stati registrati 17.

Come si evince dal grafico 7 sottostante, le categorie più coinvolte sono quelle degli infermieri (n. 5) a seguire quella degli OSS (n.3).



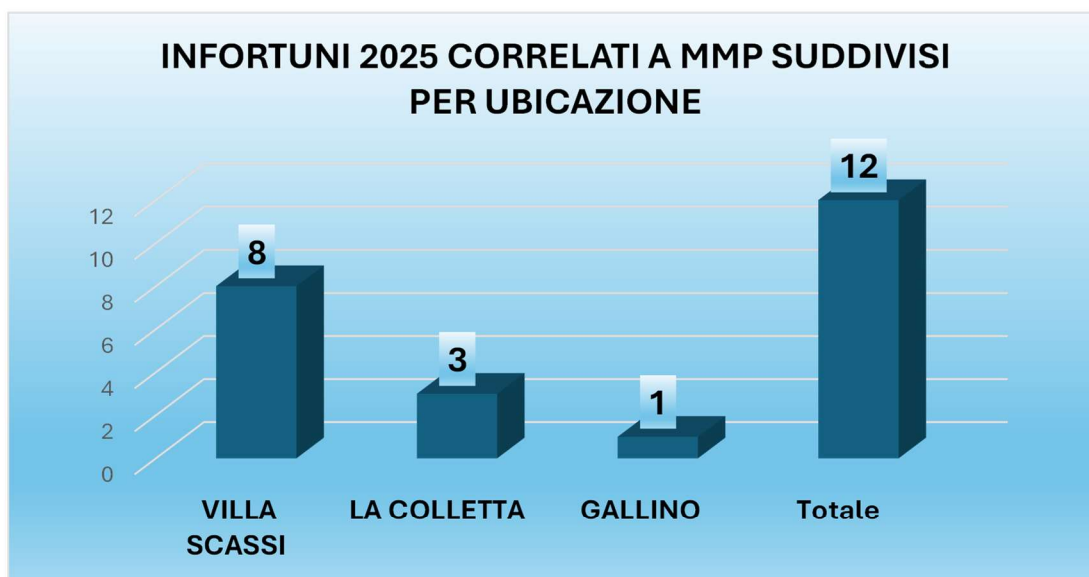


Grafico 8

Le sedi principali sono quelle ospedaliere: si contano n. 8 casi nel P.O. di Villa Scassi, n. 3 nel P.O. La Colletta e n.1 nel P.O. Gallino.

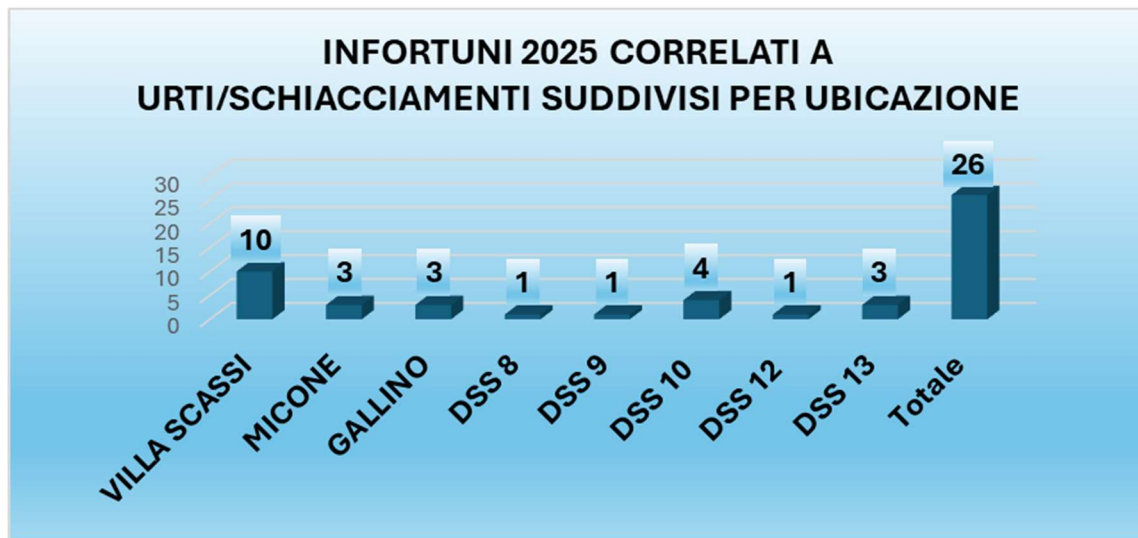
Urti/schiacciamenti 2025

Questo tipo di infortunio è spesso correlato all'uso di attrezzature per la movimentazione dei carichi/pazienti, (carrozzelle, carrelli, sollevatori). Nel 2025 sono stati registrati 26 casi, in lieve incremento rispetto allo scorso anno (n.3 infortuni in più).

Grafico 9



Grafico 10



SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti-corruzione

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

Per Valore Pubblico di una Azienda sociosanitaria si intende l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'ATS LIGURIA - ASL3 al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento.

Già nella precedente edizione del PIAO, si è cercato di conferire ai singoli piani un'integrazione ancora maggiore, specificando quali indicatori di valore pubblico si intenda perseguire nell'ambito della programmazione triennale. Attraverso il Piano della Comunicazione, che svolge un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico, il cittadino e il dipendente sono posti a conoscenza delle numerosissime iniziative poste in campo da ATS LIGURIA - ASL3 in tema di prevenzione, tutela della salute, educazione a corretti stili di vita ecc.

L'ultimo atto aziendale, approvato con deliberazione n. 547 del 20/10/2025, prevede:

1) la soppressione del Dipartimento di Staff della Direzione Generale le cui funzioni sono ricondotte a Staff di Direzione Generale a cui afferiscono quindi:

- Strutture Complesse appartenenti ad altri Dipartimenti, funzionalmente attribuite per lo svolgimento di attività a forte valenza strategica o intersettoriale, al fine di assicurare coerenza tra le politiche ATS LIGURIA - ASL3 e la loro implementazione trasversale, ossia:
- S.C. Programmazione e Controllo afferente alla Direzione Amministrativa;
- S.C. Sistemi Informativi Aziendali strutturata presso il Dipartimento Tecnico;
- S.C. Health Technology Assessment (HTA) e Ingegneria Clinica strutturata presso il Dipartimento Tecnico;
- Strutture Complesse esclusivamente afferenti che presidiano ambiti specifici di supporto strategico, coordinamento organizzativo, monitoraggio delle performance, sicurezza e innovazione, ossia:
- S.C. Innovazione dei Processi e Sviluppo Organizzativo;
- S.C. Quality Assurance e Risk Management;
- S.C. Servizio Prevenzione e Protezione;
- nonché direttamente:
- il Servizio Medico Competente (successivamente S.S.D. Medico Competente);
- l'Ufficio Stampa e della Comunicazione e Ufficio Relazioni con il pubblico.

2) revisione degli attuali Dipartimenti di Area Medica e istituzione di nuove Strutture e relative nuove collocazioni nei Dipartimenti come di seguito:

a) Dipartimento Cardiologico (di nuova istituzione)

- S.C. Cardiologia – UTIC Ospedali P.A. Micone, Gallino e Territorio

- S.S. Cardiostimolazione ed elettrofisiologia
- S.S. Servizio di cardiologia territoriale
- S.S. Gestione dello scompenso cardiaco
- S.C. Cardiologia – UTIC Ospedale Villa Scassi
- S.S. Degenza Cardiologia Villa Scassi
- S.S. Diagnostica Integrata Cardiovascolare
- S.C. Riabilitazione Cardiologica
- S.S. Organizzazione dei percorsi riabilitativi pre e post-cardiochirurgici e per pazienti con insufficienza cardiaca
- S.S. Centro per la valutazione avanzata della capacità funzionale cardiorespiratoria
- S.S.D. Cardiologia del territorio (di nuova istituzione)
- b) Dipartimento di Riabilitazione (di nuova istituzione)
- S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale
- S.S. Territoriale Ponente
- S.S. Territoriale Centro
- S.S. Territoriale Levante
- S.C. Nefrologia e Dialisi
- S.S. Attività emodialitiche Osp. La Colletta
- S.S. Attività emodialitiche Osp. Villa Scassi
- S.C. Neurologia
- S.S. Neurofisiopatologia
- S.S.D. Riabilitazione Territoriale (di nuova istituzione)
- c) Dipartimento Specialistico Metabolico (di nuova istituzione)
- S.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche
- S.S. Endocrinologia e Malattie Metaboliche
- S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi
- S.S. Medicina e Cure Intermedie Micone
- S.C. Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata
- S.C. Reumatologia
- S.S. Reumatologia La Colletta
- S.S. Reumatologia Gallino
- S.S. Malattie reumatiche e metaboliche ossee
- d) Dipartimento Medico (di nuova istituzione)
- S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi
- S.S. Medicina e Cure Intermedie Gallino
- S.C. Oncologia
- S.S.D. Oncologia Sestri
- S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica
- e) Dipartimento Chirurgico
- S.C. Chirurgia Generale

- S.S. Chirurgia di Pronto Soccorso
- S.C. Urologia
- S.S. Urologia Oncologica
- S.C. Otorinolaringoiatria
- S.S. Vestibologia e Riabilitazione Vestibolare
- S.C. Oculistica
- S.S. Chirurgia Vetro-Retinica
- S.C. Ortopedia e Traumatologia
- S.S. Traumatologia d'Urgenza
- S.S. Artroscopia
- S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (nuova collocazione)
- S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico
- S.S.D. Day e Week Surgery Multidisciplinare
- S.S.D. Chirurgia Laser
- S.S.D. Chirurgia Toracica
- f) Dipartimento Emergenza ed Accettazione
- S.C. Anestesia e Rianimazione
- S.S. Medicina del dolore multidisciplinare ospedaliera e territoriale
- S.S. Coordinamento attività anestesologiche ospedali Gallino e P.A. Micone
- S.S. Attività intensiva e sub intensiva e coordinamento locale prelievi d'organo
- S.C. Medicina d'Urgenza
- S.S. Degenza breve
- S.S. Primo Intervento Ospedali Micone e Gallino
- S.S. Pronto Soccorso Villa Scassi/OBI
- S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
- S.S. Senologia Territoriale
- S.C. Chirurgia Senologica (di nuova istituzione)
- S.C. Pneumologia
- S.S. Pneumologia Riabilitativa La Colletta
- S.S. Pneumologia Territoriale
- S.S. Centro per la diagnosi e cura delle malattie della pleura
- g) S.S.D. Medico Competente (di nuova istituzione da porre in staff alla Direzione Generale);

3) istituzione delle seguenti Strutture Semplici Amministrative e Tecniche afferenti alle Aree delle Cure Primarie e della Farmaceutica Territoriale

- Struttura Semplice Amministrativa Convenzionata Esterna (S.C. Cure Primarie)
- Struttura Semplice Amministrativa medici convenzionati (S.C. Cure Primarie)
- Struttura Semplice Area Farmaceutica Convenzionata (S.C. Farmaceutica Territoriale)

Valore pubblico e PNNR (Piano Nazionale di Ripresa e resilienza)

Un rilievo importantissimo, nell'ambito del Valore Pubblico, è assegnato alla Missione 6 del PNNR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)

La Missione 6 si articola in 2 componenti ed è focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del servizio sanitario nazionale (SSN) con il rafforzamento del fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Il primo ambito di interventi mira al **“rafforzamento dei servizi e delle prestazioni erogate sul territorio”** grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali, come **le Centrali Operative Territoriali**, le **Case della Comunità**, gli **Ospedali di Comunità**; al **potenziamento dell'assistenza domiciliare**; allo **sviluppo della telemedicina** e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Il secondo ambito di interventi è incentrato sul rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, **completando la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** e migliorando la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi; sul potenziamento della ricerca scientifica con maggiori risorse e sull'accrescimento delle competenze del capitale umano del Servizio sanitario nazionale attraverso la formazione.

MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO AL 31/12/2025

Prima di introdurre le nuove progettualità 2026 è opportuno verificare quali siano stati i risultati in termini di valore pubblico raggiunti nel 2025.

A tale proposito è stato richiesto a tutte le strutture responsabili presenti nella sezione Monitoraggio del PIAO 2026/2028 di indicare i risultati raggiunti in termini di valore pubblico nell'anno 2025.

Il monitoraggio ha dato il seguente esito:

MACROCATEGORIA 1 ATTUAZIONE PNRR

A) MONITORAGGIO 2025 ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 - STRUTTURE (Responsabile: Dipartimento Tecnico) - Vedasi **TAVOLA 1** per le informazioni di dettaglio -

<i>Valore pubblico</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Esito</i>
1)ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 a) strutture	<i>Conclusione lavori per n. 9 Case di Comunità entro giugno 2025 Raggiungimento di almeno il 50% della spesa prevista per appalti lavori entro luglio 2025</i>	Nell'anno 2025 per 9 Case della Comunità si è dato atto dell'attivazione ai sensi del DM 77/2022

B) MONITORAGGIO 2025 ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 ACCESSIBILITA' DIGITALE
(Responsabile SC SIA)

1)ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 b) accessibilità digitale	<i>Miglioramento accessibilità digitale</i>	Certificazione HIMSS EMRAM de 28/11/2025 di aumento di maturità digitale dal livello iniziale 1 al livello finale 3

C) MONITORAGGIO 2025 ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 APPARECCHIATURE
ELETTROMEDICALI (Responsabile SC ELETTROMEDICALI IMPIANTI E AUTOMAZIONE)

1)ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 c) attrezzature – acquisto e installazione	<i>Acquisto installazione apparecchiature sanitarie</i>	<i>e</i> Tutte le apparecchiature sono state acquistate e installate al 31.12.2025

D) MONITORAGGIO 2025 ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 (Responsabile DIREZIONE SOCIO
SANITARIA)

1)ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 d) la casa come primo luogo di cura	<i>Potenziamento delle prese in carico territoriali Medicina di condivisione Implementazione sistemi di telemedicina</i>	prese in carico al 31/12/2024=23.257 prese in carico al 31/12/2025=32.048 31/12/2024 Cure Palliative n. 740 PIC 31/12/2025 Cure Palliative n. 841 PIC Il report statistico regionale pubblicato sul Portale Poliss da Alisa, per ogni Azienda Sociosanitaria Ligure, evidenzia n. 448 prestazioni erogate in modalità telemedicina nel 2025

MACROCATEGORIA 2

E) MONITORAGGIO 2025– INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative
volte alla tutela della salute, corretti stili di vita) (Responsabile Ufficio Stampa, Comunicazione e URP)

Valore pubblico	Indicatore	Esito
2)INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Attività rivolte alla popolazione maschile e femminile	L'ufficio Comunicazione di Asl3 nel 2025 ha organizzato circa n. 300 tra eventi e iniziative per informare e sensibilizzare la popolazione su salute, sanità, prevenzione e corretti stili di vita. In linea generale si rileva che l'indicatore annunciato nel precedente PIAO è soddisfatto in quanto sono state attivate aree di comunicazione dedicate ai target interessati, come di seguito rappresentato: Iniziative salute Donna: nr.50. Oltre ai consueti "filo diretto" telefonico/online e inforpoint con gli specialisti su diversi temi (a titolo di esempio: menopausa, contrasto alla violenza di genere, servizi offerti dai consultori, emicrania, prevenzione cardiovascolare, salute mentale, screening, ostetriche, allattamento, caldo e ciclo mestruale, ecc...), sono stati organizzati incontri informativi e consulenze sul territorio con gli esperti della Breast Unit Asl3 (es. Comune di Serra Riccò, Poliambulatorio Ca' Nova, Rossiglione, comunità Brasiliana, Anci - Federsanità). Inoltre, in occasione di "Ottobre rosa", mese dedicato allaprevenzione del tumore al seno, è stata organizzata un'iniziativa di sensibilizzazione attraverso il coinvolgendo di 200 negozi di abbigliamento femminile in collaborazione con Camera di Commercio di Genova, Confcommercio e Federmoda Confcommercio. In parallelo, sempre durante il mese di ottobre, è stato organizzato a Palazzo Ducale un incontro aperto alla cittadinanza con gli specialisti della Breast Unit Asl3. Tutte le iniziative rappresentate hanno avuto ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...) e il coinvolgimento degli stakeholder di branca, oltre ai Comuni, Associazioni, MMG/PLS, Pubbliche Assistenze, Farmacie, ecc... Nell'arco dell'anno sono stati attivati inoltre approfondimenti informativi su interventi

		innovativi per la cura del tumore al seno, donazione visori reparto oncologia dell'Ospedale Villa Scassi per la "terapia distrazione", donazione parrucche e tablet, intitolazione panchina viola all'oncologo Manlio Mencoboni, ecc... Iniziativa salute Uomo: nr.16. Attivazione di percorsi informativi durante il corso dell'anno e per novembre azzurro sulle patologie maschili attraverso canali istituzionali e con l'organizzazione di consulenze gratuite presso: Poliambulatorio Ca' Nova e in Valtrebbia Comune di Rovegno, Poliambulatorio di via XII Ottobre a Genova, Casa della Comunità di Pegli, Casa della Comunità di Recco. Anche in questo caso le iniziative hanno avuto un'ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...) e il coinvolgimento degli stakeholder di branca oltre ai Comuni, Associazioni, MMG/PLS, Pubbliche Assistenze, Farmacie, ecc... Nel mese di novembre è stata attivata una progettualità comunicativa (in itinere) per promuovere lo screening Diagnosi precoce del Tumore Prostatico nella Popolazione Maschile di Età Compresa tra 50 e 70 anni: studio pilota nella popolazione maschile Asl3 che prevede la pubblicazione di un questionario on line

	Attività rivolte ai giovani	Iniziativa Young: nr. 25. Grazie alla collaborazione trasversale con gli specialisti Asl3 e in particolare con il Dipartimento Corretti Stili di Vita e Programmi di Comunità è stato possibile affrontare le tematiche inerenti a questa specifica fascia di popolazione. Tra le principali iniziative quelle di promozione sui percorsi vaccinali, disturbi alimentari, incontri con le scuole sui corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, no fumo no alcol, educazione all'affettività, ecc..) lotta alle dipendenze anche tecnologiche, mobilità sostenibile, ecc... Si segnalano, in particolare, per il numero di alunni coinvolti: il progetto Pedibus; gli eventi sui corretti stili di vita promossi a Palazzo Ducale; la partecipazione al Festival Orientamenti; iniziative sulle dipendenze e di sensibilizzazione sulla salute mentale (in occasione della Festa dello Sport). Si aggiunge che sono stati inoltre promossi eventi dedicati a genitori e insegnanti su relazioni, dipendenze tecnologiche, sostegno alla salute dei ragazzi in collaborazione con Municipi e Associazioni. Promozione del Progetto Chatsafe, in collaborazione con il Dipartimento Salute Mentale Asl3, l'Ospedale Niguarda e il Centro Salute Mentale dell'ASST Bergamo Ovest, con incontri e infopoint per la prevenzione del suicidio in età giovanile. Anche in questo caso le iniziative hanno avuto un'ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...). Tutte le iniziative rappresentate hanno avuto ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...) e il coinvolgimento degli stakeholder di branca, oltre ai Comuni, Associazioni, MMG/PLS, Pubbliche Assistenze, Farmacie, ecc...

	Mantenimento sportelli socio sanitari in collaborazione con Sindacati pensionati	In linea generale gli indicatori previsti hanno trovato una linea di continuità per il 2025 con quanto dichiarato nel precedente PIAO. Nello specifico: 1.Sindacato Pensionati SPI CGIL CISL e UIL Consolidamento del circuito di 18 Sportelli Socio Sanitari attivati in collaborazione con i Sindacati Pensionati SPI CGIL, FNP CISL e UILP. Nel 2024 gli sportelli socio sanitari hanno effettuato complessivamente oltre 7.000 interventi, che si confermano anche nel 2025 (nr. 7.900 dato consolidato gennaio- settembre e proiezione per ottobre - novembre-dicembre)
	Iniziative con Associazioni e Stakeholder	2.Collaborazione con il Comitato Misto Consultivo e Consulta Salute Mentale Il Comitato Misto Consultivo, organismo, composto da dieci membri di Associazioni di volontariato e dieci membri interni Asl3, si occupa di dare ascolto e rilievo alla voce del cittadino-utente attraverso un tavolo di lavoro dedicato che prevede riunioni periodiche e iniziative di collaborazione. Parallelamente all'attività istituzionale è stato creato un gruppo di lavoro straordinario con gli stessi componenti esterni per attivare la progettualità “Comunicare la salute” dedicata al miglioramento della qualità dell'informazione. Nello specifico alle Associazioni di malattia, tutela e volontariato coinvolte è stato sottoposto in anteprima il materiale destinato all'informazione di utenti/pazienti per acquisire eventuali suggerimenti in merito alla comprensione dei testi. Con la Consulta della Salute mentale e il Coordinamento per Quarto inoltre è stato organizzato a Palazzo Ducale un evento di sintesi relativo al percorso del al Patto per la Salute mentale in collaborazione con il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Asl3. 3. Iniziative in collaborazione con esercizi commerciali Nel corso del 2025 sono stati organizzati e promossi in collaborazione con il Dipartimento corretti stili di vita due incontri sui corretti stili di vita in partnership con

		Centro Commerciale Fiumara, nell'ambito del Progetto Agorà, oltre a un infopoint sull'igiene delle mani, in occasione della Giornata Mondiale. In analogia agli anni precedenti sono stati organizzati e promossi inoltre Open Day vaccinali antinfluenzali presso Centro Commerciale L'Aquilone, Esselunga e presso lo Stadio Luigi Ferraris. Inoltre per "Ottobre Rosa" attivazione di un piano di comunicazione per promuovere la prevenzione del tumore al seno attraverso il coinvolgimento di 200 negozi di abbigliamento femminile in partnership con Camera di Commercio, Confesercenti, Federmoda (vedi Salute Donna). 4. Iniziative con Sindaci e Rotary Il 2025 ha visto il consolidamento della collaborazione con i 40 Comuni del comprensorio territoriale di Asl3 e i Presidenti di Municipi, fondamentale cinghia di trasmissione per la veicolazione capillare delle informazioni, eventi e iniziative su servizi sanitari, salute e di prevenzione. Il territorio e quindi Sindaci e Municipi sono stati partner attivi anche in occasione del Tour per la "Salute del Fegato": l'ambulatorio mobile ha fatto tappa in una ventina di località dell'area metropolitana nel corso dell'anno per effettuare screening non invasivo, gratuito e in accesso diretto dedicato ai cittadini. Inoltre sempre sul territorio sono stati organizzati gli incontri "La Salute in piazza" per promuovere i servizi offerti dalle Case di Comunità attive in Asl3. Ulteriori iniziative di screening sono state promosse in collaborazione con il Rotary, nei Comuni di Torriglia, Masone e Campomorone; consulenze e incontri di prevenzione a cura degli specialisti in Valtrebbia e Valle Stura (in quest'ultima anche sul tema dell'alimentazione) ed ecografie in Valtrebbia, Valle Stura e Valle Scrivia, oltre che con enti e associazioni sul territorio. Promozione ciclo di incontri sui corretti stili di vita, organizzati dall'omonimo Dipartimento, in collaborazione Università Popolare, Associazione GAU e Municipio.

	Abbattimento barriere linguistiche	Come indicatore previsto nel 2025 è stata mantenuta la continuità della strategia dichiarata nel precedente PIAO. Strumento fondamentale per consentire il corretto accesso ai servizi di Asl3 eliminando le barriere linguistiche è il servizio di mediazione culturale attraverso: sportello fisico presso gli ambulatori di Vico Croce Bianca e del Palazzo della Salute di Fiumara, finalizzati a fornire ascolto, informazioni sui servizi sociosanitari, orientamento e avvio di percorsi individuali e di assistenza, con la presenza di mediatori in lingua inglese, francese, spagnolo e arabo (le più frequenti in relazione ai contatti); servizio di intervento del mediatore on demand nelle strutture; servizio di traduzione (inglese, francese, spagnolo, arabo, tedesco, cinese, albanese, rumeno, ucraino, russo, giapponese, hindi, bengalese, cingalese, nigeriano e senegalese). Da gennaio a dicembre 2025 sono stati 2.900 gli interventi personalizzati (dato consolidato gennaio - ottobre, in proiezione novembre-dicembre).
	Miglioramento comunicazione interna	Intranet aziendale Anche in questo caso sulla rete intranet è stato rispettato l'indicatore attraverso un costante miglioramento dell'informazione pubblicata sia dal punto di vista contenutistico sia nel numero di aggiornamenti. La Intranet è un punto di riferimento importantissimo per tutti i dipendenti e, come tale, è oggetto di una costante attività di aggiornamento (tra aggiornamenti di contenuti/documenti e pubblicazione di news/fotonotizie, sono state effettuati circa 2.000 aggiornamenti con 2.757.086 pagine viste da gennaio a novembre 2025).

	Miglioramento comunicazione interna	Corso per la gestione degli aspetti comunicativi in un'azienda sanitaria Come indicatore previsto nel 2025 è stata mantenuta la continuità della strategia dichiarata attraverso un corso di formazione con 6 crediti ECM dedicato ai coordinatori delle professioni sanitarie, naturale estensione degli incontri effettuati nel 2023 e nel 2024 con le figure apicali sanitarie e amministrative di Asl3. Nello specifico, dopo una breve panoramica sui principi base della comunicazione finalizzata a trasmettere ai partecipanti una maggiore consapevolezza del contesto sociale e delle variabili che generano i flussi informativi, il corso ha fornito ai discenti competenze e tecniche per potenziare le abilità comunicative necessarie alla corretta gestione della relazione con utenti, pazienti, familiari e caregiver. Hanno completato il programma un rapido excursus sull'evoluzione dei modelli di comunicazione sanitaria e per la salute (prevenzione) e un approfondimento del sistema di comunicazione specifico di Asl3 aggiornato al 2025. In totale sono state effettuate 3 edizioni del corso (3, 12 e 24 novembre 2025), con la partecipazione complessiva di 43 persone che ha registrato un tasso di soddisfazione del 95% rilevata tramite il questionario di valutazione (valutazione degli argomenti trattati come rilevante, più che rilevante o molto rilevante rispetto alle necessità di aggiornamento dei discenti). L'attività data l'importanza strategica si ritiene debba essere proseguita nel prossimo anno.

MACROCATEGORIA 3

F) MONITORAGGIO 2025 PREVENZIONE (Responsabile SSD Valutazione e Organizzazione dello Screening)

<i>Valore pubblico</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Esito</i>
3)PREVENZIONE (screening e attività di Prevenzione)	Attività di screening a) cervice uterina b)tumore mammella c)colon retto d) HCV (Epatite C)	PRIMI LIVELLI: inviti 42.035, aderenti 15.968; SECONDI LIVELLI: 1195
		PRIMI LIVELLI: inviti 37.177, aderenti 15.590; SECONDI LIVELLI: 763
		PRIMI LIVELLI: inviti 77.137, aderenti 28.324; SECONDI LIVELLI: 1375
		inviti 174.882, aderenti 13.860; INVIATI A GALLIERA, SAN MARTINO: 10

MACROCATEGORIA 4

G) MONITORAGGIO 2025 Attività Territoriali

4)ATTIVITA' TERRITORIALI	Implementazione attività ambulatorio urgenze odontoiatriche	E' attivo presso la Casa della Comunità Hub-Fiumara DSS9 l'ambulatorio "Mal di denti", nelle giornate di sabato, domenica e festivi al mattino dalle ore 08.00 alle ore 12.00
	Attivazione corsi AFA (Attività Fisica Adattata)	Sperimentazione di esercizio fisico strutturato presso associazioni territoriali AFA - Convenzione UNIGE DSS8: 16 corsi alta funzione-229 utenti 2 corsi a bassa funzione-25 utenti 5 associazioni-10 sedi di attività DSS9: 12 corsi alta funzione-271 utenti 6 corsi a bassa funzione-73 utenti 9 associazioni-9 sedi di attività DSS10: 19 corsi alta funzione-300 utenti; 8 corsi bassa funzione-62 utenti; 1 corso AFA bassa funzione in acqua-15 utenti; 6 associazioni-7 sedi di attività; DSS11: 29 corsi Alta Funzione - 366 utenti;

		<i>8 corsi a bassa funzione - 51 utenti ; 11 associazioni;14 sedi di attività</i> <i>DSS12:</i> <i>14 corsi alta funzione-300 utenti 6 corsi a bassa funzione-62 utenti 6 associazioni-8 sedi di attività</i> <i>DSS13:</i> <i>10 corsi alta funzione - 171 utenti; 3 corsi bassa funzione - 28 utenti; 1 corso alta funzione in acqua - 20 utenti; 4 associazioni - 7 sedi di attività;</i>

MACROCATEGORIA 5

H) MONITORAGGIO 2025 Governo delle liste di attesa /aumento offerta prestazioni

5)GOVERNO LISTE DI ATTESA/AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI	<i>Monitoraggio tempi di attesa Aumento offerta prestazioni sanitarie</i>	<i>I dati di monitoraggio non sono ancora disponibili</i> Fiumara GE18-152 Ambulatorio Multimediale della cronicità GE18-155 Dott.ssa Pascalucci Chiara Dermatologia GE18-142 Dott.ssa Giardinelli Laura Pneumologia GE18-149 Dott. Becchetti Flavio Ortopedia GE18-148 Dott.ssa Quaglia Medicina dello Sport GE18- 151 Dott. Kruti Elton Medicina della Sport GE18-147 Dott. Cella Roberto Odontoiatria GE 18-126 Dott.ssa Bertoni Martina Ginecologia Sala chirurgica <i>GE 18 -154 Equipe Cardiologia in collaborazione con la S.C. Cardiologia</i> Soliman GE 07- 044 Dott. Kruti Elton Medicina della Sport GE 07-043 Soliman sostituto Antalgia per Agopuntura GE 07-046 Dott.ssa Gallo Marina Fisiatria per Agopuntura

MACROCATEGORIA 6

I) MONITORAGGIO 2025 SICUREZZA SUL LAVORO

6)SICUREZZA SUL LAVORO	<i>Analisi del rischio condivisa con tutte le strutture aziendali</i>	<i>Tutti i questionari di individuazione del rischio sono stati compilati e inviati al SPP. È pertanto in corso l'aggiornamento delDVR</i> <i>Per quanto attiene agli ambienti di lavoro esterni ad ASL3, permane il monitoraggio degli infortuni da parte</i>

		della S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

MACROCATEGORIA 7

J) MONITORAGGIO 2025 CONCILIAZIONE VITA LAVORO

7)CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working)	Lavoro agile	Al 31/12/2025 sono in lavoro agile n. 241 dipendenti pari al 5,24% dei lavoratori complessivi

MACROCATEGORIA 8

MACROCATEGORIA	INDICATORI	Esito
VP8B CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001	Organizzazione, gestione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime di ricovero ordinario, in day hospital ed ambulatoriale. presso le seguenti strutture: diabetologia, laboratorio analisi, radiologia, emodialisi, s.l.a., direzione sanitaria / uffici di direzione, ambulatori, cardiologia, reparto multidisciplinare (pneumologia – reumatologia – dialisi peritoneale), riabilitazione rieducazione funzionale, dialisi ambulatoriale	Rinnovo Certificazione Ambientale 14001:2015 ottenuta con audit il giorno 6/2/25 . Riferimento : 24926528/1-20681574902

ALTRI MONITORAGGI

SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO – MONITORAGGIO PIANO DELLA PERFORMANCE

Valore pubblico	Indicatore	Esito
Monitoraggio Piano della Performance	Relazione sulla performance	Verrà effettuata entro il 30/06 in quanto parte dei dati sarà disponibile solo a quella data. La Relazione verrà pubblicata sul sito internet di ATS LIGURIA - ASL3 nell'apposita sezione "Performance" di "Amministrazione Trasparente"

MONITORAGGIO 2025 RPCT Vedi TAVOLA 2 di monitoraggio

Valore pubblico	Indicatore	Esito
Monitoraggio anticorruzione	Relazione sul monitoraggio annuale audit intermedi	Sono stati effettuati gli audit intermedi di: -obiettivi strategici -procedimenti amministrativi -procedimenti disciplinari -piano di monitoraggio, misure generali e specifiche Si rimanda alla TAVOLA 2 di monitoraggio sottostante

MONITORAGGIO 2025 AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE/CUG/SPP

Valore pubblico	Indicatore	Esito
Monitoraggio Piano delle Azioni Positive	N corsi attivati	Si rimanda alla TAVOLA 3 di monitoraggio sottostante

MONITORAGGIO 2025 SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

Valore pubblico	Indicatore	Esito
Monitoraggio reclutamento personale	n. reclutamenti anno 2025	n. 431 unità di personale reclutate

Seguono tavole di Monitoraggio:

TAVOLE DI MONITORAGGIO 2025

- 1) Tavola di monitoraggio 1 – Lavori PNRR**
- 2) Tavola di monitoraggio 2 – Prevenzione della Corruzione**
- 3) Tavola di monitoraggio 3 – Monitoraggio Piano delle Azioni Positive**

TAVOLA 1 - lavori PNRR

Intervento	CUP	Finanziamento QE	Luogo dell'intervento	Stato avanzamento al 31/12/2025	Attivazione struttura ai sensi del DM 77/2022	Data prevista per la consegna degli arredi
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000760006	500.000,00 €	Palazzo della Salute Fiumara, Via Operai n. 80	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000770006	1.000.000,00 €	Istituto Doria Corpo Centrale, Via Struppa n. 150 [STRUPPA]	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000780006	500.000,00 €	Poliambulatorio, Via Archimede n. 30	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G77H22001000006	1.545.517,00 €	Casa della Salute di Recco, Via A. Banchi n. 1, Recco	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G47H22001180006	778.000,00 €	Presidio Campo Ligure via Rossi n. 33	Fine lavori prevista il 31/12/2025		31/12/2025
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G34E22000100008	5.000.000,00 € (fin. PNRR)	Casa della Salute della Valpolcevera [BOLZANETO]Ex scuola L. Trucco Via Pastorino n.32	Fine lavori prevista 28/02/2026		28/02/2026
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G27H22000780006	500.000,00 €	Casa di Comunità Spoke presso la Struttura aziendale in Borgo Fornari (Genova) Via Roma 90	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000790006	500.000,00 €	Largo Cattanei, 4 – Genova Quarto	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	G22C22000260006	6.200.000,00 €	Ex P.O. Frugone, via Roma 90 - BUSALLA	Progettazione esecutiva in corso		
M6.C1-1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	G42C22000290006	4.900.000,00 €	Presidio di Campo Ligure, via A.S. Rossi n.33	Fine lavori prevista il 31/08/2026		
M6.C1-1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	G37H22000860006	3.607.500,00 €	P.S.S. presso Largo Cattanei, 4 – Genova Quarto [Padd. 8 - 9 - 10]	Fine lavori prevista il 31/01/2026		31/01/2026
M6.C2 -1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile	G62C22000130001	5.244.526,00 €	PO “La Colletta” in Via del Giappone n. 5 - Arenzano (GE)	Fine lavori prevista il 31/12/2025		
M6.C2 -1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile	G36G22000020006	3.333.000,00 €	P.S.S. presso Largo Cattanei, 4 – Genova Quarto [Padd. 8 - 9 - 10]	Intervento collaudato		
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G32C22000570005	4.995.902,00 €	Via Assarotti n. 35 - Genova	Fine lavori prevista il 31/12/2025		31/12/2025
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000870006	519.976,03 €	Distretto 8 Ponente, via Camozzini 15, Genova Voltri	Attivata		
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000890006	27.364,05 €	Palazzo della Salute Fiumara, via Operai n. 80	Attivata		
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000900006	291.156,48 €	Ricollocazione della Centrale Operativa Territoriale del Distretto Sociosanitario n° 10 presso Piazza Pastorino n. 2 in Genova Bolzaneto	Attivata		
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000880006	45.255,03 €	Genova Centro Via Assarotti n. 35 [Casa della Salute]	Attivata		
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000910006	62.143,27 €	Istituto Doria Corpo Centrale, via Struppa n. 150 [Palazzo della Salute Doria]	Attivata		
M6.C1- 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello operativo: Centrali operative territoriali	G32C22000920006	27.414,13 €	Casa della Salute P.S.S. Quarto Pad. 14-23-24, Largo Cattaneo 4	Attivata		
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000800006	221.514,00 €	Casa della Salute di Voltri Ex Tecsaldo-Coproma	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000810006	500.000,00 €	Palazzo della Salute Martinez, Via Pegli n.41	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000820006	300.000,00 €	Palazzo della Salute ex Manifattura Tabacchi, Via Soliman n.7	Intervento collaudato	SI	
M6.C1-1.1. Case della comunità e presa in carico della persona	G37H22000830006	1.000.000,00 €	P.O. Celesia -Pad. Valle e Centrale, P.T. Via P.N. Cambiaso n. 62	Intervento collaudato		20/01/2026
M6.C1-1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue	G37H22000840006	2.500.000,00 €	P.O. Celesia - Pad. Monte, Via P.N. Cambiaso n. 62	Fine lavori prevista il 28/02/2026		

strutture (Ospedali di Comunità)						
M6.C1-1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	G64E25001360006	220.000,00 €	P.O. "La Colletta" di Arenzano (GE) in Via del Giappone, 5	Fine lavori prevista il 15/03/2026		15/03/2026
M6.C2 -1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile	G32C22000230006	2.650.000,00 €	PO CELESIA - Padiglione a Monte	Fine lavori prevista il 28/02/2026		
M6.C2 -1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile	G32C22000220006	3.900.000,00 €	VILLA SCASSI - Pad. 9	Fine lavori prevista il 31/05/2026		

TAVOLA 2 Prevenzione della Corruzione

Regione Liguria, nell'ambito degli incontri svolti a fine 2024 ha ritenuto di indicare, per il 2025, i seguenti obiettivi strategici, ratificati dalla Coordinatrice del Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza in data 16.1.2025.

Si dà atto delle attività realizzate in coerenza con gli obiettivi individuati per il 2025.

OBIETTIVO STRATEGICO 2025	AZIONI / OBIETTIVI	ATTIVITÀ SVOLTA
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	- Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti - Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo. - Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC	È stata predisposta una scheda già elaborata da ASL5 per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR. La scheda si compone di diverse sezioni relative alla descrizione dei processi, identificazione dei rischi – indicatori di rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche di prevenzione del rischio. I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzature, software). Nella sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Altri contenuti PNRR viene pubblicata la rendicontazione semestrale dei progetti in essere e il monitoraggio sull'utilizzo dei fondi stanziati e sullo stato di attuazione dei progetti stessi.
2 – Promozione della cultura dell'integrità e formazione La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione	Programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l'istituto del whistleblowing e la normativa antiriciclaggio.	È stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento. È stato predisposto il materiale per il corso sulla normativa e sulle disposizioni attuative

		riguardanti il whistleblowing che verrà erogato nel corso del 2026.
3 – Antiriciclaggio L'applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni	– Garantire l'applicazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n.231 del 21 Novembre 2007 recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione" per le Pubbliche Amministrazioni.	È stato organizzato un corso per i dirigenti e i dipendenti di Regione Liguria e delle aziende sanitarie che si è svolto in data 13 Novembre 2025.
4 – Indicatori (KPI) per la prevenzione della corruzione Per migliorare l'efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l'azione pubblica degli enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di alert che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare	– Mappare i principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia. – Progettare un cruscotto informativo di indicatori (KPI) finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.	È stato progettato un cruscotto di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire. Gli ambiti considerati sono: Appalti pubblici (procedure, esiti, partecipazione); Gestione del personale (assegnazioni, rotazione, incarichi, formazione); Conflitti di interesse (dichiarazioni, incompatibilità, autorizzazioni); Formazione e cultura dell'integrità; Trasparenza e accesso civico. Tale attività è stata presentata durante il Convegno in data 9/06/2025 presso la Regione Liguria al quale sono intervenuti anche due Consiglieri di ANAC.

Le attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici assegnati al RPCT trovano corrispondenza nell'attuazione delle misure generali e specifiche di prevenzione della

corruzione, della misura antiriciclaggio e la misura trasparenza oggetto del presente monitoraggio 2025 come di seguito descritte.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione

MISURA GENERALE E SPECIFICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	AZIONE		INDICATORI	SOGGETTO RESPONSABILE	ATTUATA	RISULTATO DEL MONITORAGGIO		
Formazione	Verifica dei partecipanti ai corsi attivati l'anno precedente (conflitto di interesse e antiriciclaggio)	con cadenza annuale	Numero partecipanti e valutazioni ottenute	RPCT e suo collaboratore	SI	Monitoraggio al 21/11/2025		
						Corso FAD	N. iscritti	N. iscritti che hanno concluso il corso
						Incompatibilità, inconferibilità e conflitto d'interessi	712	487
						Antiriciclaggio Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alla Aziende Sanitarie 2025	380	216
						La gestione del rischio di corruzione - Aggiornamento o 2025	552	275
	Attuazione della fase consultiva obbligatoria ai fini dell'adozione del nuovo Codice di Comportamento o tramite eventi di sensibilizzazione e sul tema		Numero dei dipendenti coinvolti	RPCT	SI	Il RPCT ha dato diffusione dell'avvio della fase consultiva obbligatoria mediante pubblicazione dell'avviso sul sito internet ASL3 e su intranet aziendale.		
						Analoga notizia		
						La fase consultiva si è svolta dal 1° agosto al 30 settembre 2025.		
Incontro con facilitatori dipartimentali e di struttura calendarizzato nel Piano formativo aziendale 2025		Partecipazione all'incontro	RPCT	SI	L'incontro con i facilitatori di struttura si è svolto in data 21.3.2025 per una durata di n. 3 ore			

Codice di Comportamento	Adozione del Codice di Comportamento aziendale aggiornato		Adozione nuovo codice	RPCT	SI	Nuovo Codice di comportamento recepito con Delibera n. 652 del 12.12.2025.
				S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane		
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Verifica a campione di moduli compilati sul conflitto di interessi per verifica	con cadenza annuale	Numero moduli verificati	RPCT	SI	Nell'ambito degli audit attivati presso le strutture coinvolte sono state visionate n. 60 dichiarazioni, redatte in modo puntuale e completo rispetto ai dati richiesti
Incarichi extra istituzionali	Aggiornamento nuovo regolamento in materia di attività extraistituzionali		Aggiornamento del Regolamento	RPCT	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti
				S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane		
Inconferibilità	Applicazione procedura interna per la verifica delle dichiarazioni sulla	con cadenza annuale	Numero verifiche effettuate	RPCT	SI	La procedura è stata applicata per tutte le figure richieste
/incompatibilità ex D. Lgs. N. 33/2013	39/2013 al fine di dare attuazione in concreto alle verifiche richieste dalla normativa					
	Compilazione dei moduli sull'incompatibilità da parte dei dirigenti afferenti all'Area Funzioni Locali in servizio	con cadenza annuale	Numero moduli pubblicati in Amministrazione e Trasparenza	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Per l'anno 2025 sono stati pubblicati n. 23 moduli
Rotazione del personale	Verifica del numero di adesioni al bando per la funzione di segretario verbalizzante nelle commissioni per le procedure selettive e di acquisizione del personale	con cadenza annuale	Numero totale adesioni	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	N. 4 assistenti amministrativi (ADA) hanno aderito al bando e, successivamente, n. 1 candidato ha rinunciato all'incarico.
	Alternanza segretari che svolgono le funzioni per cui è previsto un corrispettivo e quelle a titolo gratuito	con cadenza annuale	Numero di segretari che hanno partecipato a commissioni sia con 7,3 corrispettivo economico sia a titolo gratuito.	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Risultano complessivamente n. 9 unità - n. 6 Collaboratori Amministrativi (APSF) e n. n. 3 Assistenti Amministrativi (ADA) - che hanno partecipato alle commissioni, sia con corrispettivo economico sia a titolo gratuito

Pantouflage	Verifica applicazione procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage)	con cadenza annuale	Numero verifiche effettuate	RPCT	SI	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 con prosecuzione nel 2025 con l'attivazione di un audit in data 13 maggio 2025
						Le verifiche sono state effettuate in conformità alle "Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sullo svolgimento dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. Pantouflage)" - trasmesso alla competente Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane con nota prot.RU n. 65776 del 24.04.2025
Whistleblowing	Gestione delle segnalazioni ricevute come definito dal Regolamento aziendale	con cadenza annuale	Numero segnalazioni ricevute	RPCT	SI	Dal 1.1. al 04.12.2025 sono state ricevute n. 21 segnalazioni ed evase n. 20 per istruttoria ancora in corso alla data di compilazione della presente tabella
Antiriciclaggio	Compilazione trimestrale delle griglie di controllo da parte delle strutture individuate	con cadenza trimestrale	Numero griglie di controllo condivise in cartella di rete	Responsabili della segnalazione antiriciclaggio	SI	Invio griglie di controllo da parte di alcune delle strutture aziendali individuate quali Responsabile della segnalazione nel vigente Regolamento aziendale.
Patti di integrità	Integrazione del Patto di Integrità con modulo per identificazione del Titolare Effettivo	con cadenza annuale	Numero Patti di integrità corredati del modulo TE sottoscritti dall'operatore economico	SS.CC. Dipartimento Tecnico	SI	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 e sono successivamente proseguite nel 2025.
				e		Nel corso degli audit è stato verificato:
				S.C. Gestione e Programmazione e delle Forniture		• l'effettivo inserimento dei Patti d'integrità nella documentazione richiesta per la partecipazione alle procedure di affidamento;
						• la sottoscrizione delle clausole da parte degli operatori economici
						• la presenza dei dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo/destinatario di cui all'art 1 c. 2 lett. pp) del D. Lgs. 231/2007.
						30-ott-25
						Struttura coinvolta SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico
						Le verifiche hanno evidenziato la puntuale attuazione della misura.

Regolamentazione dettagliata dei criteri previsti dal C.C.N.L. dell'Area Sanità del 19.12.2019 - triennio 2016 - 2018, in particolare vincolando a un punteggio i criteri di cui all'art. 19 c. 9 lett. C) del suddetto C.C.N.L.	Regolamento per il "Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Sociosanitaria"		Adozione Regolamento	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti
Predisposizione tabella relativa a equiparazioni ed equipollenze dei titoli di studio dipendenti ruolo sanitario e ruolo sociosanitario	Procedure selettive interne per la progressione dall'Area dei professionisti della salute e dei funzionari all'Area del personale di Elevata Qualificazione, al fine dell'assegnazione di incarichi di posizione o per il conferimento di incarichi di funzione organizzativa o di incarichi di funzione professionale		Adeguata formazione degli operatori del Settore sviluppo professionale delle risorse umane in merito a equiparazione ed equipollenza titoli di studio dipendenti ruolo sanitario e ruolo sociosanitario, relativamente ad ammissione a selezione per conferimento incarichi	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti
Aggiornamento del Regolamento aziendale relativo al sistema di gestione diretta del rischio RCT/O ai sensi della L.R. n. 28/2011.	Gestione stragiudiziale richieste risarcitorie conseguenti a sinistri RCT in regime di autoassicurazione		Pubblicazione nella sezione regolamenti della deliberazione di aggiornamento del regolamento	S.C. Affari Generali	SI	Deliberazione aziendale n. 306 del 18.06.2025 Modifica del protocollo operativo aziendale relativo al sistema di gestione diretta del rischio RCT/O ai sensi della L.R. n. 28/2011 approvato con Deliberazione n. 592 del 10/11/2021
Mappatura fattispecie sgravio	Riscossione da parte di Agenzia delle Entrate (per conto di Asl 3) di determinati pagamenti tramite avviso		Creazione modelli di identificazione e trattamento degli sgravi	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Modello trasmesso a RPCT con mail del 31.10.2025 La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale
Creazione di check list disciplina rimborsi	Procedura Rimborso Utente per prestazione non erogata		Creazione modelli di identificazione e trattamento dei rimborsi	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Modello trasmesso a RPCT con mail del 31.10.2025 La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale
Calendarizzazione comunicazione alle strutture			Adozione Bilancio d'Esercizio	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Bilancio di esercizio 2024 approvato con deliberazione n. 277 del 30.5.2025
Mappatura periodica dei protocolli	Scarico protocolli esterni in entrata su piattaforma <i>Folium</i>		Evidenza di controlli periodici alle scadenze stabilite	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale
Piano di Monitoraggio sulla base delle risultanze del Documento Valutazione Rischi in ambito lavorativo	Redazione Piano		Pubblicazione in Amministrazione e Trasparenza	S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione	SI	Periodicamente il DVR viene aggiornato e pubblicato in rete. Ultimi aggiornamenti <i>in itinere</i>

Trasparenza	Accesso civico	Estrazione fascicoli on line di richieste di accesso civico confrontandoli con i dati FOIA	accessi x Struttu	RPCT e S.C. AA.GG.	SI	Gli accessi sono stati rilevati con cadenza semestrale tramite il portale dedicato e successivamente pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, garantendo l'anonimizzazione delle informazioni non soggette a divulgazione obbligatoria
	Ascolto e confronto con la società civile	Incontri finalizzati all'adozione del nuovo Codice di Comportamento	incontro nell'ann	RPCT	SI	L'ipotesi preliminare di aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale è stata sottoposta a consultazione pubblica dal 31 luglio fino al 30 settembre, periodo di pubblicazione sul sito istituzionale di ASL3 e sulla intranet aziendale. A seguito della consultazione pubblica, si è provveduto a integrare nel documento finale i contributi ritenuti coerenti con le finalità e i principi del Codice.
	Aggiornamento sezione "consulenti e collaboratori" e "incarichi conferiti e	Aggiornamento sezione <i>consulenti e collaboratori e incarichi conferiti e</i>	Profilazione personalizzata per ogni ufficio coinvolto	Uffici che incaricano consulenti e S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Dati inseriti su portale PerlaPA e pubblicati in forma sintetica in Amministrazione Trasparente
	Aumentare la trasparenza della gestione delle risorse finanziate dal PNRR	Aggiornamento elenchi dati progetti PNRR	n. aggiornamenti	RUP dei progetti PNRR	SI	Tabelle su stato avanzamento lavori pubblicate con cadenza trimestrale in Amministrazione Trasparente alla sottosezione Altri contenuti/PNRR
	Aggiornamento della tabella "Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori"	Inserimento dei dati richiesti dall'all.to n. 2A del PAIO 2024 - 2026	n. dati aggiornati	Tutte le Strutture aziendali	SI	Tabella aggiornata entro il 30/11/2025
	Aggiornamento Amministrazione e Trasparente ai sensi deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024	Pubblicazione dati secondo le linee guida indicate da ANAC per le seguenti sezioni di AT: Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis D.lgs. 33/2013)	n. aggiornamenti	RPCT e	SI	Le sottosezioni di cui alla delibera ANAC n. 495/2024 sono state aggiornate entro il termine stabilito e sulla base dei modelli forniti con gli allegati schemi di pubblicazione e trasmessi parimenti all'OIV per parere.
		- Sezione: Dati sui Pagamenti.		Strutture aziendali competenti nelle materie indicate		
		Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione e delle pubbliche amministrazioni (art. 13 d.lgs. 33/2013) - Sezione: Articolazione degli Uffici				
		Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (art. 31 d.lgs. n. 33/2013)				
		- Sezione: Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance				

76

Monitoraggio procedimenti amministrativi

L'art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 prevede che le PP.AA. debbano monitorare periodicamente il rispetto dei tempi dei propri procedimenti amministrativi. L'art. 2 c.4-bis della L. n. 241/90 (comma inserito dall'art. 12 comma 1 lett. a, n. 1) del D.L. 76/2020) ha precisato che le PP.AA. debbano misurare e rendere pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le Imprese.

I risultati di tale monitoraggio effettuato in Azienda sono stati inseriti, con cadenza trimestrale, a cura dei facilitatori di struttura in tabelle condivise con il RPCT e pubblicati sul sito di Amministrazione Trasparente.

Monitoraggio procedimenti disciplinari

Monitoraggio procedimenti disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari monitora le segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici di Comportamento e Disciplinare.

Nel corso del 2025 è stato effettuato un incontro con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, afferente alla competente SC Gestione e sviluppo risorse umane, finalizzato a condividere gli aspetti rilevanti riscontrati. Lo stesso ufficio ha predisposto un elenco nel quale sono riportati, in forma anonima, i seguenti dati:

- tutte le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare;
- tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in ASL 3, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e violazioni del Codice di comportamento;
- le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate.

I dati inerenti i procedimenti attivati al 30/11/2025 forniti al RPCT sono riepilogati nello schema di seguito riportato.

	Struttura	Procedimenti attivati 2025	di cui Violazione Codice Comportamento	di cui Violazione a rilevanza penale
Dirigenza	S.C. Chirurgia Generale	1		1
	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	2	1	
	S.C. Neurologia	1		
	S.C. Cardiologia-UTIC Osp e Territorio	1		

	Procedimenti attivati 2025	5	1	1
Comparto	S.C. otorinolaringoiatria	1		
	S.C. Recupero e rieducazione funzionale	1	1	
	S.C. Sanità Animale	1		
	S.S.D. Medicina Nucleare	1		
	S.C. CSM DSS 8	2		
	S.C. Consultorio	1		
	S.C. Direzione Medica POU	1		
	S.C. Programmazione, Gest.Lavori e Risparmio energetico	1		
	Personale Distaccato presso IREN S.p.A.	1		
	S.C. Distretto n. 12	1		
	S.C. Distretto n. 11	1		
	S.C. Distretto n. 13	3		
	S.C. Urologia	1		
	Procedimenti attivati	16	1	0
Medici Convenzionati		2	0	0
Medici Specialisti ambulatoriali		1	0	0
TOTALE PROCEDIMENTI ATTIVATI 2025		24	2	1

TAVOLA 3 Monitoraggio 2025 Piano Azioni Positive (PAP)

Di seguito si riporta un estratto delle schede obiettivo del Piano Azioni Positive dell'Azienda sanitaria Locale 3 del 2025 con indicazione delle attività realizzate rispetto a quelle previste.

LINEA DI INTERVENTO - PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI E PREVENIRE IL DISAGIO LAVORATIVO

AZIONE N.1 a)	L'INFORMATIZZAZIONE DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EPISODI
Titolo	Dalla stessa parte: Aggredisci la malattia non chi ti cura
Obiettivo	Prevenzione e gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori e prevenire il disagio lavorativo
Monitoraggio 2025	Previsto: Informatizzazione segnalazione episodi di violenza agli operatori Realizzato: 23 giugno 2025 la S.C. SIA dell'Azienda sanitaria Locale 3, nella Sezione Applicativi e Portali ha attivato il nuovo Portale Segnalazione Aggressioni mediante il quale dovranno essere compilate e inviate eventuali segnalazioni di aggressione

AZIONE N. 1, b)	L'AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA AZIENDALE SUGLI INFORTUNI DA INSERIRE SUL PORTALE INAIL
Titolo	Dalla stessa parte: Aggredisci la malattia non chi ti cura
Obiettivo	Sensibilizzare il personale a denunciare l'infortunio anche qualora derivi da episodio di aggressione
Monitoraggio 2025	Previsto: Aggiornare la procedura aziendale sugli infortuni per i dipendenti infortunati Realizzato: No

AZIONE N. 1, c)	LA REALIZZAZIONE DI UNA PROCEDURA PER LA DENUNCIA DEGLI EPISODI DI VIOLENZA
Titolo	Dalla stessa parte: Aggredisci la malattia non chi ti cura
Obiettivo	Realizzare una procedura d'ufficio per la denuncia degli episodi di violenza
Monitoraggio 2025	Previsto: Realizzare una procedura d'ufficio Realizzato: No

AZIONE N. 1, d)	L'INDIVIDUAZIONE, SULLA BASE DEL DVR AZIENDALE E L'ANALISI DEL RISCHIO SPECIFICO DI VIOLENZA, DELLE FIGURE PROFESSIONALI, ALL'INTERNO DELL'AZIENDA, DA FORMARE SUI RISCHI PSICO-SOCIALI
Titolo	Dalla stessa parte: Aggredisci la malattia non chi ti cura
Obiettivo	Individuare le figure professionali da formare sui rischi psico-sociali
Monitoraggio 2025	Previsto: rendere il corso "Prevenzione e Gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori in sanità" obbligatorio per tutti i lavoratori con funzione di coordinamento (preposti) che, a cascata, formano i lavoratori ad essi afferenti.
	Realizzato: No
AZIONE N. 1, e)	SPORTELLLO DELLO PSICOLOGO
Titolo	Dalla stessa parte: Aggredisci la malattia non chi ti cura
Obiettivo	Proseguo dell'attività di sostegno psicologico dedicata agli operatori che hanno subito violenza e la cui condizione è meritevole di ulteriore specifico intervento
Monitoraggio 2025	Previsto: Proseguo dell'attività di sostegno psicologico Realizzato: Si

AZIONE 2	LINEA DI INTERVENTO: Erogazione <i>una tantum</i> di un BONUS ASILO per i dipendenti con figli minori
Titolo	Bonus Asilo Nido
Obiettivo	Erogazione di un bonus asilo <i>una tantum</i> , per i dipendenti con figli minori per l'asilo nido.
Monitoraggio 2025	Previsto: Erogazione di un bonus asilo accedendo ai fondi welfare aziendali Realizzato: Il bonus è stato erogato a tutto il personale che ne ha fatto richiesta e che risultava in possesso dei requisiti previsti dal bando.

LINEA DI INTERVENTO 3	LINEA DI INTERVENTO: Definizione di un percorso ad hoc destinato a dipendenti dell'Azienda sanitaria Locale 3 con disabilità certificate
Titolo	Costituzione di un gruppo di lavoro per la tutela del benessere lavorativo delle persone disabili assunte nell'Azienda sanitaria locale 3 con L.68/99
Obiettivo	Definizione di un percorso ad hoc destinato a dipendenti dell'Azienda sanitaria locale 3 con disabilità certificate ed assunti tramite L.68/99, che presentino problematiche o criticità di vario genere nell'ambito della propria esperienza lavorativa.

AZIONE - N. 3, g)	IMPLEMENTARE IL GRUPPO DI LAVORO COSTITUITO NEL 2024
Titolo	Costituzione di un gruppo di lavoro per la tutela del benessere lavorativo delle persone disabili assunte nell'Azienda sanitaria locale 3 con L.68/99
Obiettivo	Tutela del benessere lavorativo delle persone disabili assunte nell'Azienda sanitaria locale 3
Monitoraggio 2025	Previsto: Costituzione di un gruppo di lavoro
	Realizzato: Sì, Il gruppo è costituito e si riunisce all'occorrenza

LINEA DI INTERVENTO - N. 3, h)	PREDISPORRE UN DOCUMENTO, SOTTO FORMA DI VADEMECUM
Titolo	Documento che contenga informazioni sui diritti esigibili ai fini lavorativi da parte delle persone con disabilità, nonché informazioni sugli interlocutori aziendali a cui rivolgersi e in quali casi, in particolare in merito a invalidità, inabilità, inidoneità, oltre che L.68/99.
Obiettivo	Tutela del benessere lavorativo delle persone disabili assunte nell'Azienda sanitaria locale 3
Monitoraggio 2025	Previsto: Redazione Vademecum che contenga informazioni sui diritti esigibili ai fini lavorativi da parte delle persone con disabilità
	Realizzato: No

LINEA DI INTERVENTO - N. 3, i)	AGGIORNARE LA BROCHURE CUG
Titolo	Documento che contenga contenente i riferimenti delle attuali figure/strumenti aziendali a supporto dei lavoratori.
Obiettivo	Facilitare per tutti i lavoratori il reperimento delle informazioni relative alle attuali figure/strumenti aziendali
Monitoraggio 2025	Previsto: Aggiornamento Brochure Cug con tutti i contatti relativi
	Realizzato: Sì, la brochure è stata aggiornata e pubblicata sulla pagina dedicata del sito istituzionale dell'Azienda sanitaria locale 3

AZIONE 4	LINEA DI INTERVENTO: PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	AREE DI CONDIVISIONE per promuovere il benessere individuale dei lavoratori
Obiettivo	Promuovere il benessere psicofisico dei dipendenti

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, I)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	Pubblicazione di slogan e brevi messaggi motivazionali sulla Intranet
Obiettivo	Condivisione delle attività formative svolte e dei messaggi motivazionali condivisi con i discenti
Monitoraggio 2025	Previsto: Condivisione delle attività formative svolte e dei messaggi motivazionali sulla Intranet aziendale
	Realizzato: Sì, pagina CUG aggiornata e inserimento di slogan e brevi messaggi motivazionali sulla Intranet dell'Azienda sanitaria locale 3 nella Sezione: Home/ Organizzazione e strutture/Organizzazione aziendale/Comitato Unico di Garanzia (CUG)/Parliamo di noi.

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, m)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	Prosecuzione nell'erogazione di corsi formativi rivolti ai dipendenti sulla promozione della salute e del benessere psicofisico.
Obiettivo	Attività formative rivolte alla promozione del benessere psicofisico del dipendente
Monitoraggio 2025	Previsto: 1. "Parliamo di noi: è ora di muoversi!" corso che si pone l'obiettivo di promuovere azioni di contrasto alla sedentarietà: Numero edizioni previste: 4 edizioni 2. "Parliamo di noi: Il pavimento pelvico femminile" per la prevenzione delle disfunzioni e/o la ri-educazione al corretto funzionamento (Formazione riservata alle Dipendenti dell'Azienda sanitaria locale 3). Numero edizioni previste: 4 edizioni 3. "Parliamo di noi: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare il benessere e l'armonia nel quotidiano", quale introduzione alla pratica dello Yoga e della Mindfulness per recuperare il benessere psicofisico Numero edizioni previste: 2 edizioni 4. "Parliamo di noi: Progetto Gaia-Ergon -consapevolezza globale e benessere psicofisico" Numero edizioni previste: 1 edizione 5. "Parliamo di noi: diamo voce al benessere e benessere alla voce", per promuovere il corretto utilizzo dell'apparato fonatorio Numero edizioni previste: 2 edizioni 5-bis. "Parliamo di noi: diamo voce al benessere e benessere alla voce – avanzato" Numero edizioni previste: 2 edizioni 6. "Parliamo di noi: Mangio sano, mi voglio bene" per una sana alimentazione Numero edizioni previste: 4 edizioni 7. "Parliamo di noi: la via della scelta" Numero edizioni previste: /

	Realizzato: 1. “Parliamo di noi: è ora di muoversi!” corso che si pone l’obiettivo di promuovere azioni di contrasto alla sedentarietà: Numero edizioni realizzate: 3 edizioni 2. “Parliamo di noi: Il pavimento pelvico femminile” per la prevenzione delle disfunzioni e/o la ri-educazione al corretto funzionamento (Formazione riservata alle Dipendenti dell’Azienda sanitaria locale 3). Numero edizioni realizzate: 4 edizioni 3. “Parliamo di noi: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare il benessere e l’armonia nel quotidiano”, quale introduzione alla pratica dello Yoga e della Mindfulness per recuperare il benessere psicofisico (Parliamo di noi - Yoga e Mindfulness: <i>un supporto al benessere personale e professionale</i>) Numero edizioni realizzate: 2 edizioni 4. “Parliamo di noi: Progetto Gaia-Ergon -consapevolezza globale e benessere psicofisico” Numero edizioni realizzate: 1 edizione 5. “Parliamo di noi: diamo voce al benessere e benessere alla voce”, per promuovere il corretto utilizzo dell’apparato fonatorio (<i>Parliamo di noi: diamo voce al benessere e benessere alla voce - Base</i>) Numero edizioni realizzate: 2 edizioni 5-bis. “Parliamo di noi: diamo voce al benessere e benessere alla voce – avanzato” Numero edizioni realizzate: 1 edizione 6. “Parliamo di noi: Mangio sano, mi voglio bene” per una sana alimentazione Numero edizioni realizzate: 4 edizioni

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, n)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	L’erogazione di un corso sull’etica e la leadership rivolto alla dirigenza e al personale posizionato
Obiettivo	Valorizzazione del fattore umano, anche in ottemperanza alla Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione del novembre 2023 relativa alla misurazione e valutazione della performance individuale.
Monitoraggio 2025	Previsto: Realizzazione corso 1 edizione da una giornata
	Realizzato: Sì, il corso si è svolto in data 26 maggio.

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, o)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	Evento informativo e formativo dedicato ai dipendenti interessati alla tematica dei danni da tabacco
Obiettivo	Formare i dipendenti interessati alla tematica dei danni da tabacco e relativo accesso facilitato al percorso di dissuasione dal fumo organizzato dall'Azienda.
Monitoraggio 2025	Previsto: corso 1 edizione da 1 giornata
	Realizzato: Si, il corso si è svolto in data 23 settembre

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, p)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	Redazione di una procedura aziendale che regoli la fruizione del part-time per la dirigenza (sanitaria e amministrativa)
Obiettivo	Formare ai dipendenti un quadro normativo chiaro e condiviso per la richiesta e/o il rinnovo del rapporto di lavoro a tempo parziale
Monitoraggio 2025	Previsto: Redazione procedura part time dirigenza
	Realizzato: No

LINEA DI INTERVENTO - N. 4, q)	PROMOZIONE DI AZIONI VOLTE A MIGLIORARE IL BENESSERE PSICOFISICO DEI DIPENDENTI
Titolo	Mobility Plan: Aggiornamento del documento e eventuale valutazione della possibilità di stipulare convenzioni con aziende che si occupano di Sharing.
Obiettivo	Favorire per i dipendenti l'utilizzo di mezzi di trasporto pubblici o condivisi
Monitoraggio 2025	Previsto: Aggiornamento del documento e valutazione della possibilità di stipulare convenzioni con aziende che si occupano di Sharing
	Realizzato: Si, il documento è stato aggiornato e sono state individuate le modalità per la stipula di una convenzione.

Gli indicatori di valore pubblico per il triennio 2026/2028 – le interazioni

Di seguito si indicano le corrispondenze tra indicatori di valore pubblico e Piani, con l'indicazione della Struttura/Ufficio/Servizio responsabile:

VALORE PUBBLICO	PIANI INTERESSATI	STRUTTURE INTERESSATE
ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 VP1A VP1B VP1C VP1D VP1E VP1F	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano Anticorruzione	RPCT (Resp Prevenzione della Corruzione e Trasparenza)
	Piano Formativo	Formazione e Aggiornamento
	Piano Triennale delle assunzioni	Gestione e Sviluppo Risorse Umane
INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...) VP2A VP2B VP2C VP2D VP2E VP2F	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano Formativo	Formazione e Aggiornamento
	Piano Organizzativo Lavoro Agile	Formazione e Aggiornamento
	Piano Azioni Positive	Formazione e Aggiornamento/CUG (comitato Unico di Garanzia) SPP (Servizio Prevenzione e Protezione)
	Piano della Comunicazione	Ufficio Stampa, comunicazione URP
(Screening e attività di Prevenzione) VP3A PREVENZIONE	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano Formativo	Formazione e Aggiornamento
	Piano Azioni Positive	Formazione e Aggiornamento/CUG (comitato Unico di Garanzia) SPP (Servizio Prevenzione e Protezione)
	Piano della Comunicazione	Ufficio Stampa, comunicazione URP
ATTIVITA' TERRITORIALI VP4A VP4B	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano della Performance	Programmazione e Controllo

GOVERNO LISTE DI ATTESA/AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI VP5A	Piano Anticorruzione	RPCT (Resp Prevenzione della Corruzione e Trasparenza)
	Piano Triennale delle assunzioni	Gestione e Sviluppo Risorse Umane
SICUREZZA SUL LAVORO VP6A	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano Anticorruzione	RPCT (Resp Prevenzione della Corruzione e Trasparenza)
	Piano Formativo	Formazione e Aggiornamento
	Piano Organizzativo Lavoro Agile	Formazione e Aggiornamento
CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working) VP7A	Piano della Performance	Programmazione e Controllo
	Piano Anticorruzione	RPCT (Resp Prevenzione della Corruzione e Trasparenza)
	Piano Organizzativo Lavoro Agile	Formazione e Aggiornamento
CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001. CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001 VP8A	Piano della Performance	Tutte le strutture Aziendali Ospedale La Colletta per Certificazione ambientale

Come si vede dallo schema soprastante, gli indicatori di valore pubblico, accorpati nelle 8 macro categorie, trovano riscontro in uno o più piani Aziendali.

Operativamente, poi, dal Piano della Performance, che contiene tutti e 8 i macro indicatori, derivano gli obiettivi di budget, che verranno annualmente assegnati alle componenti Aziendali nel corso della contrattazione annuale.

Si indicano nello schema sottostante a quali macrocategorie appartengono i singoli indicatori di valore pubblico individuati per l'anno 2026:

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP1A ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 strutture	Entro febbraio 2026 saranno	DIPARTIMENTO TECNICO

	attivate ulteriori 4 Case della Comunità	
VP1B ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 organizzazione	Agevolare la presa in carico delle persone mediante un approccio multidisciplinare; valutare tempestivamente il bisogno della persona e accompagnarla alla risposta più appropriata; attivare percorsi di cura basati sull'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali; ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere, favorendo la cura delle persone a livello locale.	DISTRETTI SOCIO SANITARI PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI
VP1C ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 Efficientamento energetico	Prosecuzione interventi efficientamento energetico	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1D ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 accessibilità digitale	Miglioramento accessibilità digitale	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1E ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 attrezzature – acquisto e installazione	100% acquisto e installazione apparecchiature sanitarie nel 2026	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1F ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 - la casa come primo luogo di cura	La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le Cure domiciliari prevedono	DISTRETTI SOCIO SANITARI / CURE PALLIATIVE /PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI / INTEGRAZIONE

	l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Sono previsti trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilita', con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualita' della vita quotidiana. (DM77/22)	SOCIOSANITARIA E OSPEDALE TERRITORIO

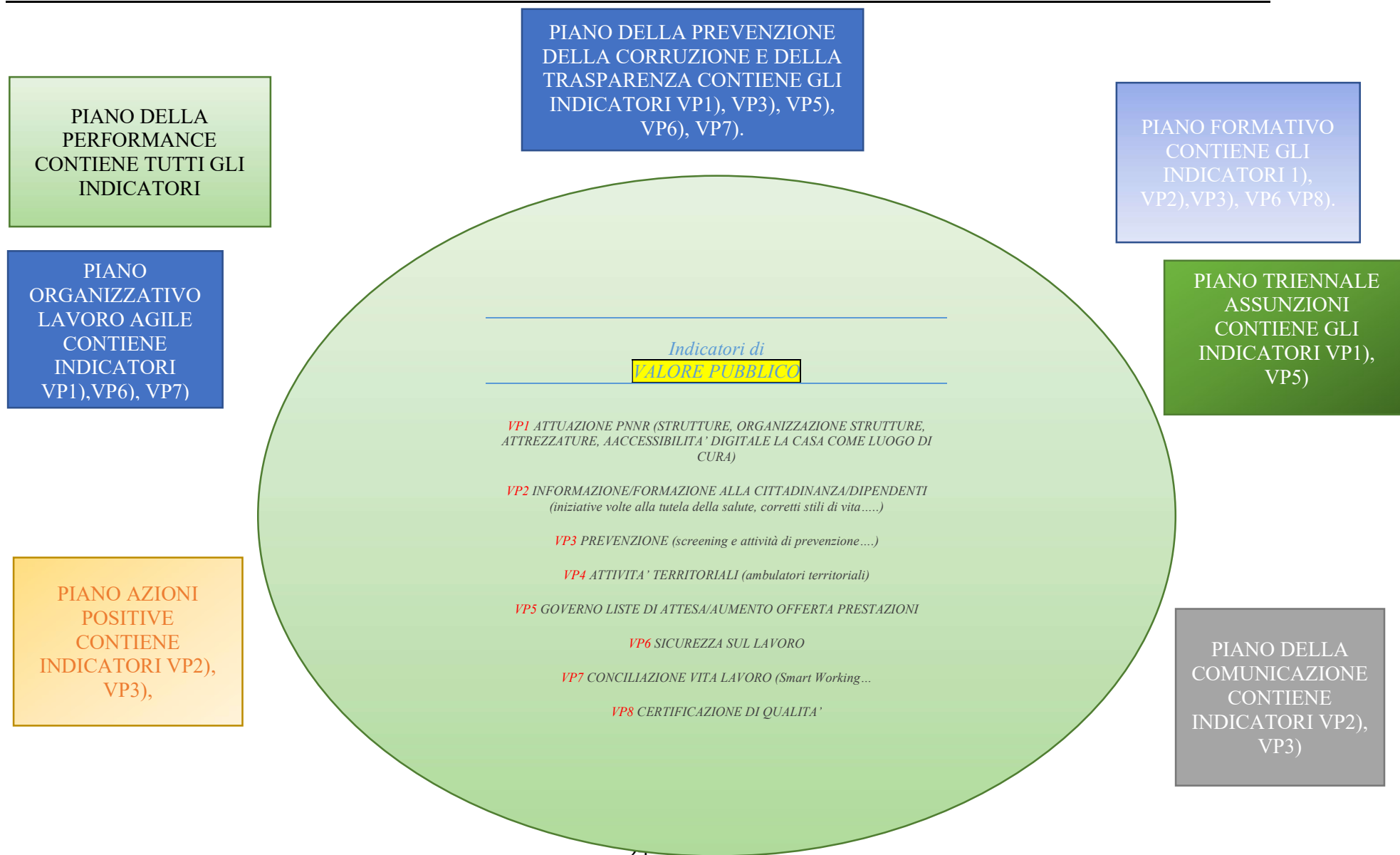
MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP2A INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Attività rivolte alla popolazione maschile e femminile	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA
VP2B INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Attività rivolte ai giovani	DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2C INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Mantenimento sportelli socio sanitari in collaborazione con Sindacati pensionati	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
	Iniziative con Associazioni e Stakeholder	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2D INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Abbattimento barriere linguistiche	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2E INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	Miglioramento comunicazione interna	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP3A PREVENZIONE (screening e attività di Prevenzione)	Attività di screening a) cervice uterina b) tumore mammella c) colon retto d) hpv	VALUTAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING RADIOLOGIA OSPEDALI P.A. MICONE GALLINO LA COLLETTA E BUSALLA
MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP4A ATTIVITA' TERRITORIALI	<i>Prosecuzione corsi AFA (Attività Fisica Adattata) e sperimentazione di</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI

	<i>esercizio fisico</i> <i>strutturato presso</i> <i>associazioni territoriali</i> <i>AFA- convenzione</i> <i>UNIGE</i>	
VP5A governo liste di attesa/aumento prestazioni	Monitoraggio tempi di attesa implementazione assistenza sanitaria territoriale in attuazione del DM 77/22	TUTTE LE STRUTTURE OSPEDALIERE, TUTTI I DISTRETTI SOCIOSANITARI, TUTTE LE STRUTTURE

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP6A SICUREZZA SUL LAVORO	Miglioramento della sicurezza sul lavoro (lavoratori interni ed esterni ASL). Elaborazione misure mitigazione del rischio.	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE SPP/PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSAL
VP7A CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working)	Lavoro agile	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
VP8A CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001.	Erogazione di servizi sanitari di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale; servizi di assistenza domiciliare e residenziale; servizi socio-sanitari in regime residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità. progettazione ed erogazione di servizi di formazione accreditata e non accreditata. gestione dei seguenti percorsi interAziendali: percorso diagnostico terapeutico assistenziale della neoplasia della della mammella; percorso assistenziale vulnologia rete wound care	STRUTTURE AZIENDALI
VP8B CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001	Piano di Audit programmato per Febbraio 2026	OSPEDALE LA COLLETTA DI ARENZANO

Di seguito lo schema di sintesi delle interazioni:

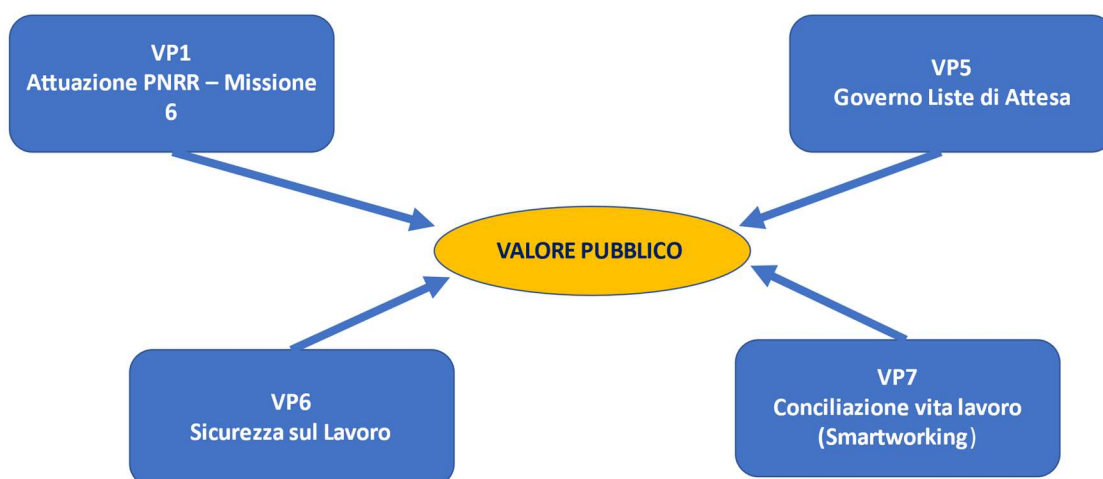
SCHEMA INTERAZIONI VALORE PUBBLICO/PIANI CONTENUTI NEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE



Valore Pubblico

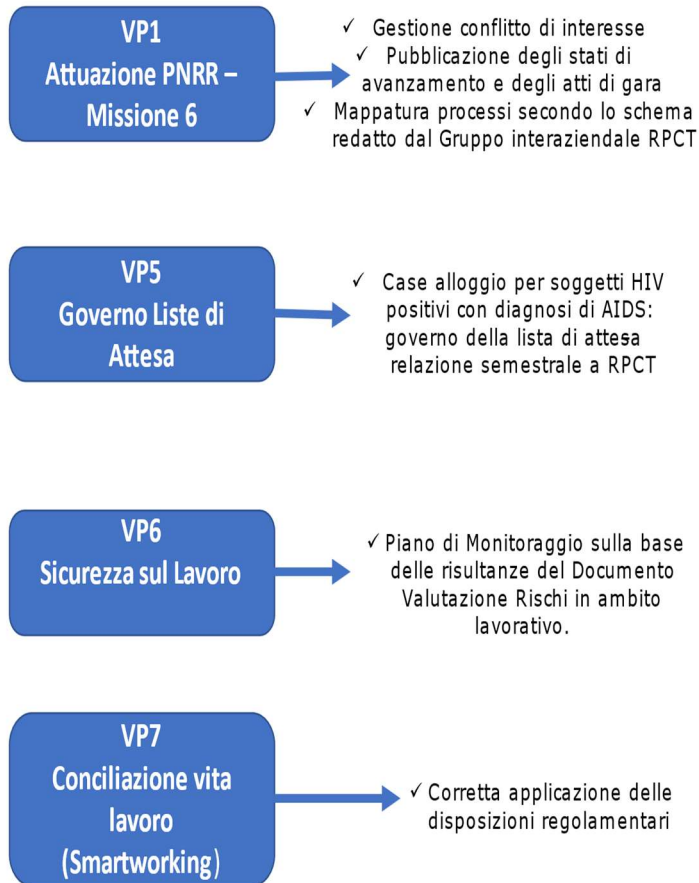
Obiettivi 2026

Gli indicatori di valore pubblico contribuiscono alla definizione degli obiettivi strategici e sono integrati nella presente sottosezione del PIAO 2026 – 2028.



Misure di prevenzione rischi corruttivi

MISURE DI PREVENZIONE



Sintesi funzioni Case della Comunità

ATTIVITA' DISTRETTUALI ATTUALI

- † Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS)
- † Sportello Unico Distrettuale e Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp);
- † Anagrafe sanitaria;
- † Centro Unico Prenotazioni (Cup Liguria);
- † Cure domiciliari;
- † Residenze Sanitarie Assistenziali;
- † Assistenza disabili: ufficio autorizzazioni protesi e ausili;
- † Ambulatori infermieristici;
- † Screening del tumore del colon retto;
- † Centri prelievo ambulatoriali;
- † Continuità assistenziale (ex Guardia Medica);
- † Ambulatori vaccinali (Igiene e sanità pubblica - Covid);
- † Assistenza specialistica (visite specialistiche);
- † Misura di integrazione socio sanitaria per la non autosufficienza;
- † Distribuzione dispositivi medici e alimenti;
- † Progetto Attività Fisica Adattata (Afa);

ATTIVITA' DISTRETTUALI AGGIUNTIVE



P.U.A.

Punto unico di accesso per accoglienza ed assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale

Ambulatori Diagnostica strumentale Avanzata TELEMEDICINA

dotati di apparecchiature tecnologicamente avanzate di ultima generazione

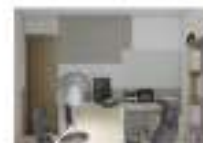


Ambulatorio "Piccole Urgenze" (Codici Bianchi)

con finalità di alleggerimento del flusso di persone in Pronto Soccorso Ospedalieri

Sportello Antiviolenza di Genere

Per ascolto e sostegno alle donne che subiscono violenza di genere.



Uffici e ambulatori ATS (Ambito Territoriale Sociale)

con finalità di incremento dell'interconnessione tra ambiti socio-sanitari e socio-assistenziali

Case della comunità



Asl3
Azienda Sanitaria Locale n. 3

Tag Intervento	Area di competenza	Struttura individuata
1	Distretto 8 GENOVA PONENTE	CASA DELLA COMUNITA' DI CAMPOLICURE Polemocastro - Campoligure 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
2		CASA DELLA COMUNITA' DI VOLTRI Polemocastro - Di Tronco-Capone 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
3		CASA DELLA COMUNITA' MARTINEZ Polemocastro - Martinez 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
4	Distretto 9 GENOVA MEDIO PONENTE	CASA DELLA COMUNITA' NANIFATTURA TABACCHI Polemocastro - Di Martella Tabacchi 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
5		CASA DELLA COMUNITA' FIUMARA Polemocastro - Fiumara 010.53.56.01.01 - Genova (GE)

Tag Intervento	Area di competenza	Struttura individuata
6	Distretto 10 GENOVA VALPOLCERA E VALLE SCRIVIA	CASA DELLA COMUNITA' CELESIA Di P.O. Celesia - Valpolcera e Valle Scrivia 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
7		CASA DELLA COMUNITA' DELLA VALPOLCERA Di P.O. Celesia - Valpolcera e Valle Scrivia 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
8		CASA DELLA COMUNITA' DI BORDO FOMARI Di P.O. Celesia - Valpolcera e Valle Scrivia 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
9	Distretto 11 GENOVA CENTRO	CASA DELLA COMUNITA' ASSAROTTI Polemocastro - Assarotti 010.53.56.01.01 - Genova (GE)

Tag Intervento	Area di competenza	Struttura individuata
10	Distretto 12 GENOVA VALBISAGNO E VALTREBBA	CASA DELLA COMUNITA' ARCHIMEDE Polemocastro - Archimede 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
11		CASA DELLA COMUNITA' DONIA Polemocastro - Donia 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
12	Distretto 13 GENOVA LEVANTE	CASA DELLA COMUNITA' QUARTO Polemocastro - Quarto 010.53.56.01.01 - Genova (GE)
13		CASA DELLA COMUNITA' REDCO Polemocastro - Redco 010.53.56.01.01 - Genova (GE)

Asl3
Azienda Sanitaria Locale n. 3

DISTRETTO 8

Genova Ponente

CASA DELLA COMUNITA' CAMPOLIGURE

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
1	Poliambulatorio Campoligure <i>via A.S. Rossi n. 33 - Campo Ligure (Ge)</i>	<u>778.000,00 €</u>	<u>31/03/2026</u>



Il progetto prevede la riqualificazione e la rifunzionalizzazione del Poliambulatorio con l'inserimento:

- Nuovi ambulatori dei medici di famiglia;
- ambulatori specialistici e servizi di diagnostica strumentale;
- ambulatori di servizi infermieristici con le attività di assistenza domiciliare, di uffici per i servizi sociali;
- spazi per attività di promozione e prevenzione;
- luoghi di accoglienza e relazione, di partecipazione sociale, ambio di sostegno alle fragilità, sedi del volontariato.

DISTRETTO 8

Genova Ponente

CASA DELLA COMUNITA' DI VOLTRI

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
2	Poliambulatorio di Voltri - Ex Tecsaldo - Coproma <i>Piazza Bernabò e Giovanni Odino, 4</i>	221.514,00 €	31/03/2026



Il Progetto prevede:

PIANO TERRA

- Riconversione degli attuali ambulatori in Spediteo unico distribuito ad URP;
- Creazione nuovo Punto unico di Accesso (PUA);
- Nuovi Ambulatori per medici di Medicina Generale (MMG);
- Nuovo Ambulatorio cronici;
- Ambulatorio di Salute Mentale;
- Ambulatorio COCD – Centro per disturbi cognitivi e demenza;
- Studio per Assistenza Sociale;
- Servizio infermieristico;
- C.U.P.;
- Centro Palestra;
- Studio del medico di distretto.

PRIMO PIANO

- Vengono fornite ininterrottamente le attività di Servizio 112, Punto Donazione Sangue, Medicina Legale e locali spogliatoi del personale;
- Installazione di Area multidisciplinare diabetica e fagista con annessa ambulatorio dedicata.

DISTRETTO 8

Genova Ponente

CASA DELLA COMUNITA' MARTINEZ

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
3	Palazzo della Salute Martinez <i>via Pegli n. 41</i>	<u>500.000,00 €</u>	<u>31/03/2026</u>



Il progetto prevede:

PIANO TERRA

- Vengono lasciate invariate le attuali destinazioni d'uso, (Centro Prelevi, Sala infermieri, Ambulatorio infermieristico, Specialità ambulatoriali, C.U.P. accesso diretto e sala d'attesa, Studio del medico di distretto)

PRIMO PIANO

- ampliamento delle superfici dedicate a spogliatoio femminile

PIANO SECONDO

- Nuovi locali dedicati a P.L.S.
- Nuovo ambulatorio vaccinazioni
- Nuovo P.U.A.

DISTRETTO 9

Genova Medio Ponente

CASA DELLA COMUNITA' MANIFATTURA TABACCHI

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
4	Palazzo della Salute ex Manifattura Tabacchi <i>Via Soliman n.7</i>	300.000,00 €	31/03/2026



Il progetto prevede:

PIANO TERRA

- Nuovi uffici e studi medici per medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS);
- Implementazione degli impianti e delle dotazioni tecnologiche per soddisfare i requisiti minimi previsti dalla norma;
- Nuovo Punto unico di accesso (PLA);
- Nuovo ambulatorio infermieristico.

DISTRETTO 9

Genova Medio Ponente

CASA DELLA COMUNITA' FIUMARA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
5	Palazzo della Salute Fiumara <i>via Opera n. 20</i>	500.000,00 €	31/03/2026



Il progetto prevede:

PIANO TERRA

- Nuovo ambulatorio specialistico

PRIMO PIANO

- Nuovo ambulatorio di reumatologia

PIANO SECONDO

- Ambulatori Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)
- Ambulatori Medici Specialistici
- Ambulatorio Infermieristico di famiglia e di Comunità
- Ambulatori e uffici Assistenti Socio-Sanitari e Assistenti Sociali
- Nuova Centrale Operativa Territoriale (COT)

DISTRETTO 10

Genova Valpolcevera e Valle Scrivia

CASA DELLA COMUNITA' CELESIA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
6	P.O. Celsia - Pad. Valle e Centrale <i>Via P.N. Cambiaso n. 62</i>	<u>1.000.000,00 €</u>	<u>31/03/2026</u>



Il progetto prevede:

PIANO TERRA PAD. VALLE

- Nuovo ambulatorio vaccinazioni
- Ambulatorio per Medicina della Sport
- Ambulatori per medici di Medicina Generale (MMG)
- Ambulatorio infermieristico
- Sportello Sociale
- Nuovi Uffici amministrativi

PIANO TERRA CORPO CENTRALE

- Nuovo ambulatorio specialistici
- Nuovo Ambulatorio infermieristico
- Nuova Sala prelievi
- Nuovo CUP
- Nuova PLIA
- Nuovo ufficio caposala
- Nuovi depositi e locali di servizio

DISTRETTO 10

Genova Valpolcevera e Valle Scrivia

CASA DELLA COMUNITA' DELLA VALPOLCEVERA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
7	Ex scuola L. Trucco <i>via Pastorelli n. 32</i>	11.500.000 € <i>Cofinanziamento Regione 6.500.000 €</i>	31/12/2024



Il progetto interessa l'intero edificio e prevede:

PIANO TERRA

- archivi,
- depositi,
- uffici e ambulatori di cure domiciliari.

PIANO PRIMO

- CUP
- uffici e ambulatori di Medicina Legale
- sale prelievi

PIANO SECONDO

- Ambulatori specialistici
- ambulatori PLS e MMG
- ambulatori ODONTOIATRIA

PIANO TERZO

- Ambulatori disabili
- Uffici ATS

PIANO QUARTO

- Uffici della Direzione
- Sala riunioni del personale

DISTRETTO 10

Genova Valpolcevera e Valle Scrivia

CASA DELLA COMUNITA' BORGO FORNARI			
Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
8	Ex Ospedale di Borgo Fornari <i>Corso Trento Trieste n. 132 - Borgo Fornari (GE)</i>	500.000,00 €	31/03/2026
 		Il progetto prevede: PIANO TERRA - Ambulatori MMG - Ambulatorio medici di distretti - CUP - P.U.A. - Punta Prelev - Depositi e archivi PRIMO PIANO - ambulatori e uffici per assistenza e servizi sociali - spogliatoi personale - depositi - ambulatori PLS - ambulatori specialistici - ambulatori per programmi di screening - uffici di distribuzione dispositivi - ambulatorio infermieristico - ufficio caposala - Locali del personale (Infermeria) - uffici amministrativi	

DISTRETTO 11

Genova Centro

CASA DELLA COMUNITA' GENOVA CENTRO

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
9	Poliambulatorio Assarotti <u>Via Assarotti n. 35</u>	4.995.902,00 €	<u>31/03/2026</u>
		Il progetto prevede: PIANO - 3 - Aree destinate al CSAT e alla - Continuità Assistenziale - Spogliatoi del personale PIANO - 2 - Uffici Cure Dimissioni - Archivi PIANO - 1 - Ambulatorio Comunitario - Ambulatorio Cure Dimissioni PIANO TERRA - Ufficio di Accoglienza PIANO 1 - Ambulatorio specialistico - Ambulatorio Medico Medicina Generale (MMG) PIANO 2 - Ambulatorio Specialistico PIANO 3 - Ufficio dedicato alla Direzione di Distretto - Centrale Operativa Territoriale (COT) - Ufficio per le funzioni di coordinamento	

DISTRETTO 12

Valbisagno e Valtrebbia

CASA DELLA COMUNITA' DORIA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
11	Istituto Doria - Corpo Centrale <i>via Struppa n. 150</i>	<u>1.000.000,00 €</u>	<u>31/03/2026</u>



Il progetto prevede:

PIANO TERRA-RIALZATO

- CUP e Anagrafe,
- COT
- Ufficio Medico-Funzionario
- Ambulatorio Infermieristico

PIANO PRIMO

- Ambulatori specialistici
- Ambulatori e uffici Consultoriali

PIANO SECONDO

- interventi di ripristino e decoro puntuali

DISTRETTO 13

Genova Levante

CASA DELLA COMUNITA' QUARTO

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
12	Casa Della Salute - P.S.S. Quarto Pad. 13-24 <i>via G. Maggiore n. 6</i>	<u>500.000,00 €</u>	<u>31/03/2026</u>



Il progetto prevede:

PIANO TERRA

- Nuovi uffici per servizi di continuità assistenziale (ex Guardia Medica)
- Nuovi uffici del P.U.A.

PIANO PRIMO

- ambulatori specialistici
- Ambulatori e uffici ai servizi di Cure Primarie
- Ambulatori Specialistici
- Ambulatori di Radiologia
- Ambulatori di Screening

DISTRETTO 13

Genova Levante

CASA DELLA COMUNITA' RECCO

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
13	Casa Della Salute Di Recco <i>via A. Bianchi n. 1- Recco (GE)</i>	1.545.516,50 €	31/03/2026

Il progetto per l'area dell'ex ospedale prevede:

PIANO TERRA

- Servizio CUP
- Anagrafe Sanitaria
- Ambulatori Radiologia
- Centro Prelevi
- Uffici e Ambulatori specialistici
- Centro Vaccinazioni

PRIMO PIANO

- Piacca Ambulatoriale specialistica
- Depositi



POLIAMBULATORIO VIA BIANCHI N.1



PALAZZINA DI VIA PISA N.55

Per l'area della palazzina di via Pisa 55 prevede:

PIANO FONDI

- Deposito attrezzature

PIANO TERRA

- Accoglienza
- Ambulatorio vaccinazioni
- Ambulatorio Attività di screening
- Ambulatori MMG e PL5
- Ambulatorio infermieristico

PIANO PRIMO

- Servizio di continuità (guardia medica)
- Centro operativo 118 con attività annessa

Ospedali di comunità



Tav. Identificativa	Area di competenza	Centro individuato
1	Distretto 10 GENOVA VALPOLCVERA E VALLE SCRIVIA	EX P.O. CELESIA- PAD. MONTE Via P.M. Zanone n.61 - Genova (GE)
2		EX P.O. FRUGONE Via Roma n. 40 - Genova (GE)
3	Distretto 8 GENOVA PORTO	POLIAMBULATORIO CAMPOLICURE Via A.S. Viale S. M. - Campoligure (GE)
4	Distretto 13 GENOVA LEVANTE	P.S.S. QUARTO - PAD S-S-10 Via S. Imballo n. 2 - Genova (GE)



DISTRETTO 10

Genova Valpolcevera e Valle Scrivia

OSPEDALE DELLA COMUNITA' CELESIA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
1	P.O. CELESIA - PAD. MONTE <u>Via P.N. Cambiasso n. 62</u>	2.500.000,00 €	31/03/2026
		Il progetto prevede: <u>SU TUTTI I PIANI</u> - Ripristinare la fruibilità dei due vani scala e dei due montalettighe - adeguamento e riqualificazione dei locali in disuso <u>PIANO SECONDO</u> - Degenze da 1-2 posti letto per un totale di 20 P.L. con servizio igienico accessibile a portatori di handicap; - Area soggiorno e consumo pasti; - Locale per visite e medicazioni; - Studi medici, caposala, locale infermieri, sala medici e sala colloqui; - N. 2 spogliatoi per il personale; - Depositi sporco, puliti ed attrezzature; - Blocchi servizi, divisi per visitatori e personale; - Locali vuotatoio e bagno assistito; - Cucinetta/Tisaneria	

DISTRETTO 10

Genova Valpolcevera e Valle Scrivia

OSPEDALE DELLA COMUNITA' BUSALLA

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
2	EX P.O. FRUGONE <i>Via Roma n. 90 - Busalla (GE)</i>	6.200.000,00 €	31/03/2026



Il progetto interessa buona parte del declivio antistante l'Ex Ospedale Frugone e per la costruzione del nuovo volume prevede un edificio ex novo su due livelli di circa 500 mq ciascuno e un piano di copertura che si collegherà direttamente all'edificio preesistente.

PIANO PRIMO

- 20 posti letto distribuiti in degenze da uno o due posti letto

PIANO TERRA

- Area soggiorno e consumo pasti;
- Locale per visite e medicazioni;
- Studi medici, caposala, locale infermieri, sala medici e sala colloqui
- N. 2 spogliatoi per il personale

DISTRETTO 8

Genova Ponente

OSPEDALE DELLA COMUNITA' CAMPOLIGURE

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
3	Area antistante al poliambulatorio di Campo Ligure <u>Via A.S. Rossi n. 39 - Campo Ligure (GE)</u>	4.900.000,00 €	31/03/2026
 L'intervento interessa la maggior parte del cortile interno dell'ex presidio Ospedaliero San Michele Arcangelo. Il progetto per la costruzione del nuovo volume prevede le seguenti attività: - sopprimere il gruppo elettrogeno - spostare e ampliare la centrale termica - demolire i magazzini attualmente in parziale disuso La nuova costruzione è articolata su due livelli di circa 500 mq ciascuno. PIANO PRIMO - 16 posti letto distribuiti in degenze da uno o due posti letto PIANO TERRA - Area soggiorno e consumo pasti - Locale per visite e medicazioni - Studi medici, copiosala, locale infermieri, sala medici e sala colloqui - N. 2 spogliatoi per il personale			

DISTRETTO 13

Genova Levante

OSPEDALE DELLA COMUNITA' QUARTO

Tag Intervento	Struttura individuata	Investimento	Fine Lavori Prevista
4	P.S.S. QUARTO - PAD. 8-9-10 <i>Via G. Mazzini n. 6 - Genova (GE)</i>	3.606.206,30 €	31/03/2026
		L'intervento interessa il piano terra del pad. 8-9-10 e si prevedono lavori di riqualificazione e rifunzionalizzazione correlate alla destinazione d'uso prevista. Il progetto per l'ospedale di comunità prevede: PIANO TERRA - Area soggiorno e consumo pasti - 20 posti letto distribuiti in degenze da uno a due posti letto - Locale per visite e medicazioni, - Studi medici, caposala, locale infermieri, sala medici e sala colloqui - N. 2 spogliatoi per il personale	

Centrali Operative Territoriali (COT)



Tag Intervento	Area di competenza	Struttura indicata
1	DISTRETTO 8 GENOVA PONENTE	SEDE DISTRETTUALE VOLTRE <i>Via Garibaldi n. 15 - Genova (GE)</i>
2	DISTRETTO 9 GENOVA MEDIO PONENTE	CASA DELLA COMUNITA' FIUMARA <i>Via Dante n. 40 - Genova (GE)</i>
3	DISTRETTO 10 GENOVA VALPOLCEVERA E VALLE SCRIVIA	EX P.O. PASTORINO <i>Piazza Cavallotti - Genova n. 1 - Genova (GE)</i>
4	DISTRETTO 11 GENOVA CENTRO	CASA DELLA COMUNITA' ASSAROTTI <i>Via Assarotti n. 35 - Genova (GE)</i>
5	DISTRETTO 12 VALBISAGNO E VALTRESA	CASA DELLA COMUNITA' DORIA <i>Via Doria n. 181 - Genova (GE)</i>
6	DISTRETTO 13 GENOVA LEVANTE	CASA DELLA COMUNITA' QUARTO <i>Via S. Margherita n. 4 - Genova (GE)</i>

Adeguamento Sismico



Tag Intervento	Area di competenza	Struttura individuata
1	Distretto 10 GENOVA VALPOLCEVERA E VALLE SERNIA	EX P.O. CELESIA - PAD. MONTE (ex P.O. CELESIA n. 10 - Genova (GE))
2	Distretto 9 GENOVA MEDIO PONENTE	P.O. VILLA SCASSI - PAD. 9 (ex P.O. VILLA n. 9 - Genova (GE))
3	Distretto 8 GENOVA PONENTE	P.O. LA COLLETTA (ex ex S. Pietro n. 8 - Genova (GE))
4	Distretto 13 GENOVA LEVANTE	P.S.S. QUARTO - PAD 3-9-10 (ex S. Matteo n. 9 - Genova (GE))



ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 ORGANIZZAZIONE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1B)

Agevolare la presa in carico delle persone mediante un approccio multidisciplinare; valutare tempestivamente il bisogno della persona e accompagnarla alla risposta più appropriata; attivare percorsi di cura basati sull'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali; ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere, favorendo la cura delle persone a livello locale.

ATTUAZIONE PNNR EFFICIENTAMENTO ENERGETICO (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1C)

In continuità con il 2025 si procederà ad effettuare nel 2026 una serie di interventi tesi all'efficientamento energetico di diverse strutture Aziendali come da tavola sottostante:

TAVOLA 4 – Efficientamento energetico

INTERVENTO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO PREVISTI ENTRO IL 2026			
STRUTTURA	Codice progetto	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO TOTALE A Q.E. CON IVA [€]
Ospedale Villa Scassi	VS_0	RIQUALIFICAZIONE IMPIANTO DI TRIGENERAZIONE	
Ospedale Villa Scassi	VS_1a	BY PASS LINEA ACQUA CALDA	
Ospedale Villa Scassi	VS_2	NUOVO GRUPPO FRIGO ED AMPLIAMENTO DELLA RETE DEL FREDDO	
Ospedale Villa Scassi	VS_4	NUOVO COLLEGAMENTO ACQUA REFRIGERATA AL PADIGLIONE 9 BIS	
Ospedale Villa Scassi	VS_5	SOSTITUZIONE UTA SALE OPERATORIE PADIGLIONE 8, BANCA DEL SANGUE, RIANIMAZIONE PADIGLIONE 2, SALA OPERATORIA PADIGLIONE 4, PADIGLIONE 3 E PADIGLIONE 6, CENTRO TRASFUSIONALE PADIGLIONE 1	
TOTALE OSPEDALE VILLA SCASSI - INTERVENTI OBBLIGATORI			4.700.769,01 €
Ospedale Antero Micone	MIC_1	RIQUALIFICAZIONE GRUPPI FRIGO CON SOSTITUZIONE DELLE MACCHINE A R22	
TOTALE OSPEDALE ANTERO MICONE - INTERVENTI OBBLIGATORI			125.070,15 €
Ospedale La Colletta	COL_1_2	RIQUALIFICAZIONE CENTRALE TERMICA E SOTTOCENTRALE IDRICA	
Ospedale La Colletta	COL_3	SOSTITUZIONE UTA CAMERE MORTUARIE, DEGENZE E SESTO PIANO	
TOTALE OSPEDALE LA COLLETTA - INTERVENTI OBBLIGATORI			1.219.848,37 €
Ospedale Gallino	GAL_1	RIQUALIFICAZIONE CENTRALE TERMICA E PASSAGGIO DA VASO APERTO A VASO CHIUSO	
Ospedale Gallino	GAL_2	RIQUALIFICAZIONE SOTTO-CENTRALE TERMICA	
TOTALE OSPEDALE GALLINO - INTERVENTI OBBLIGATORI			530.412,07 €
INSTALLAZIONE DI CIRCA 30 UMIDIFICATORI AD ELETTRODI IMMERSI			
TOTALE UMIDIFICATORI - INTERVENTI OBBLIGATORI			129.445,69 €
TOTALE INVESTIMENTI OBBLIGATORI ATS LIGURIA - ASL3			6.705.545,29 €
INTERVENTO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO PREVISTI ENTRO IL 2026			
STRUTTURA	Codice progetto	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO TOTALE CON IVA [€]
	VS_IM.1	VILLA SCASSI - CENTRALE TERMICA	
	ASA_IM.1	AMB EX S ANTONIO - REVAMPING CT	
	AD_IM.1	DORIA VIA STRUPPA - REVAMPING CT	
	RSA_IM.1	PRATOZANINO PAD 7 - REVAMPING CT	
	RSA_IM.2	PRATOZANINO PAD 9 - REVAMPING CT	
	CAUP_IM.	CAUP MURTA - REVAMPING CT	
	OC_IM.1	CELESIA - REVAMPING CT	
	PU_IM.1	PASTORINO - REVAMPING CT	
	CG_IM.1	Ospedale di Quarto - REVAMPING CT	

RG_IM.1	AMBULATORI Quarto - REVAMPING CT	
PT_IM.1	AMBULATORI VIA BONGHI - REVAMPING CT	
RU_IM.1	TORRIGLIA - REVAMPING CT	
RR_IM.1	OSP FRUGONE - REVAMPING CT	
RN_IM.1	Ex Ospedale Pizzorni - REVAMPING CT	
QH_IM.1	<i>Poliambulatori Assarotti - REVAMPING CT ***</i>	
HC_IM.1	Ambulatori Piazza Golgi - REVAMPING CT	
QF_IM.1	Consultorio Via Lagaccio - REVAMPING CT	
PS_IM.1	Salute Mentale - REVAMPING CT	
QI_IM.1	Direzione Sanitaria Via Bertani - REVAMPING CT	
RP_IM.1	<i>Ospedale San Michele Arcangelo - REVAMPING CT ***</i>	
QA_IM.1	MEDICINA LEGALE - REVAMPING CT	
PF_IM.1	CAMOZZINI - REVAMPING CT	
TOTALE REVAMPING CENTRALI TERMICHE- INTERVENTI MIGLIORATIVI		6.900.455,62 €
GAL_IM.1	GALLINO - COGENERAZIONE	
COL_IM.1	COLLETTA - COGENERAZIONE	
MIC_IM.1-	MICONE - COGENERAZIONE E CT	
TOTALE COGENERAZIONE CENTRALI TERMICHE- INTERVENTI MIGLIORATIVI		2.019.421,71 €
VS_IM.2	VILLA SCASSI - GRUPPI FRIGO	
MIC_IM.3	MICONE - GRUPPI FRIGO	
OC_IM.2	<i>CELESIA - GRUPPI FRIGO ***</i>	
TOTALE GRUPPI FRIGORIFERI- INTERVENTI MIGLIORATIVI		1.178.888,79 €
MIC_IM.4	MICONE - FOTOVOLTAICO	
AD_IM.2	Amb. Ist. Doria (Struppa) - FOTOVOLTAICO	
COL_IM.2	COLLETTA - FOTOVOLTAICO	
RSA_IM.3	RSA Pratozanino - FOTOVOLTAICO	
OC_IM.3	Ospedale Celesia - FOTOVOLTAICO	
QH_IM.2	Poliambulatori Assarotti - FOTOVOLTAICO	
PT_IM.2	<i>AMBULATORI VIA BONGHI - FOTOVOLTAICO ***</i>	
CS_IM.1	Casa della Salute - VOLTRI - FOTOVOLTAICO	
TOTALE FOTOVOLTAICO- INTERVENTI MIGLIORATIVI		1.668.676,28 €
INTERVENTO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO PREVISTI ENTRO IL 2026		
Ospedale La Colletta - RELAMPING		
Ospedale Gallino - RELAMPING		
Ospedale Micone - RELAMPING		
Ospedale Villa Scassi - RELAMPING		
Ospedale Celesia - RELAMPING		
Ospedale Recco - RELAMPING		
RSA Pastorino - RELAMPING		
RSA Pratozanino - RELAMPING		
RSA Camozzini - RELAMPING		
Direzione Sanitaria ASL3 - RELAMPING		
Ambulatori Quarto - RELAMPING		
Ospedale S. Michele Arcangelo - RELAMPING		
Ospedale Frugone - RELAMPING		
Caup Murta - RELAMPING		
Palazzo della Salute - RELAMPING		
Poliambulatori Solimar - RELAMPING		
Poliambulatori Via de Mari - RELAMPING		
Ex Ospedale Bariglione e Pizzorni - RELAMPING		
Centro Salute Mentale Via P.N. Cambiaso - RELAMPING		
Poliambulatori Bonghi - RELAMPING		
Medicina Legale P.zza Ospedale Pastorino - RELAMPING		
Ambulatori Malerba - RELAMPING		
Ambulatori Via Trento Trieste - RELAMPING		
Consultorio Familiare Via del Lagaccio - RELAMPING		
Poliambulatori Via Assarotti - RELAMPING		
Ospedale Doria - RELAMPING		
Uffici Via Frugoni - RELAMPING		
Poliambulatorio Via della Provvidenza - RELAMPING		
Ospedale Quarto - RELAMPING		
TOTALE RELAMPING INTERNO- INTERVENTI MIGLIORATIVI		6.031.224,60 €
Ospedale La Colletta - RELAMPING ESTRNO		
Ospedale Gallino - RELAMPING ESTRNO		

Ospedale Micone - RELAMPING ESTRNO	
Ospedale Villa Scassi - RELAMPING ESTRNO	
Ospedale Celesia - RELAMPING ESTRNO	
TOTALE RELAMPING ESTERNO- INTERVENTI MIGLIORATIVI	484.918,28 €
TOTALE INVESTIMENTI MIGLIORATIVI ATS LIGURIA - ASL3	18.283.585,28 €

ATTUAZIONE PNNR ACCESSIBILITA' DIGITALE(MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1D)

In questa sessione si descrivono gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale realizzati e programmati attraverso implementazioni sui sistemi informatici per l'erogazione dei servizi anche tramite strumenti digitale atti a fornire informazioni fruibili a tutti gli utenti, in modo inclusivo, anche per coloro che necessitano di configurazioni particolari.

Per quanto attiene il tema dell'accessibilità digitale L'ATS LIGURIA - ASL3 ha effettuato e ha programmato numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità delle informazioni e dei servizi erogato anche attraverso strumenti digitali.

Per quel che riguarda l'accesso alle informazioni per il cittadino (sito Internet) , il sito è allineato ai format regionali con attenzione all'accessibilità per tutti i cittadini. E' stato oggetto di migrazione su infrastruttura qualificata Polo Strategico Nazionale con contestuale aggiornamento tecnologico.

Relativamente all'accesso digitale ai servizi resi da ATS LIGURIA - ASL3 sono attive:

- le modalità di consegna referto on line per i referti di Laboratorio e di Diagnostica per immagini attraverso portali Regionali;
- il conferimento verso FSE dei referti, lettere di dimissione ospedaliera e verbale di pronto soccorso secondo le nuove specifiche per l'interoperabilità e i nuovi standard tecnologici e secondo le tempistiche imposte a livello Nazionale sul conferimento

ATTUAZIONE PNNR APPARECCHIATURE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1E)

Già negli anni 2023, 2024 e 2025 si è proceduto con i fondi PNNR all'acquisto e installazione di numerose attrezzature sanitarie.

Il piano 2026 prevede il completamento dell'acquisizione delle apparecchiature e la loro installazione.

ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP1F)

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le Cure domiciliari prevedono l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura

e di un piano personalizzato di assistenza. Sono previsti trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. (DM77/22)

ATTIVITA' RIVOLTE ALLA POPOLAZIONE MASCHILE E FEMMINILE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2A)

Nel corso del 2025 sono state numerose le iniziative sulla prevenzione orientate alla medicina di genere. Di seguito una selezione delle principali attività con alcune delle locandine che hanno accompagnato gli eventi. **In relazione all'anno 2026, considerata l'importanza della progettualità per la veicolazione di messaggi su salute e benessere, si ritiene di continuare a perseguire tale obiettivo (indicatore numero eventi/iniziative).**

L'ufficio Comunicazione di Asl3 nel 2025 ha organizzato circa n. 300 tra eventi e iniziative per informare e sensibilizzare la popolazione su salute, sanità, prevenzione e corretti stili di vita. In linea generale si rileva che l'indicatore annunciato nel precedente PIAO è soddisfatto in quanto sono state attivate aree di comunicazione dedicate ai target interessati, come di seguito rappresentato:

Iniziative salute Donna: nr.50. Oltre ai consueti "filo diretto" telefonico/online e inforpoint con gli specialisti su diversi temi (a titolo di esempio: menopausa, contrasto alla violenza di genere, servizi offerti dai consultori, emicrania, prevenzione cardiovascolare, salute mentale, screening, ostetriche, allattamento, caldo e ciclo mestruale, ecc...), sono stati organizzati incontri informativi e consulenze sul territorio con gli esperti della Breast Unit Asl3 (es. Comune di Serra Riccò, Poliambulatorio Ca' Nova, Rossiglione, comunità Brasiliana, Anci - Federsanità). Inoltre, in occasione di "Ottobre rosa", mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno, è stata organizzata un'iniziativa di sensibilizzazione attraverso il coinvolgendo di 200 negozi di abbigliamento femminile in collaborazione con Camera di Commercio di Genova, Confcommercio e Federmoda Confcommercio. In parallelo, sempre durante il mese di ottobre, è stato organizzato a Palazzo Ducale un incontro aperto alla cittadinanza con gli specialisti della Breast Unit Asl3. Tutte le iniziative rappresentate hanno avuto ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...) e il coinvolgimento degli stakeholder di branca, oltre ai Comuni, Associazioni, MMG/PLS, Pubbliche Assistenze, Farmacie, ecc... Nell'arco

dell'anno sono stati attivati inoltre approfondimenti informativi su interventi innovativi per la cura del tumore al seno, donazione visori reparto oncologia dell'Ospedale Villa Scassi per la "terapia distrazione", donazione parrucche e tablet, intitolazione panchina viola all'oncologo Manlio Mencoboni, ecc...

Iniziative salute Uomo: nr.16. Attivazione di percorsi informativi durante il corso dell'anno e per novembre azzurro sulle patologie maschili attraverso canali istituzionali e con l'organizzazione di consulenze gratuite presso: Poliambulatorio Ca' Nova e in Valtrebbia Comune di Rovegno, Poliambulatorio di via XII Ottobre a Genova, Casa della Comunità di Pegli, Casa della Comunità di Recco. Anche in questo caso le iniziative hanno avuto un'ampia diffusione attraverso media mix Asl3 (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc...) e il coinvolgimento degli stakeholder di branca oltre ai Comuni, Associazioni, MMG/PLS, Pubbliche Assistenze, Farmacie, ecc... Nel mese di novembre è stata attivata una progettualità comunicativa (in itinere) per promuovere lo screening Diagnosi precoce del Tumore Prostatico nella Popolazione Maschile di Età Compresa tra 50 e 70 anni: studio pilota nella popolazione maschile Asl3 che prevede la pubblicazione di un questionario on line.

Di fondamentale importanza anche la collaborazione continua con i nostri stakeholders, attraverso i quali ATS LIGURIA - ASL3 persegue una politica di miglioramento continuo:

2.Collaborazione con il Comitato Misto Consultivo e Consulta Salute Mentale

Il Comitato Misto Consultivo, organismo, composto da dieci membri di Associazioni di volontariato e dieci membri interni Asl3, si occupa di dare ascolto e rilievo alla voce del cittadino-utente attraverso un tavolo di lavoro dedicato che prevede riunioni periodiche e iniziative di collaborazione. Parallelamente all'attività istituzionale è stato creato un gruppo di lavoro straordinario con gli stessi componenti esterni per attivare la progettualità "Comunicare la salute" dedicata al miglioramento della qualità dell'informazione. Nello specifico alle Associazioni di malattia, tutela e volontariato coinvolte è stato sottoposto in anteprima il materiale destinato all'informazione di utenti/pazienti per acquisire eventuali suggerimenti in merito alla comprensione dei testi. Con la Consulta della Salute mentale e il Coordinamento per Quarto inoltre è stato organizzato a Palazzo Ducale un evento di sintesi relativo al percorso del al Patto per la Salute mentale in collaborazione con il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Asl3.

3. Iniziative in collaborazione con esercizi commerciali

Nel corso del 2025 sono stati organizzati e promossi in collaborazione con il Dipartimento corretti stili di vita due incontri sui corretti stili di vita in partnership con Centro

Commerciale Fiumara, nell'ambito del Progetto Agorà, oltre a un infopoint sull'igiene delle mani, in occasione della Giornata Mondiale. In analogia agli anni precedenti sono stati organizzati e promossi inoltre Open Day vaccinali antinfluenzali presso Centro Commerciale L'Aquilone, Esselunga e presso lo Stadio Luigi Ferraris. Inoltre per "Ottobre Rosa" attivazione di un piano di comunicazione per promuovere la prevenzione del tumore al seno attraverso il coinvolgimento di 200 negozi di abbigliamento femminile in partnership con Camera di Commercio, Confesercenti, Federmoda (vedi Salute Donna).

4. Iniziative con Sindaci e Rotary

Il 2025 ha visto il consolidamento della collaborazione con i 40 Comuni del comprensorio territoriale di Asl3 e i Presidenti di Municipi, fondamentale cinghia di trasmissione per la veicolazione capillare delle informazioni, eventi e iniziative su servizi sanitari, salute e di prevenzione. Il territorio e quindi Sindaci e Municipi sono stati partner attivi anche in occasione del Tour per la "Salute del Fegato": l'ambulatorio mobile ha fatto tappa in una ventina di località dell'area metropolitana nel corso dell'anno per effettuare screening non invasivo, gratuito e in accesso diretto dedicato ai cittadini. Inoltre sempre sul territorio sono stati organizzati gli incontri "La Salute in piazza" per promuovere i servizi offerti dalle Case di Comunità attive in Asl3. Ulteriori iniziative di screening sono state promosse in collaborazione con il Rotary, nei Comuni di Torriglia, Masone e Campomorone; consulenze e incontri di prevenzione a cura degli specialisti in Valtrebbia e Valle Stura (in quest'ultima anche sul tema dell'alimentazione) ed ecografie in Valtrebbia, Valle Stura e Valle Scrivia, oltre che con enti e associazioni sul territorio. Promozione ciclo di incontri sui corretti stili di vita, organizzati dall'omonimo Dipartimento, in collaborazione Università Popolare, Associazione GAU e Municipio.

ATTIVITA' RIVOLTE AI GIOVANI (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2B)

Iniziativa Young: nr. 25. Grazie alla collaborazione trasversale con gli specialisti dell'ATS LIGURIA - ASL3 e in particolare con il Dipartimento Corretti Stili di Vita e Programmi di Comunità è stato possibile affrontare le tematiche inerenti a questa specifica fascia di popolazione. Tra le principali iniziative quelle di promozione sui percorsi vaccinali, disturbi alimentari, incontri con le scuole sui corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, no fumo no alcol, educazione all'affettività, ecc..) lotta alle dipendenze anche tecnologiche, mobilità sostenibile, ecc... Si segnalano, in particolare, per il numero di alunni coinvolti: il progetto Pedibus; gli eventi sui corretti stili di vita promossi a Palazzo Ducale; la partecipazione al Festival Orientamenti; iniziative sulle dipendenze e di sensibilizzazione sulla salute mentale (in occasione della Festa dello Sport). Si aggiunge che sono stati inoltre promossi eventi dedicati a genitori e insegnanti su relazioni, dipendenze tecnologiche, sostegno alla salute dei ragazzi in collaborazione con Municipi e Associazioni. Promozione del Progetto Chatsafe, in collaborazione con il Dipartimento

Salute Mentale Asl3, l'Ospedale Niguarda e il Centro Salute Mentale dell'ASST Bergamo Ovest, con incontri e infopoint per la prevenzione del suicidio in età giovanile. Anche in questo caso le iniziative hanno avuto un'ampia diffusione attraverso media mix Aziendali (carta stampata, interviste tv, radio, social, newsletter, video pillole, ecc)

MANTENIMENTO SPORTELLI SOCIO SANITARI VALORE PUBBLICO VP2C

In linea generale gli indicatori previsti hanno trovato una linea di continuità per il 2025 con quanto dichiarato nel precedente PIAO. Nello specifico:

- Consolidamento del circuito di 18 Sportelli Socio Sanitari attivati in collaborazione con i Sindacati Pensionati SPI CGIL, FNP CISL e UILP. Nel 2024 gli sportelli socio sanitari hanno effettuato complessivamente oltre 7.000 interventi, che si confermano anche nel 2025 (nr. 7.900 dato consolidato gennaio- settembre e proiezione per ottobre - novembre-dicembre)

ABBATTIMENTO BARRIERE LINGUISTICHE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2D)

Come indicatore previsto nel 2025 è stata mantenuta la continuità della strategia dichiarata nel precedente PIAO. Strumento fondamentale per consentire il corretto accesso ai servizi Aziendali eliminando le barriere linguistiche è il servizio di mediazione culturale attraverso: sportello fisico presso gli ambulatori di Vico Croce Bianca e del Palazzo della Salute di Fiumara, finalizzati a fornire ascolto, informazioni sui servizi sociosanitari, orientamento e avvio di percorsi individuali e di assistenza, con la presenza di mediatori in lingua inglese, francese, spagnolo e arabo (le più frequenti in relazione ai contatti); servizio di intervento del mediatore on demand nelle strutture; servizio di traduzione (inglese, francese, spagnolo, arabo, tedesco, cinese, albanese, rumeno, ucraino, russo, giapponese, hindi, bengalese, cingalese, nigeriano e senegalese). Da gennaio a dicembre 2025 sono stati 2.900 gli interventi personalizzati (dato consolidato gennaio - ottobre, in proiezione novembre-dicembre).

Intranet ATS LIGURIA - ASL3

Anche in questo caso sulla rete intranet è stato rispettato l'indicatore attraverso un costante miglioramento dell'informazione pubblicata sia dal punto di vista contenutistico sia nel numero di aggiornamenti.

La Intranet è un punto di riferimento importantissimo per tutti i dipendenti e, come tale, è oggetto di una costante attività di aggiornamento (tra aggiornamenti di contenuti/documenti e pubblicazione di news/fotonotizie, sono state effettuati circa 2.000 aggiornamenti con 2.757.086 pagine viste da gennaio a novembre 2025).

Corso per la gestione degli aspetti comunicativi in un'ATS LIGURIA - ASL3 sanitaria

Come indicatore previsto nel 2025 è stata mantenuta la continuità della strategia dichiarata attraverso un corso di formazione con 6 crediti ECM dedicato ai coordinatori delle professioni sanitarie, naturale estensione degli incontri effettuati nel 2023 e nel 2024 con le figure apicali sanitarie e amministrative di Asl3. Nello specifico, dopo una breve panoramica sui principi base della comunicazione finalizzata a trasmettere ai partecipanti una maggiore consapevolezza del contesto sociale e delle variabili che generano i flussi informativi, il corso ha fornito ai discenti competenze e tecniche per potenziare le abilità comunicative necessarie alla corretta gestione della relazione con utenti, pazienti, familiari e caregiver. Hanno completato il programma un rapido excursus sull'evoluzione dei modelli di comunicazione sanitaria e per la salute (prevenzione) e un approfondimento del sistema di comunicazione specifico di Asl3 aggiornato al 2025.

In totale sono state effettuate 3 edizioni del corso (3, 12 e 24 novembre 2025), con la partecipazione complessiva di 43 persone che ha registrato un tasso di soddisfazione del 95% rilevata tramite il questionario di valutazione (valutazione degli argomenti trattati come rilevante, più che rilevante o molto rilevante rispetto alle necessità di aggiornamento dei discenti). L'attività data l'importanza strategica si ritiene debba essere proseguita nel prossimo anno.

CONTINUITA' ATTIVITA' CENTRO ANTITABACCO (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP2F)

Dalla fine del 2023 è ripresa l'attività del Centro Antitabacco sospesa nel periodo Covid. Il Centro nel 2025 ha trattato 120 pazienti per 1.229 prestazioni. Per il 2026 l'attività in continuità proseguirà presso la S.C. Cardiologia Riabilitativa

ATTIVITA' DI SCREENING (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP3A)

Nel corso del 2026, l'offerta di screening riguarderà in continuità le seguenti tipologie:

- a) Cervice uterina
- b) Tumore alla mammella
- c) Colon retto
- d) HPV Test

ATTIVAZIONE CORSI AFA (ATTIVITA' FISICA ADATTATA (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP4A)

Prosecuzione corsi AFA (Attività Fisica Adattata) e sperimentazione di esercizio fisico strutturato presso associazioni territoriali AFA- convenzione UNIGE

MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA _ AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI SANITARIE (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP5A)

Quest'obiettivo coinvolge, ciascuno per le proprie competenze, tutte le componenti sanitarie Aziendali.

Il monitoraggio continuo dei tempi di attesa veniva effettuato da A.Li.Sa. sul cruscotto che giornalmente viene pubblicato sul sito.

Proseguono i monitoraggi attivati nel 2025. Detti monitoraggi mirano a rendere sempre più efficiente la macchina erogativa, attraverso una sempre più stretta integrazione tra professionisti ospedalieri e territoriali e attraverso l'efficientamento dell'offerta di prestazioni. In particolare vengono monitorati i seguenti indicatori:

- Ore presenza medico/ore contrattualizzate
- Tempo medio prestazione (confrontato con le tempistiche previste dal tempario regionale
- Tasso di saturazione delle ore di presenza medico
- Indice di drop out

Mensilmente viene inviata alle Direzioni una relazione sull'andamento, corredata di tabelle e grafici.

ANALISI DEL RISCHIO CONDIVISA CON TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP6A)

Il processo di analisi del rischio proseguirà anche nel 2026.

Nel 2025 sono stati somministrati a tutte le strutture Aziendali dei questionari inerenti i rischi lavorativi specifici presenti nelle strutture Aziendali. Era stata inoltre effettuata

una formazione ad hoc al fine di ottenere una compilazione il più possibile aderente ai rischi lavorativi delle strutture.

Nel corso del 2026 si procederà, a cura del Servizio Prevenzione e Protezione, all'elaborazione dei questionari e all'individuazione di misure di prevenzione del rischio sulla base di quanto emerso dagli stessi

Per quanto attiene la prevenzione degli infortuni in ambiente di lavoro, si segnala l'attività di controllo e monitoraggio permanente da parte della SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) afferente il Dipartimento di Prevenzione, per quanto attiene la sicurezza in ambito esterno.

CONCILIAZIONE VITA LAVORO (smart working) (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP7A)

In proposito si rimanda alla sezione relativa al Lavoro Agile

CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001. (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP8A)

La certificazione di qualità riguarda le seguenti aree Aziendali:

- Erogazione di servizi sanitari di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale;
- servizi di assistenza domiciliare e residenziale;
- servizi socio-sanitari in regime residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità. progettazione ed erogazione di servizi di formazione accreditata e non accreditata.
- gestione dei seguenti percorsi interAziendali: percorso diagnostico terapeutico assistenziale della neoplasia della mammella; percorso assistenziale vulnologia rete wound care

CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001. (MACROCATEGORIA VALORE PUBBLICO VP8B)

La certificazione di qualità riguarda le seguenti aree dello Stabilimento Ospedaliero "La Colletta" di Arenzano:

Organizzazione, gestione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime di ricovero ordinario, in day hospital ed ambulatoriale. presso le seguenti strutture: diabetologia, laboratorio analisi, radiologia, emodialisi, s.l.a., direzione sanitaria / uffici di direzione, ambulatori, cardiologia, reparto multidisciplinare (pneumologia – reumatologia – dialisi peritoneale), riabilitazione rieducazione funzionale, dialisi ambulatoriale.

***SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance,
anti-corruzione***

***Sottosezione di
programmazione –Rischi
corruttivi e trasparenza***

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

Nell'ambito della presente Sezione del PIAO si intende proporre la policy relativa al sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione adottata in Asl3 quale strumento funzionale alla creazione di valore pubblico in termini di semplificazione, standardizzazione e conoscibilità dei dati relativi all'azione amministrativa.

La definizione di trasparenza e di corruzione

L'azione delle PPAA nel corso degli anni, risulta sempre più connotata dall'affermarsi del principio di trasparenza e dalla lotta alla corruzione.

La trasparenza è intesa quale accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle PPAA («trasparenza digitale»), delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione e dell'azione delle PPAA, allo scopo di favorirne forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Il principio di trasparenza è, quindi, condizione e presupposto della lotta alla corruzione e ai fenomeni di malaffare nell'ambito degli uffici pubblici.

La corruzione, intesa nella sua accezione più ampia, comprende tutte le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, al fine di ottenere vantaggi privati.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo che tengano conto anche degli obiettivi di VP

La Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali – Regione Liguria, con nota R.U. 196293 del 24.12.2025, ha confermato gli obiettivi strategici proposti del Gruppo di Lavoro InterATS LIGURIA - ASL3 per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza per l'anno 2026, come di seguito declinati.

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- *Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo.*
- *Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo intrATS LIGURIA - ASL3 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 intrATS LIGURIA - ASL3 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.

Si rimanda per il documento completo agli allegati 2 e 2A del presente Piano

SEZIONE 2 - Valore pubblico, performance, anti-corruzione

Sottosezione di programmazione PERFORMANCE

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione di programmazione – Performance

Premessa

La riforma introduce un nuovo modello di governance unitaria, fondato sulla sinergia tra la Regione e due grandi poli pubblici di erogazione dei livelli assistenziali (ATS LIGURIA unica territoriale e AOM unica ospedaliera sull'area metropolitana genovese), con la finalità di superare frammentazione e disomogeneità dell'offerta assistenziale su un territorio di estensioni ridotte come quello ligure, che hanno storicamente indebolito la risposta sanitaria e sociosanitaria, allineando l'offerta agli standard nazionali definiti dal DM 70 del 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)". La L.R. si fonda su due pilastri fondamentali:

- la riforma del sistema di assistenza territoriale e della prevenzione, attraverso la creazione di un'unica ATS regionale sociosanitaria: le Aziende sociosanitarie liguri sono incorporate in Liguria Salute, che assume il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria). La stessa gestirà servizi accentrati dotandosi di un operation manager;
- la riforma dell'organizzazione ospedaliera, attraverso la creazione di un'unica struttura ospedaliera metropolitana (Azienda ospedaliera Metropolitana - AOM). L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino integra l'Ospedale Villa Scassi e l'E.O. Ospedali Galliera tramite convenzione. Pertanto, a partire dal 01/01/2026, l'attuale ASL3 perderà l'autonomia e diventerà un'area dell'ATS LIGURIA. Ne consegue che questo impatterà fortemente anche sulla programmazione strategica aziendale. In virtù di questo, Regione Liguria, con nota prot-2025-0592677 del 12/12/2025 ha stabilito di definire una programmazione per l'anno 2026 con invitando le ASL a definire gli obiettivi per le performance organizzativa prendendo come riferimento la D.G.R. n. 274/2025 ad oggetto: "Assegnazione degli obiettivi ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino e di A.Li.Sa., nonché all'IRCCS Gaslini, per l'anno 2025" con particolare riguardo agli obiettivi strategici del mantenimento dell'equilibrio economico, del rispetto dei tempi previsti per le prestazioni PNGLA e della riduzione dei tempi di attesa in PS, nonché alla D.G.R. n. 481/2025 ad oggetto: "Progetto di recupero della mobilità passiva fuori regione ex L.R.10/95 – Programma operativo 2025-2026" che fissa target di incremento di produzione.

Il Piano della Performance ha quindi come finalità quello di riepilogare le modalità di declinazione degli obiettivi strategici delineati a livello nazionale e regionale attraverso la Direzione Generale Area Salute e servizi Sociali in obiettivi a valenza triennale, da assegnare, nel ciclo di budget, declinate annualmente, a tutte le componenti organizzative Aziendali. Nel Piano della Performance trovano luogo anche i principali indicatori di valore pubblico elaborati dall'ATS LIGURIA - ASL3 e contenuti nell'apposita sezione del presente Piano.

Governo delle Liste di Attesa

Particolare attenzione viene posta a livello distrettuale al controllo delle liste di attesa anche al fine di ottemperare alle indicazioni nazionali e regionali.

Il monitoraggio attivato ha lo scopo di verificare l'efficienza del sistema di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, del sistema di prenotazione, dell'indice di drop out in modo da poter attivare ogni azione utile all'efficientamento del sistema e ha determinato l'adozione di alcuni correttivi che hanno portato all'adozione, ove possibile e compatibilmente con le risorse di personale, alla pratica del recall, al fine di diminuire l'indice di drop out.

Aumento della presa in carico over 65

Un ulteriore tema legato agli obiettivi PNRR e contenuto nel Piano della Performance è costituito dall'aumento della presa in carico territoriale, per raggiungere il target del 6% degli over 65 nel 2026. Tale obiettivo, peraltro, vede coinvolte anche le Cure Palliative, che, naturalmente, hanno come obiettivo la presa in carico del malato terminale, indipendentemente dall'età.

L'attività legata al PNRR è inoltre legata agli investimenti in tema di acquisizione di apparecchiature e di realizzazione del nuovo impianto di assistenza territoriale, per il quale si rimanda al capitolo specifico.

Di particolare rilevanza, e strettamente connesso al Piano Anticorruzione, è il monitoraggio costante dei lavori, i controlli antiriciclaggio, sui quali l'ANAC ha posto l'accento nel Piano Triennale.

Il Piano della Performance

Il Piano della Performance, è il documento di programmazione ATS LIGURIA - ASL3 di durata triennale, previsto dell'articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. nell'ambito del ***Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)*** adottato da ASL3, con deliberazione n. 10 del 19 gennaio 2022 e s.m.i con il quale, nel quadro delle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell'ATS LIGURIA - ASL3 ed i risultati attesi nel medio- lungo periodo.

Con l'adozione del Piano, l'ATS LIGURIA - ASL3 intende:

- Consolidare il ciclo della performance;
- Evidenziare le dimensioni da misurare e valutare per i diversi livelli di analisi e le correlazioni esistenti;
- Migliorare la consapevolezza degli obiettivi strategici da parte delle diverse figure professionali che operano all'interno dell'ATS LIGURIA - ASL3 e con l'ATS LIGURIA - ASL3, facilitare l'integrazione fra le articolazioni organizzative Aziendali;
- Orientare l'azione complessiva dell'ATS LIGURIA - ASL3 in relazione con il

contesto ed il sistema degli interlocutori sociali di riferimento;

- Comunicare ai propri portatori di interesse le priorità e i risultati attesi della performance aziendale, al fine anche di realizzare una maggiore interazione tra la ATS LIGURIA - ASL3 e gli stessi.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la richiesta di Regione Liguria di contenere i costi delle Aziende Liguri. Per tale motivo, in sede di contrattazione Aziendale di budget, verranno individuati tutti i possibili spazi di razionalizzazione della spesa, mantenendo comunque alta la qualità dei servizi erogati.

Il Piano della Performance 2026-2028 rappresenta anche un ulteriore punto di attenzione nella attività di analisi e reingegnerizzazione dei processi Aziendali avviata e verso le logiche del lavoro per progetti.

Le dimensioni della Performance prese in considerazione sono essenzialmente due:

Performance organizzativa, che riguarda gli obiettivi assegnati a tutte le strutture Aziendali con punteggio differenziato per dirigenza e comparto a seguito della discussione del budget;

Performance individuale, che riguarda tutti i dipendenti e che viene valutata mediante la scheda di valutazione individuale, che contiene anche obiettivi individuali assegnati annualmente. In particolare:

Valutazione della Dirigenza

Per i dirigenti di struttura (Dipartimento Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) viene effettuata una valutazione legata sia alla sfera comportamentale ed obiettivi individuali, sia alla sfera manageriale.

I restanti dirigenti vengono valutati solo attraverso la scheda comportamentale contenente gli obiettivi individuali.

Valutazione del Comparto

Il personale del comparto viene valutato con apposita scheda di valutazione individuale, contenete anche obiettivi individuali.

Il personale titolare di incarichi viene valutato mediante una scheda dedicata, atta a valutarne i comportamenti organizzativi e professionali, nonché il raggiungimento di specifici obiettivi individuali legati all'incarico ricoperto.

Il relativo portale, avviato dalle valutazioni 2023, è attualmente a regime.

Si rimanda per il documento completo agli allegati 3, 3 A e 3 B del presente Piano.

***SEZIONE 2 - Valore pubblico,
performance, anti- corruzione***

***Sottosezione di programmazione PIANO
DELLA COMUNICAZIONE***

IL PIANO DELLA COMUNICAZIONE

Attraverso l'Ufficio Stampa, Comunicazione e Ufficio Relazioni con il Pubblico, Asl3 gestisce le attività di informazione e comunicazione necessarie al coinvolgimento degli stakeholder che a vario titolo fanno parte dei complessi percorsi Aziendali, sia ospedalieri che territoriali. Nel Piano di Comunicazione, a valenza triennale, vengono illustrate strategie, attività e strumenti per il raggiungimento degli obiettivi previsti. Due sono le principali aree di intervento: la Comunicazione per la Salute finalizzata a promuovere nella popolazione corretti comportamenti sulla prevenzione delle malattie, e la Comunicazione Sanitaria per offrire al cittadino le informazioni necessarie relative all'accesso a servizi/prestazioni e alle modalità di fruizione. Il nucleo operativo agisce attraverso un sistema centralizzato, multimediale e multicanale, caratterizzato da flessibilità e tempestività. Tale organizzazione permette, all'occorrenza, anche il governo di eventi estemporanei laddove viene richiesta una comunicazione in grado di far fronte a stati di emergenza o di crisi. Il sistema è dotato di specifici snodi la cui operatività è finalizzata a intercettare efficacemente i diversi target di riferimento (in copertina la rappresentazione del Sistema di Comunicazione Asl3) Tra le principali attività svolte dalla struttura: la puntuale e quotidiana operatività in merito alla gestione dei contatti con i cittadini attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (in presenza, telefonico e on line), l'Ufficio Tutela e Partecipazione (per le segnalazioni di secondo livello, i reclami e gli elogi) e lo Sportello Multilingue (con sedi fisiche a Fiumara e Vico Croce Bianca); attività di Public Affairs (relazioni istituzionali, costruzione e mantenimento dei rapporti con gli stakeholder, monitoraggio e ascolto opinione pubblica al fine di individuare possibili criticità e applicare correttivi, gestione della crisi); governo delle attività di informazione attraverso l'Ufficio Stampa, il sito ATS LIGURIA - ASL3, produzione materiali informativi, ecc...; gestione social media e produzione newsletter; organizzazione di eventi e campagne di comunicazione; gestione comunicazione interna attraverso la conduzione e l'aggiornamento della rete intranet, tavoli di coordinamento e consulenze alle strutture; attività di formazione e crescita culturale Aziendale sui temi della comunicazione. Tutte azioni finalizzate a valorizzare le attività e a impattare sulla comunità attraverso la generazione di un valore pubblico (processo virtuoso: il pubblico per il pubblico). Una via tracciata che, a parità di condizioni generali del 3 sistema sanitario e variabili esogene, si ritiene non solo di proseguire nel triennio interessato ma di modulare ulteriormente in relazione a un costante e continuo processo di miglioramento. Tali attività proseguono nel triennio con una novità in più: la costituzione del primo Dipartimento in Italia dedicato ai Corretti Stili di Vita che ha come obiettivo la realizzazione di azioni dirette alla popolazione (diversi target) per promuovere l'adozione di comportamenti finalizzati alla prevenzione delle malattie. Tutto ciò al netto delle nuove sfide della comunicazione rappresentate dall'introduzione dell'Intelligenza artificiale.

Si rimanda per il documento completo all'Allegato 8 del presente Piano.

SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione Struttura Organizzativa

Struttura organizzativa e P.O.A.

La struttura organizzativa non è altro che l'ossatura portante dell'organizzazione, il cui assetto garantisce nel tempo la più efficace ed efficiente risposta per il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico che l'ATS LIGURIA - ASL3 si è posta, declinando in una propria "Vision" la "Mission" assegnata nel S.S.R. nonché i principi ed il sistema di valori a cui è improntata l'azione dei singoli e dell'organizzazione nel suo complesso.

Nell'ambito del P.O.A. (Piano di Organizzazione ATS LIGURIA - ASL3) sono definiti i principi generali di organizzazione e delineati gli assetti organizzativi interni e le articolazioni di governo dell'ATS LIGURIA - ASL3.

Detto documento individua il modello organizzativo idoneo a promuovere ed assicurare l'integrazione delle funzioni di prevenzione, cura e assistenza. Rispetto al Piano Strategico, che chiarisce in modo globale finalità, obiettivi e risorse Aziendali, detto Piano di Organizzazione approfondisce gli aspetti connessi alla dimensione organizzativa, in modo da assicurare la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici da un lato e la struttura organizzativa dall'altro.

Il Piano di Organizzazione Aziendale (o Atto di Autonomia ATS LIGURIA - ASL3) dell'ATS LIGURIA - ASL3 è, quindi, uno strumento autonomo di definizione del proprio modello di governance, pur nel rispetto delle linee-guida regionali.

Esso rappresenta la cornice di riferimento delle scelte gestionali ed organizzative sulla base delle quali vengono individuate le funzioni e le responsabilità.

Il Piano, così inteso, non può essere visto come la semplice esplicitazione di criteri di progettazione e di strutture organizzative dell'ATS LIGURIA - ASL3 (gli organigrammi), ma è concepito come uno "strumento" di gestione e di innovazione attraverso il quale perseguire gli obiettivi strategici e le finalità istituzionali: creare insomma ulteriori condizioni per l'attuazione del Piano Strategico. Il Piano di Organizzazione ha pertanto la finalità di accrescere le risorse e le condizioni organizzative per il raggiungimento degli obiettivi Aziendali e al tempo stesso ridurre i vincoli e le criticità organizzative.

Esso è dunque uno "strumento" al servizio della strategia ATS LIGURIA - ASL3, un documento programmatico Aziendale che accompagna e guida il processo di cambiamento, nelle sue diverse fasi.

Anche a seguito della necessità di gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, il S.S.R. ligure ha sentito l'esigenza di avviare una nuova fase di riorganizzazione, finalizzata a trovare nuove soluzioni, adeguate agli emergenti nuovi fabbisogni assistenziali e diverse tipologie assistenziali, che necessitano di assetti strutturali coerenti ed inquadrati in una logica di sistema, ai fini di garantire una permanente efficacia ed efficienza dei processi assistenziali, tenendo conto dell'esperienza maturata nella gestione della pandemia e delle opportunità offerte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Quindi con D.G.R. n.147 del 4.3.2022 ad oggetto "Assegnazione e definizione dei budget per l'esercizio 2022: formalizzazione del percorso e degli esiti del negoziato con Aziende, IRCCS

ed Enti del S.S.R., Regione Liguria ha avviato il procedimento finalizzato all'adozione di nuove linee guida per la redazione degli atti di autonomia ATS LIGURIA - ASL3, alle quali le Aziende del S.S.R. si sono dovute attenere per rivedere il proprio assetto organizzativo in coerenza.

Dette Linee guida sono state adottate con D.G.R. n 1380 del 28.12.2022 ad oggetto: "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia Aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale" in linea con le disposizioni di cui al DM 70/2015 nonché con gli standard approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato Permanente per l'erogazione dei LEA in ordine ai criteri per la definizione di strutture organizzative semplici e complesse anche con le Delibere assunte in materia dalla Giunta Regionale, nel rispetto dell'autonomia di ogni ATS LIGURIA - ASL3, ente o istituto del SSR ed in coerenza con lo schema del Piano Sociosanitario Regionale 2023/25 approvato dal Consiglio regionale in data 22.11.2023, recependo le indicazioni del PNRR ed il D.M. 23 maggio 2022 n.77, che definisce e specifica i modelli e gli standard dell'offerta territoriale.

ASL3 con Deliberazione n. 515 del 29/11/2023 ha dato esecutività al proprio piano, definito Atto Aziendale di diritto privato ai sensi dell'art. 3 c. 1- bis, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i..

La Mission ATS LIGURIA - ASL3

La Mission Aziendale è incentrata sulla promozione della tutela degli assistiti e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti Territoriali attraverso un approccio di cura non più incentrato sull'erogazione di singole prestazioni sanitarie ma attraverso percorsi di cura tali da integrare, trasversalmente, le aree di attività declinate nei livelli di assistenza distrettuale, ospedaliera e sociosanitaria.

La peculiarità della popolazione ligure – che esprime relevantissimi bisogni di “cronicità” e “fragilità” –impone di assumere modalità innovative di presa in carico della persona cronica e fragile attraverso modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie implementando specifiche ed apposite tecnologie informatiche.

Detta Mission viene perseguita tramite gli organi, le strutture organizzative Aziendali e le funzioni strategiche trasversali.

Sono organi di ATS Liguria sensi dell'art. 18 della L.R. 18 del 12/12/2025.

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

Le strutture organizzative di ATS Liguria – ASL3 sono attualmente classificate in:

Distretti Sociosanitari

Presidio Ospedaliero Unico

Dipartimenti

Strutture Complesse

Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)

Strutture Semplici (S.S.)

Settori

Nell'Organizzazione Aziendale vengono individuate due aree: l'area ospedaliera e della prevenzione e l'area territoriale.

Nell'area ospedaliera, prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica, vengono perseguite appropriatezza e qualità delle cure ma anche posta attenzione alla capacità e all'efficienza produttiva.

L'area ospedaliera comprende al suo interno il Presidio Ospedaliero Unico ed il Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto attiene la prevenzione afferiscono all'area tutte le attribuzioni in materia di promozione e tutela della salute della popolazione.

L'area territoriale è la sede privilegiata di riferimento e di confronto con gli Enti Locali e, quindi, di lettura dei bisogni e della domanda assistenziale e, pertanto, diviene il punto di composizione e di coordinamento dell'operato dei Distretti Sociosanitari nei quali si articola l'ATS LIGURIA - ASL3.

L'area comprende le strutture in staff ed il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze Patologiche ed il Dipartimento Cure primarie e, sulla base delle nuove linee guida regionali, funzionalmente i Distretti Socio Sanitari nonché in collegamento con l'area ospedaliera, il Dipartimento Interaziendale ASL3-O.E.I. Ostetrico Ginecologico e del Bambino, il Dipartimento Farmaceutico, il Dipartimento Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie ed il Dipartimento Funzionale Educazione a corretti stili di vita e programmi di comunità.

ATS LIGURIA - ASL3 garantisce inoltre la partecipazione e assicura ai cittadini l'accessibilità delle informazioni e la segnalazione dei disservizi. I fabbisogni informativi degli utenti sono garantiti oltre che dagli istituiti strumenti normativi previsti (accesso agli atti amministrativi, partecipazione ai procedimenti, accesso civico semplice e generalizzato) anche attraverso l'adozione di piani Aziendali di comunicazione che prevedono quali strumenti principali l'informativa attraverso il sito ATS LIGURIA - ASL3, campagne informative a vario titolo, aggiornamento continuo della Carta dei Servizi, nonché attraverso la rete degli uffici Relazioni con il Pubblico radicata sul territorio di riferimento.

L'ATS LIGURIA - ASL3, attraverso l'adozione del Regolamento di Pubblica Tutela, assicura, inoltre, nell'ambito dei rapporti con le sue strutture, l'effettività del diritto di tutela del cittadino, anche attraverso la costituzione del Comitato Misto Consultivo e della Commissione Mista Conciliativa.

Parimenti alta l'attenzione alle relazioni con la società civile e con le strutture di offerta del territorio.

L'ATS LIGURIA - ASL3 collabora con le Associazioni dei portatori di interesse fornendo informazioni e supporto per facilitare l'accesso ai servizi Aziendali. Per tutte le articolazioni organizzative dell'ATS LIGURIA - ASL3 assume valore strategico stabilire e mantenere, nelle aree di specifica competenza, relazioni di confronto e collaborazione con il mondo economico, produttivo e del volontariato.

Le relazioni con i fornitori sono improntate al rigoroso rispetto delle norme di legge in materia e ai principi delle pari opportunità, della lealtà, della trasparenza ed imparzialità.

L'ATS LIGURIA - ASL3 intrattiene rapporti di stretta collaborazione con le strutture erogatrici del territorio. La ricerca di sinergie coinvolge tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie, pubbliche e private accreditate, e si concretizza in momenti di confronto istituzionale.

Nell'ambito della normativa nazionale e regionale vigente, la negoziazione delle prestazioni con gli erogatori pubblici e privati accreditati e il sistema dei controlli rappresentano gli strumenti fondamentali per la razionalizzazione delle risorse disponibili all'ATS LIGURIA - ASL3, in accordo con l'equilibrio delle risorse del sistema regionale.

Visione strategica

La Visione Strategica dell'ATS LIGURIA - ASL3 consiste nel perseguire una politica orientata al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, attraverso una metodologia gestionale fondata sulle risorse disponibili, in sinergia con gli indirizzi programmatici della Regione Liguria e di A.Li.Sa., e con il supporto di un sistema interno di controllo e verifica.

L'ATS LIGURIA - ASL3, in particolare, si ispira ai seguenti principi, impegni etici e gestionali:

- centralità del cittadino-utente quale titolare del diritto alla tutela della salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo. L'ATS LIGURIA - ASL3, attraverso la Carta dei Servizi, assume un impegno preciso nei confronti dei cittadini ai quali fornisce informazioni chiare e puntuali in merito all'accesso e alle modalità di erogazione dei servizi sanitari;
- adeguamento dell'organizzazione Aziendale ai principi ed ai contenuti della normativa nazionale e delle Leggi Regionali n. 41/2006, n. 21/2008, n. 57/2009, n. 2/2011, n. 36/2011, n. 29/2012, n. 49/2012, n. 12/2013, n. 12/2014, n. 41/2014, n. 5/2015, n. 7/2015, n. 17/2016, n. 27/2016, n.9/2017, n.29/2017, n.31/2019, n.7/2020, n.5/2021, n.22/2021, n.16/2022 n.18/2025 e ss.mm.ii.;
- definizione del sistema di governo Aziendale e di governo clinico finalizzato a garantire la partecipazione dei professionisti e degli operatori ai processi decisionali;
- distinzione tra attività di direzione ATS LIGURIA - ASL3, indirizzo e controllo, propria degli organi di governo dell'ATS LIGURIA - ASL3, ed attività di gestione per competenza propria o delegata della dirigenza, nonché chiara individuazione delle responsabilità dei dirigenti, sulla base delle competenze, funzioni e degli incarichi attribuiti e degli obiettivi assegnati;
- centralità della S.C. Programmazione e Controllo e del sistema budgetario;
- valorizzazione delle persone e delle competenze anche favorendo, in ottemperanza alla normativa vigente, la libera professione intramuraria quale attività in grado di valorizzazione il patrimonio conoscitivo, organizzativo, strumentale e tecnologico dell'ATS LIGURIA - ASL3, rafforzandone la capacità competitiva;
- responsabilizzazione dei livelli di competenza attraverso il conferimento di incarichi e funzioni fondati su sistemi di valutazione ancorati sia ai risultati riferiti agli obiettivi fissati annualmente nel Budget, sia ai risultati propri degli incarichi e delle funzioni conferite;
- equilibrio di bilancio;

- ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie, individuando le priorità di intervento e di sviluppo, con particolare riferimento ai temi della sicurezza e dell'aggiornamento tecnologico;
- accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private fondato su criteri di parità tra soggetti erogatori, in presenza dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi prescritti dalla vigente normativa.

Il Distretto Socio Sanitario

Il Distretto Sociosanitario rappresenta l'articolazione territoriale dell'ATS LIGURIA - ASL3 alla cui missione contribuisce assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale a elevata integrazione sanitaria, sia attraverso l'esercizio della funzione di committenza – con cui si valutano i bisogni, si allocano le risorse e si definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento – garantita dall'articolazione organizzativa del Distretto Sociosanitario, sia attraverso la funzione di produzione delle prestazioni e dei servizi di primo livello di base.

Il Distretto Sociosanitario è quindi visto come area territoriale ottimale per la programmazione, progettazione innovativa e realizzazione di un sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari.

L'assetto organizzativo di cui trattasi, tuttavia, troverà la sua attuazione progressivamente, contestualmente alla prevista riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione delle strutture della rete di prossimità quali le Case di comunità, e gli Ospedali di Comunità e con la costituzione delle Centrali Operative Territoriali, in conformità alle linee guida regionali in materia, in corso di implementazione.

Il Distretto Sociosanitario è il luogo di naturale gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più significative, anche alla luce delle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 518 del 4/05/2012.

Il Distretto Sociosanitario assicura quindi agli Enti Locali il supporto tecnico nel processo di individuazione dei bisogni di selezione delle priorità di intervento e nella realizzazione delle attività di promozione alla salute.

In supporto alle attività previste al Direttore di Distretto sarà strutturata la presenza di un dirigente delle professioni sanitarie e sociosanitarie a livello aziendale, al fine di coadiuvare

e supportare le direzioni dei distretti, favorendo la promozione dell'integrazione dei processi Aziendali, nonché lo sviluppo professionale ed organizzativo delle funzioni di integrazione sociosanitarie, assistenziali e riabilitative.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto opera in raccordo funzionale e, ove possibile, in raccordo strutturale, con i servizi sociali dei Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi Aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

Il Distretto Sociosanitario, sulla base delle indicazioni introdotte dal PNRR e del DM 77/2022, è la sede nella quale si realizza l'integrazione, da un lato, tra le cure primarie e le cure specialistiche e, dall'altro, tra le prestazioni sociosanitarie e le prestazioni sociali, perseguendo così la continuità assistenziale tra degenza, domicilio e residenzialità. Esso è il luogo di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, in stretta relazione con gli enti locali.

Il Distretto Sociosanitario è infatti deputato, attraverso le Case di Comunità (CdC) e le Centrali Operative territoriali (COT), al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Il sistema di **offerta assistenziale territoriale** tende infatti ad un'organizzazione flessibile e modulare, per intensità di cura, che garantisce una risposta così articolata:

- (i) media complessità sanitaria territoriale (Cure intermedie territoriali con posti letto per pazienti dimessi dall'ospedale che devono completare la stabilizzazione clinica);
- (ii) media complessità assistenziale (gestione della post-acuzie RSA post-acuti);
- (iii) medio-bassa complessità assistenziale (Ospedali di Comunità con posti letto per pazienti a bassa-media intensità assistenziale provenienti prioritariamente dal domicilio)
- (iv) bassa complessità (RSA mantenimento, RP, semiresidenzialità e domiciliarità)

- (v) Case di Comunità HUB e Spoke secondo quanto declinato nel DM 77-2022: Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Con l'applicazione del modello residenza aperta, avviata in Liguria con la D.G.R. ligure n. 290/2019, poi le strutture residenziali per anziani, hanno l'opportunità di trasformarsi in playmakers nell'ambito della filiera per la fragilità e della non autosufficienza, sviluppando la contiguità tra servizi residenziali, domiciliari e altri servizi innovativi in un rapporto di partnership pubblico-privato volta a sostenere a casa il più possibile le persone in modo da garantire vicinanza relazionale e percorsi di accompagnamento nonché risposta capillare ai bisogni.

La Residenza aperta costituisce un importante nodo della rete di assistenza che si connette con altri interlocutori sanitari e sociali operando in modo integrato, offrendo servizi aggiuntivi all'ospitalità residenziale tradizionalmente intesa.

Organizzazione e funzionamento del Distretto Sociosanitario

Il Distretto Sociosanitario rappresenta un'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale dell'ATS LIGURIA - ASL3.

Nel Distretto Sociosanitario si realizza il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dalle farmacie convenzionate con le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del Distretto Sociosanitario nonché dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere e territoriali accreditate.

Nel Distretto Sociosanitario, in applicazione della programmazione regionale e nel rispetto delle linee di indirizzo adottate dalla Giunta Regionale, vengono assicurate in particolare:

- gestione organizzativa dei MMG e PLS del Distretto Sociosanitario;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- le attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;
- viene assicurata l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale;

- trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, con riferimento ai servizi alla persona, e del Dipartimento di Prevenzione;
- trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative della S.S.D. Consultorio Familiare con riferimento ai servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia.

I Distretti Sociosanitari dell'ATS LIGURIA - ASL3 sono sei:

- Distretto Sociosanitario n. 8 Ponente
- Distretto Sociosanitario n. 9 Medio Ponente
- Distretto Sociosanitario n. 10 Valpolcevera Valle Scrivia
- Distretto Sociosanitario n. 11 Centro
- Distretto Sociosanitario n. 12 Valbisagno Valtrebbia
- Distretto Sociosanitario n. 13 Levante

Il Distretto Sociosanitario come sistema integrato

Il Distretto Sociosanitario è la sede di realizzazione dell'integrazione ai seguenti livelli:

1. socio-sanitario;
2. con il Dipartimento di Prevenzione;
3. con l'Ospedale;
4. con le risorse della Comunità.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la strategia fondante del modello ligure quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

1. Aspetti imprescindibili per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- l'adozione di un approccio per percorsi assistenziali integrati, a partire dalla progettazione e programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- la partecipazione della persona attraverso la personalizzazione degli interventi, valorizzando la relazione interpersonale anche in termini di qualità del tempo dedicato, la facilitazione all'accesso, il coinvolgimento del paziente nei percorsi assistenziali;
- la multi professionalità quale cardine per formulare un'azione integrata e continuativa;

- la valorizzazione della rete, non soltanto istituzionale ma anche informale, costruendo sinergie tra le varie risorse.

L'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione nell'Unità di valutazione multidimensionale (UVMD), dove è possibile valutare in modo unitario ed uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali che hanno portato alla formulazione di una domanda.

2. L'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione, mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare le iniziative in una logica di rete e favorire la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti, è strategica per perseguire i seguenti obiettivi:

- prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione individuando strategie per mantenere o migliorare le coperture vaccinali raggiunte, attraverso un coinvolgimento attivo dei medici/pediatri di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- ridurre la mortalità per tumore attraverso l'incremento della partecipazione e dell'accesso ai programmi di screening di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche da parte della popolazione generale e dei sottogruppi specifici;
- promuovere la prevenzione primaria e l'adozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze, individuando degli obiettivi da realizzare in integrazione con le strutture distrettuali;
- ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari attraverso il coinvolgimento del medico di famiglia nella valutazione del rischio individuale e l'individuazione di percorsi personalizzati per la modifica di stili di vita non corretti.

3. L'integrazione con l'Ospedale è necessaria per la realizzazione della continuità dell'assistenza attraverso alcune strategie imprescindibili:

- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla implementazione di percorsi per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (case manager);
- la realizzazione di un sistema informativo integrato, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.

4. L'integrazione con le risorse della Comunità è realizzabile attraverso la stipula di un ideale Patto con la Comunità Locale finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con le seguenti azioni:
- coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie dando valore all'esperienza dell'assistenza ricevuta (tempo dedicato, valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza, diffusione delle Carte dei Servizi in cui siano esplicitati gli standard di qualità), promuovendo la capacità di migliorare la propria salute potenziando le azioni di educazione all'autocura e il sostegno ai gruppi di auto aiuto, sviluppando approcci di condivisione alle decisioni sui trattamenti;
 - coinvolgimento delle Amministrazioni locali nello sviluppo delle Cure primarie ed in particolare nella implementazione delle Medicine di Gruppo, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi, la messa in sinergia di professionalità;
 - coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e le altre organizzazioni con lo scopo di favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche e le opportunità socio-educative, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

Al distretto sono attribuite gerarchicamente le responsabilità organizzative-gestionali sulle funzioni svolte da: Ospedale di comunità, Casa della comunità, Centrale Operative Territoriale , Cure Primarie (MMG/PLS) per la parte di attività previste dagli accordi contrattuali in linea con quanto previsto nel PSSR), Cure domiciliari (ADI), Punto unico di accesso, Assistenza sociale afferente al Distretto, Servizi per l'assistenza infermieristica, Punti prelievo.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, garantisce: l'assistenza primaria e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

La governance della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata quindi al Distretto, cardine della risposta territoriale, chiamato ad operare attraverso:

- ❖ la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione di strutture della **rete di prossimità** quali le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC) e con la costituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- ❖ il rafforzamento del sistema integrato delle **Cure Domiciliari (CD)**, anche mediante il potenziamento delle attività in ambito Salute Mentale o Disabilità, finalizzato al mantenimento a domicilio delle persone fragili;
- ❖ una più efficace integrazione tra i servizi sociosanitari e sociali del territorio. La Casa della comunità (CdC) rappresenta il luogo fisico del coordinamento per la presa in

carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multi professionali e della promozione della medicina di iniziativa;

- ❖ il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

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

A tal fine svolgerà funzioni di:

- ❖ **COMMITTENZA** ovvero la responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le strutture di afferenza, di stabilire le connessioni funzionali con le altre strutture Aziendali (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute mentale e materno-infantile) e i rapporti con le strutture del privato accreditato e la rete degli attori locali (comuni, scuola, terzo settore) sviluppando progettualità condivise;
- ❖ **PRODUZIONE** ovvero l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali facendo ricorso a strutture distrettuali, territoriali extra-distrettuali, ospedaliere o privato accreditato contrattualizzato.;
- ❖ **GARANZIA** ovvero assicurare l'accesso ai servizi, l'equità di trattamento, la verifica della adeguatezza dei servizi in funzione dei volumi di attività attesi e degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, dovrà garantire:

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

Le strutture che svolgono funzioni sovra distrettuali a valenza organizzativa, che comprendono l'assistenza primaria (MMG +PLS), l'assistenza anziani e disabili, la medicina convenzionata, la continuità assistenziale, la farmaceutica territoriale, cure palliative-hospice, attività Consultoriali, la medicina penitenziaria afferiranno invece , direttamente al

Direttore Sociosanitario e saranno in rapporto funzionale con il Distretto Socio Sanitario che mantiene le sue funzioni di committenza, produzione e garanzia.

L'integrazione Socio Sanitaria: standard previsti dal D.M.77/20

Il Distretto Socio Sanitario costituisce il perno del sistema di assistenza territoriale con una revisione della rete territoriale che vede l'interazione di diverse professionalità, per promuovere la "prevenzione di prossimità" intesa come un intervento agito con/per/sulla Comunità che termina così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di empowerment, soggetto attivo e competente nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sociosanitarie locali.

Grande attenzione viene data alle componenti di ordine sociale, relazionale, psicologico che influenzano lo stato di salute per prevenire efficacemente il disagio prima che diventi malattia.

A questo proposito diventa estremamente importante sviluppare interventi mirati alla diagnosi precoce, alla prevenzione e alla gestione anche della fragilità in particolare alla condizione di pre-fragilità che si riferisce alla dimensione bio-psico-sociale richiedendo un approccio preventivo integrato tra i servizi sanitari e sociali. Particolare rilevanza ha la centralità della persona in una logica di offerta più sfumata rispetto ad un rigido modelling organizzativo in grado di aprirsi al coinvolgimento integrato fra servizi sanitari e servizi sociali governati in una prospettiva di integrazione inter istituzionale. La finalità di potenziare l'integrazione complessiva dei servizi socio-sanitari e assistenziali per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità, si consegue prevedendo la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le Case di Comunità, che si qualificano quale punto di riferimento per un'assistenza di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi professionali e interdisciplinari) che operano secondo modelli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali.

L'organizzazione prevede l'identificazione di un modello di riferimento comune Hub e Spoke, attraverso il quale sono distribuite in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio regionale, indentificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale.

A supporto del modello vi sarà un sistema informativo ed un'architettura tecnologica in grado di informatizzare i servizi per i cittadini.

I punti cardine di questa integrazione sono i seguenti:

Casa di Comunità : riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la “presa in carico (PIC)” delle persone a maggiore intensità assistenziale, sedi del lavoro multiprofessionale e dell'integrazione sociosanitaria e 13 socioassistenziale.

Posta sotto la direzione del Distretto, è strutturata per garantire interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (equipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi, protocolli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'attività all'interno della CdC prevede un lavoro interprofessionale e multidisciplinare e interventi coordinati tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie/Enti pubblici o privati del territorio. Il coinvolgimento delle AFT e delle Medicine di Gruppo dei MMG e PLS nella definizione e assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multi professionale valorizza le competenze delle professioni sanitarie e sociali, evita l'isolamento di “singoli professionisti” o di singole “aggregazioni mono professionali”.

La casa della comunità è la sede dove avviene la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito dei servizi sanitari e sociali, promuovendo la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, dipendenze e residenzialità) e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi.

La CdC quindi costituisce un modello organizzativo di integrazione istituzionale e professionale non solo in ambito sanitario ma anche tra sanità e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità. L'attività della CdC è improntata ad un sistema organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di équipe interprofessionale secondo il modello organizzativo della cronicità. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato: l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino per ricompattare i percorsi di risposta assistenziale; la prevenzione e promozione della salute

anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle equipe sanitarie e dalle aree della fragilità con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione Aziendale per gli aspetti di competenza; la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa; la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito dei servizi sanitari e sociali; la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori ecc.); l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

L'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, rappresenta un valore aggiunto per tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili, promuovendo anche l'impiego di strumenti telemedicina.

In ATS LIGURIA - ASL3 la distribuzione prevista delle CdC nei Distretti è la seguente:

Distretto Sociosanitario n.8:

- HUB Casa della Salute Voltri (Ex Tecsaldo - COPROMA), via Odicini- Genova
- SPOKE MARTINEZ, Via Pegli, 41, Pegli
- SPOKE Via Rossi, 33- Campoligure

Distretto Sociosanitario n.9:

- HUB Palazzo Salute Fiumara- Via Operai 80
- SPOKE Sede Poliambulatori/Palazzo della Salute Via Soliman Genova

Distretto Sociosanitario n.10:

- HUB Ex scuola Trucco, Via Pasquale Pastorino, 32 Bolzaneto
- SPOKE Struttura ATS LIGURIA - ASL3 Corso Trento e Trieste 130, Borgo Fornari – Ronco Scrivia
- SPOKE CELESIA, Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62 – Rivarolo

Distretto Sociosanitario n.11:

- HUB Casa della Salute via Assarotti – Genova
- SPOKE Sede Poliambulatori Via XII Ottobre - Genova

Distretto Sociosanitario n.12:

- HUB Palazzo della Salute Doria - Via Struppa 150, Struppa
- SPOKE Poliambulatorio Via Archimede – Genova

Distretto Sociosanitario n.13:

- HUB Casa Della Salute Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto
- SPOKE Casa Della Salute di Recco – Via A.Bianchi, Recco.

Le funzioni svolte dalle Case di comunità (CdC) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

Forme organizzative ai sensi dell'art.8 dell'ACN MMG e PLS 28/4/2022: consentono il coinvolgimento dei MMG, dei PLS e degli Specialisti ambulatoriali che operano secondo il modello delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente legislazione assicurando un'interfaccia organizzativa alla casa della comunità più larga e strutturata del singolo medico. I coordinatori delle AFT partecipano alla definizione degli obiettivi strategici nell'ambito territoriale di competenza e sono previsti due coordinatori di AFT quali membri di diritto del "Collegio di Direzione" ATS LIGURIA - ASL3.

I MMG e i PLS assicurano la coerenza dei piani di cura dei loro assistiti attraverso:

- le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la CdC;
- l'assistenza domiciliare programmata o Cure Domiciliari nei confronti dei propri assistiti;
- la continuità assistenziale durante i periodi di eventuale ricovero nella fase acuta, post acuta e negli OdC;
- l'adozione di programmi di revisione della politerapia verso il deprescribing a tutela della salute del fragile in collaborazione con il farmacista di comunità;
- la partecipazione alle attività promosse dal Distretto e dalla CdC (progetti individuali di salute, ADI, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e altro) sulla base della programmazione nazionale, regionale, ATS LIGURIA - ASL3/distrettuale secondo la suddivisione oraria stabilita dall'accordo contrattuale.

Gli studi degli MMG costituiscono una rete che fa capo alle CdC con le quali devono essere funzionalmente collegate anche grazie ad un'infrastruttura informatica comune.

Il rafforzamento nelle aree interne (dove la CdC risulta particolarmente distante), dello studio dei MMG (con strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) garantisce un'assistenza di prossimità adeguata e la compensazione di diseguaglianze territoriali.

L'organizzazione del Distretto, che prevede la presenza di MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali all'interno delle Case di Comunità o a queste collegati funzionalmente, garantisce quindi la prossimità con tutti gli operatori sanitari e sociali favorendo la collaborazione nel percorso di presa in carico.

Inoltre la co-presenza di professionisti del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali, all'interno della CdC e il collegamento in rete con l'ospedale favoriscono la partecipazione attiva dei diversi operatori alla definizione e gestione dei PDTA e dei PAI in una logica di continuità assistenziale.

Infermiere di Famiglia e Comunità: L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella CdC, l'IFoC svolge attività di:

- collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. Partecipa inoltre alla programmazione di interventi di sanità di iniziativa sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;

- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, per i pazienti segnalati dal MMG o dalla COT.

L'IFoC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);

- collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC.

L'IFoC si coordina con il servizio di Assistenza Domiciliare, costruendo una relazione bidirezionale da parte dell'IFoC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFoC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);

- monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati.

- L'IFoC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;

- collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;

- collaborazione e raccordo con le équipes di cure palliative.

La centrale operativa territoriale (COT): La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali.

Quale servizio di back-office facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione Aziendalee di inter connessione con tutti gli enti/strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

In particolare garantisce la sua funzione di coordinamento:

- registrando ed indirizzando le richieste di transizione tra i diversi setting assistenziali assicurandone il tracciamento;

- garantendo il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;

- raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) ottimizzandone gli interventi;
- raccogliendo, gestendo e monitorando i dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, domotica, digitalizzazione, sperimentazione di strumenti di Intelligenza artificiale;
- assicurando il collegamento con la rete dell'emergenza ed urgenza.

La distribuzione delle COT prevista nei Distretti di ATS LIGURIA - ASL3 sarà la seguente:

Distretto Sociosanitario n.8 Ponente:

-Ex Ospedale Camozzini – Via Camozzini 15 - Genova Voltri

Distretto Sociosanitario n.9 Medio Ponente:

-Genova Casa di Comunità Palazzo della Salute Fiumara, Via Operai 80- Genova

Distretto Sociosanitario n.10 Valpolcevera e Vallescrivio:

-Casa di Comunità Ex scuola Trucco, via Pasquale Pastorino 32 – Genova Bolzaneto

Distretto Sociosanitario n.11 Centro:

-Casa di Comunità, Via Assarotti 35- Genova

Distretto Sociosanitario n.12 Valbisagno e Valtrebbia:

-Casa di Comunità Palazzo Salute Doria, Via Struppa 150- Genova

Distretto Sociosanitario n.13 Levante:

- Casa di Comunità Casa della salute Quarto - Via G.Maggio 6. –Genova.

Le funzioni svolte dalle Centrali Operative Territoriali (COT) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative: la “casa” è considerata il principale luogo di cura.Ciò implica necessariamente il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali. Per il raggiungimento dell’obiettivo è necessario integrare i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità dei Comuni con le misure per la Non autosufficienza che completano l’offerta degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Per incrementare il numero di pazienti in carico alle cure domiciliari, comprese quelle palliative, si inserisce il servizio di Cure domiciliari e le Cure palliative all’interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all’assistenza domiciliare, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari, quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili e promuovendo l’impiego di strumenti telemedicina.

Inoltre vengono messi in atto nuovi modelli assistenziali con approccio multi- e interdisciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza, utilizzati con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella Casa di Comunità, dei MMG/PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri.

Le Cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo caso la richiesta avverrà da parte del MMG con autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà i percorsi di PIC.

Per quanto riguarda le U.C.P. Domiciliari al fine di definire percorsi omogenei a livello regionale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative sono stati definiti, dalla Rete Regionale di Cure Palliative, gli indirizzi per la definizione del percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di Cure Palliative dall'accesso alla valutazione, secondo i seguenti passaggi ai sensi della normativa vigente:

1. Eleggibilità del paziente con bisogno di Cure Palliative;
2. Segnalazione e l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP);
3. Rivalutazione del bisogno e dell'intensità assistenziale;
4. Chiusura e valutazione della presa in carico.

Le funzioni svolte dalle cure domiciliari (ADI) sono , come detto, sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

Le cure palliative-Hospice afferiscono alla Direzione Sociosanitaria, tramite il Dipartimento Cure Primarie di afferenza, ma sono in rapporto funzionale con i Distretti Sociosanitari.

Gli Ospedali di Comunità: Per il potenziamento e la riorganizzazione della filiera dei percorsi di assistenza sono previsti gli Ospedali di Comunità. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e/o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'ospedale, dalle strutture residenziali sociosanitarie o dal domicilio:

- dimissibili dal setting ospedaliero ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare, per la necessità di un recupero psico – fisico; in questo caso l'OdC costituisce la prima tappa verso il domicilio;
- che necessitano di riabilitazione multidimensionale motoria, cognitiva e funzionale, supporto riabilitativo-educativo o interventi fisioterapici nell'ambito dei PDTA/protocolli già attivati nel reparto di provenienza prima del rientro a domicili
- che necessitano di assistenza per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di educazione terapeutica al paziente e al caregiver. È fondamentale la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionalmente con gli ospedali e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere). Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere e a tal fine vengono predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

La distribuzione degli OdC prevista nei Distretti di ATS LIGURIA - ASL3 è la seguente:

Distretto Sociosanitario n.13 Levante:

- Sede di Quarto - Via G.Maggio 6, Genova Quarto

Distretto Sociosanitario n.10 Valpolcevera e Vallescrivia:

- Ospedale Celesia - Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62/C, Genova
- Ex ospedale di Busalla - Via Roma, 100, Busalla

Distretto Sociosanitario n.8 Ponente

- Poliambulatorio Campoligure A.S. Rossi.
- Ospedale La Colletta di Arenzano Via del Giappone,2 Arenzano.

Le funzioni svolte dagli Ospedali di Comunità (OdC) sono sotto la responsabilità organizzativo-gestionale dei Distretti Sociosanitari.

Consultorio Familiare : L'attività consultoriale si caratterizza da un approccio multidisciplinare e olistico che richiama il "Planetary Health". Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Consultorio Familiare eroga l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Tali attività possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza e consentendo l'integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali: quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area di assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute.

Il principio ispiratore è un approccio intersettoriale, in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le attività del Consultorio Familiare sono definite e coordinate con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri protagonisti della Rete Materno Infantile, sui piani del funzionamento interno e dell'integrazione in rete. Le stesse afferiscono, tramite il Dipartimento InterAziendale Ostetrico Ginecologico e del bambino di riferimento, anche alla Direzione Sociosanitaria ma in rapporto funzionale con i Distretti Sociosanitari.

Il modello dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'ATS LIGURIA - ASL3.

Il Dipartimento è un modello organizzativo costituito da strutture omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L'ATS LIGURIA - ASL3 è organizzata nel rispetto del modello dipartimentale delineato dal D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. nonché dagli artt. 38 e ss. della L.R. n. 41/2006 e s.m.i. ed è strutturata in Dipartimenti formalmente istituiti secondo le Direttive inerenti ai criteri operativi ed organizzativi e per l'istituzione ed il funzionamento degli stessi, predisposte dalla Regione Liguria.

Il modello organizzativo dipartimentale deve garantire in particolare:

- il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche e tecnico-giuridico amministrative, di ricerca, di studio e di controllo sulla qualità delle prestazioni, nonché delle attività giuridiche, amministrative, tecniche e, in generale, di supporto;

- il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne, con particolare riferimento al rispetto dei diritti del malato;
- il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata, da perseguire tramite l'efficiente gestione delle risorse disponibili, nonché tramite l'organizzazione delle attività libero professionali intramurarie e l'organizzazione delle attività di pre-ospedalizzazione, ricovero ordinario e diurno, day surgery, predisposizione e valutazione dei programmi operativi, dimissioni protette.

Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine adottano regole condivise di comportamento.

Possono essere aggregate ai Dipartimenti le Strutture Semplici "a valenza dipartimentale" attivate per funzioni attribuite all'ATS LIGURIA - ASL3 dal P.S.R. e non convenientemente esercitabili da Strutture Complesse già esistenti o per attività svolte a favore di una pluralità di Strutture Complesse.

I Dipartimenti possono essere strutturali, funzionali, transmurali ed interaziendali.

Il Dipartimento Strutturale è un'aggregazione stabile di Strutture Complesse ed eventualmente Strutture Semplici Dipartimentali, rispetto alle quali è sovraordinato, che trova ragion d'essere quando serve a razionalizzare, sia in termini di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative, non altrimenti aggregabili e viene costituito in relazione alle tipologie di attività o di personale.

Il Dipartimento Strutturale è dotato di autonomia gestionale, soggetta a rendicontazione analitica.

L'organizzazione dei Dipartimenti Strutturali è caratterizzata, inoltre, da:

- attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore connessa con il loro utilizzo;
 - attribuzione al direttore di Dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
 - condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
 - appartenenza delle strutture organizzative ad un unico Dipartimento.
-
- I Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.) trasversali a tutte le Aziende, Istituti ed Enti, sono costituiti dall'aggregazione di Strutture Complesse e Semplici a valenza dipartimentale che appartengono ad Aziende diverse, istituiti al fine di perseguire:
 - il coordinamento e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
 - la gestione di percorsi integrati di diagnosi e cura;
 - la programmazione dell'attività di équipe;

- la costituzione di équipe itineranti;
- la valutazione delle performance qualitative e di efficacia;
- la condivisione di linee guida, protocolli e prassi operative;
- l’effettuazione di audit;
- la formazione del personale.

Le attività principali dei Dipartimenti Interaziendali regionali sono le seguenti:

- analizzare e valutare i bisogni di salute, la domanda di assistenza sanitaria e socio sanitaria e i modelli organizzativi adottati;
- procedere al censimento delle risorse umane e tecnologiche e proporre valutazioni HTA per l’introduzione di nuove tecnologie;
- formulare proposte organizzative, funzionali al perseguimento degli obiettivi e al coordinamento delle attività di assistenza;
- predisporre percorsi diagnostico terapeutici assistenziali definendo responsabilità organizzative e professionali;
- proporre attività di formazione didattica e di ricerca;
- condividere indicatori di processo-organizzativo professionale- e di outcome.

Gli ambiti assistenziali per i quali prevedere la costituzione dei Dipartimenti Interaziendali e le modalità di funzionamento degli stessi sono individuati dalla Giunta Regionale.

Il Dipartimento interaziendaleregionale (DIAR) è un organo tecnico regionale ed è lo strumento organizzativo della programmazione strategica e dell’integrazione dei livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie in ambito regionale.

I percorsi clinici e organizzativi e le eventuali proposte riorganizzative su scala regionale, approvati dal comitato di dipartimento, sono condivisi dalle Direzioni Generali delle Aziende ed Enti interessati e sono oggetti di apposito provvedimento da parte A.Li.Sa. e delle Aziende ed Enti del S.S.R.

L’Unità di Gestione del Rischio Clinico (U.G.R.)

L’ATS LIGURIA - ASL3, in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e con le disposizioni regionali, ha inteso promuovere il governo clinico quale processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e della salvaguardia di alti standard sanitari, per il miglioramento

delle performance professionali del personale e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

Alla disciplina della composizione e del funzionamento dell'U.G.R. l'ATS LIGURIA - ASL3 provvede con appositi atti deliberativi.

Le attività dell'U.G.R. Aziendale riguardano in particolare:

- la definizione di un piano annuale di attività che individui le priorità di intervento per le quali avviare azioni preventive, correttive e di miglioramento, sulla base delle indicazioni Aziendali, regionali e ministeriali. Tale piano dovrà essere presentato alla Direzione Aziendale annualmente per l'approvazione;
- il monitoraggio dell'implementazione delle attività previste nel suddetto piano annuale;
- il rispetto e l'aderenza ai programmi regionali ed alle indicazioni che vengono fornite dalla Commissione Regionale di Coordinamento, anche attraverso la realizzazione di buone pratiche cliniche finalizzate all'applicazione delle indicazioni di cui alle raccomandazioni ministeriali e linee guida elaborate dai soggetti individuati ai sensi della L. 8.3.2017 n. 24 e ss. mm. ii. e la conduzione di audit clinici;
- la definizione di un piano di formazione Aziendale per la promozione della cultura del rischio;
- assumere iniziative idonee a promuovere in ATS LIGURIA - ASL3 la cultura del rischio;
- elaborazione di proposte finalizzate a sviluppare un osservatorio Aziendale su eventi avversi, eventi sentinella e "near miss", anche ai fini dell'alimentazione del costituendo osservatorio regionale e/o nazionale ed in generale l'utilizzazione integrata dei dati provenienti dai sistemi informativi esistenti;
- supporto metodologico a tutti gli operatori Aziendali nell'applicazione di strumenti e tecniche di risk management;
- verifica dei risultati Aziendali, in materia di risk management, e relativa reportistica alla Direzione Strategica aziendale;
- supporto alla predisposizione di relazione annuale consuntiva afferente all'attività di risk management Aziendale alla Commissione Regionale di Coordinamento;
- supporto alla predisposizione di relazione annuale consuntiva afferente all'attività di risk management, da pubblicarsi sul sito internet, con particolare riguardo ai profili di cui alla L. 8.3.2017 n. 24 e ss. mm. ii..

L'U.G.R. adotta , sulla base delle linee guida regionali, "CARMInA" (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach – Valutazione Clinica del rischio sanitario: un approccio integrato), quale modalità di lavoro consolidata e continuativa.

In coerenza con detta metodologia è articolata l'organizzazione dell'U.G.R. al fine di consentire ad un Gruppo Strategico (AREA 1 - Governance, Consapevolezza e Misurazione) ed ai Gruppi Operativi (Area 2: Comunicazione, Area 3: Conoscenze e Abilità, Area 4: Ambiente e Contesto Sicuri, Area 5: Processi Assistenziali, Area 6: Gestione dell'Evento Avverso, Area 7: Imparare dall'Esperienza), di svolgere funzioni specifiche, nell'ambito delle rispettive competenze, ma con modalità operative sinergiche, finalizzate alla definizione, implementazione e monitoraggio della pianificazione Aziendale per la gestione integrata del rischio nell'ambito delle aree del "CARMInA".

Rientra nei singoli gruppi operativi anche la rete operativa dei referenti designati all'interno delle strutture Aziendali di riferimento, con il compito di facilitare l'implementazione degli strumenti di risk

management nelle singole realtà operative e di diffondere nelle stesse un corretto approccio alla sicurezza nella gestione operativa quotidiana.

Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Il “Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) , introdotto dall’art. 57 del D. Lgs. n.165/2001 così come modificato dall’art. 21 della Legge n.183/2010 e disciplinato con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 parzialmente modificata con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019, rappresenta invece lo strumento Aziendale di proposta, consultazione e verifica , a supporto della Direzione Generale, su temi relativi a:

- pari opportunità di genere ed altre fattispecie;
- valorizzazione del benessere personale ed organizzativo e contro ogni sorta di discriminazione e/o violenza morale o psichica concernente tutti i lavoratori Aziendali;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l’organizzazione dell’Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico;
- contribuire alla promozione dei piani delle azioni positive, della programmazione di specifiche iniziative, nonché della formulazione di pareri e della verifica del grado di raggiungimento di tali obiettivi.

Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

L'istituzione di tale organismo unitario ha determinato l'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta, che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria: età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

L'obiettivo della norma si concretizza in un ulteriore rafforzamento pertanto delle misure dettate per garantire la tutela delle pari opportunità e del benessere organizzativo, quali vettori orientati a efficienza, efficacia dell'azione amministrativa , produttività e costruzione del senso di appartenenza.

Il Sistema Privacy A.S.L.3

ATS LIGURIA - ASL3 ha ridefinito nel tempo ed adeguato, a decorrere , in particolare , dalla piena operatività del Regolamento UE 679/2016, un proprio sistema privacy in relazione all’evolversi delle esigenze di trattamento dei dati personali, con specifica attenzione a quali particolari (già dati sensibili).

Il D.P.S. del sistema Privacy

Il D.P.S. del sistema privacy è il documento di natura programmatica e rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione del rischio privacy in ATS LIGURIA - ASL3.

Il D.P.S. non è un documento formale, statico, compiuto e con una data di conclusione certa, ma uno strumento in costante e continua evoluzione nella consapevolezza che i processi di miglioramento di un'organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di strumenti che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione e in base all'esperienza via via acquisita nel corso degli anni.

Esso è elaborato in un contesto di collaborazione allargata e condivisa, in cui i dipendenti sono invitati a fornire un proprio contributo alla elaborazione del documento, con suggerimenti, osservazioni e consigli, al fine di migliorare la qualità dei contenuti.

Al suo interno sono inseriti i seguenti macro contenuti:

- le misure di prevenzione disposte;
- i rischi e le relative misure specifiche, individuate in base alle risultanze del processo della “gestione del rischio”, quale misura di precauzione ;
- i soggetti che intervengono nelle attività di prevenzione e precauzione;
- i tempi e le modalità di monitoraggio da effettuarsi per verificare il rispetto degli obblighi ivi contenuti;
- gli obiettivi fissati e raggiunti nel corso degli anni.

I principi, gli obiettivi e le misure indicate sono raccordati con gli altri strumenti di programmazione ATS LIGURIA - ASL3, in primis con il PIAO.

Tutte le attività e le iniziative in materia di prevenzione contenute nel D.P.S. presentano un minimo comune denominatore: creare un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare i valori di sicurezza privacy intrinsecamente connessi ad ogni azione e decisione amministrativa per il miglioramento della qualità dei servizi e delle relazioni tra amministrazione e cittadini.

Trattandosi di un cambiamento culturale importante, lo stesso è stato accompagnato con una serie di interventi mirati e progressivi, che non possono non tener conto della revisione dell'organizzazione ATS LIGURIA - ASL3.

Le prime cinque sezioni del D.P.S. illustrano il “sistema privacy” Aziendale da un punto di vista organizzativo, la sesta sezione e gli allegati, le policy generali ed i format di supporto allo stesso.

Inoltre ogni aggiornamento prevede:

- *il coinvolgimento degli organi di indirizzo nella predisposizione del piano, attraverso l'individuazione degli obiettivi strategici di riprogettazione della gestione del rischio privacy;*
- *la previsione delle future attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure di sicurezza, da intendersi come strumento di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure, concependo le misure stesse e la loro applicazione come obiettivi di performance organizzativa ed individuale;*
- *il rafforzamento della formazione come strumento fondamentale della prevenzione, mirato a favorire non solo un'acquisizione di cognizioni tecniche o giuridiche relative alla normativa privacy e ad una più puntuale conoscenza dei fattori di rischio, ma anche a favorire un cambiamento culturale nell'ATS LIGURIA - ASL3;*
- *l'aggiornamento della modulistica di supporto al “Sistema privacy” ATS LIGURIA - ASL3;*
- *la creazione di una connessione stringente tra il D.P.S. , comunque mantenuto negli anni come strumento Aziendale di sintesi delle politiche in materia dell'ATS LIGURIA - ASL3, ed il ciclo della Performance;*
- *una capillare azione di sensibilizzazione all'interno dell'ATS LIGURIA - ASL3 per favorire la creazione di gruppi di lavoro per l'aggiornamento della gestione del rischio privacy;*

- *l'instaurazione di un forte legame di collaborazione da parte di tutti i dipendenti dell'ATS LIGURIA - ASL3 e la creazione di una rete di referenti per il R.P.D. , al fine di capillarizzare il "sistema privacy" in tutte le articolazioni organizzative Aziendali;*
- *la creazione di sinergie a livello regionale tra i responsabili protezione dati delle Aziende del Servizio Sanitario regionale, con partecipazione al Gruppo di lavoro formalizzato con deliberazione di A.Li.Sa. n. 173 del 6.7.2018.*

Il Regolamento UE 679/2016 ha introdotto energeticamente il principio della responsabilizzazione (c.d. accountability).

Per "responsabilizzazione" si deve intendere il compito che hanno i titolari di adottare comportamenti volti a garantire e dimostrare la concreta adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare l'applicazione del Regolamento UE e di conseguenza la conformità alle sue disposizioni.

Detto principio si manifesta concretamente nel Regolamento UE con due concetti, vale a dire la «protezione dei dati fin dalla progettazione (privacy by design)» e la «protezione dei dati per impostazione predefinita (privacy by default)», evidenziati all'art. 25 del Regolamento UE, e con gli adempimenti di cui al capo IV del Regolamento UE 679/2016.

Detti risultati non si possono raggiungere se non con un mutamento culturale complessivo nell'ambito dell'ATS LIGURIA - ASL3, con il supporto di R.P.D e strutture Aziendali di riferimento per le aree di rispettiva competenza, che viene costruito e rafforzato nel tempo con gli strumenti evidenziati nello stesso D.P.S..

Fanno parte in particolare del D.P.S le policy Aziendali in materia, tra le quali quelle di:

- **gestione della videosorveglianza**
- gestione dei contenuti del sito intranet Aziendale
- inserimento del personale neoassunto-trasferito
- **gestione documentale**
- gestione dell'attività provvedimentale Aziendale
- **esercizio del diritto di accesso**
- gestione della dotazione informatica e posta elettronica Aziendale
- regolamentazione dello smartworking in ATS LIGURIA - ASL3 (Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA
- policy privacy Aziendale
- policy analisi rischi a cui sono soggetti i dati
- policy Aziendale esercizio dei diritti
- policy Aziendale data breach
- vademecum sperimentazioni cliniche
- GEN-DG-PR Trattamento per scopi di ricerca scientifica-00
- GEN-DG-PR Trattamento dati genetici-00
- Ufficio R.P.D. - Regolamento attività .

L'aggiornamento di format e policy Aziendali avviene costantemente, anche separatamente rispetto alla revisione del D.P.S. Aziendale ed è oggetto di adeguata pubblicità sul sito intranet Aziendale(sezione "Normativa – Privacy") e, ove previsto, sul sito internet.

Il costante aggiornamento della gestione del rischio

Nel D.P.S. è stato previsto il costante aggiornamento della gestione del rischio, inteso come processo dinamico i cui risultati sono frutto della maturazione e dell'esperienza che si consolida col tempo:

- a. Mappatura: per ogni trattamento individuare l'origine del processo (input), il risultato atteso (output), la sequenza delle attività che consente di raggiungere il risultato, i tempi, i vincoli, le risorse, le interrelazioni tra i trattamenti;

- b. Valutazione e trattamento del rischio: I rischi devono essere reali e specifici e calati nel contesto di riferimento. Le misure dovranno essere adeguatamente progettate, sostenibili, verificabili, con la previsione di indicatori di monitoraggio e di valori attesi.
- c. Monitoraggio: mira a verificare l'effettiva attuazione delle misure, la tipologia di misure adottate - specificando se si tratta di una nuova misura o di una misura già esistente - le criticità riscontrate, il grado di incidenza delle misure sulla neutralizzazione dei rischi, allo scopo di comprendere il livello qualitativo di analisi condotto dai vari uffici nell'ambito della gestione del rischio e di identificare le strutture e i processi su cui dovrà essere rivolta una più accurata attività di analisi in futuro.

Inoltre l'introduzione di un sistema di *"internal auditing"*, a supporto del *"Sistema privacy"*, è stato sviluppato nelle singole strutture Aziendali, facendone oggetto anche di specifici obiettivi di budget, al fine di garantire uno strumento per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione del rischio privacy.

Il monitoraggio relativo al rispetto della normativa e del DPS passa in A.S.L. 3 anche attraverso il processo di implementazione dell' *audit di sistema*, già implementato da anni in ATS LIGURIA - ASL3 basandosi su linee guida specifiche (è stato stabilito di utilizzare le *"Linee Guida per audit di sistemi di gestione (UNI EN ISO 19011)"* come riferimento procedurale per lo svolgimento degli audit.

Lo stesso esito in verbalizzazione, datata e firmata, che indica le conformità rispetto ai criteri degli audit ed eventuali rilievi sulle non conformità e, trattandosi comunque di audit non di terza parte, prevede la formulazione di eventuali raccomandazioni relative a proposte di miglioramento, futuri audit interni, richiesta di un piano di azioni correttive, che sono punto per il riavvio del ciclo del miglioramento organizzativo.

Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione

a) Ruolo della Direzione Generale

Il Direttore Generale individua il Data Protection Officer (Responsabile Protezione Dati-R.P.D.). Inoltre definisce, di concerto con quest'ultimo e con il supporto della S.C. Affari Generali e del Responsabile della Transizione Digitale, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del D.P.S..

b) Data Protection Officer (Responsabile Protezione Dati-R.P.D.).

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 *«relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)»* (di seguito *RGPD*), in vigore dal 24 maggio 2016, e applicabile a partire dal 25 maggio 2018, ha introdotto la figura del Responsabile Protezione dei dati personali (R.P.D.) (artt. 37-39).

Il predetto Regolamento prevede l'obbligo per il titolare di designare il R.P.D. *«quando il trattamento è effettuato da un'autorità pubblica o da un organismo pubblico, eccettuate le*

autorità giurisdizionali quando esercitano le loro funzioni giurisdizionali» (art. 37, paragrafo 1, lett a).

Le predette disposizioni prevedono che il R.P.D. *«può essere un dipendente del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento oppure assolvere i suoi compiti in base a un contratto di servizi»* (art. 37, paragrafo 6) e deve essere individuato *«in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati, e della capacità di assolvere i compiti di cui all'articolo 39»* (art. 37, paragrafo 5) e *«il livello necessario di conoscenza specialistica dovrebbe essere determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta per i dati personali trattati dal titolare del trattamento o dal responsabile del trattamento»* (considerando n. 97 del RGPD).

A.S.L. 3 è tenuta alla designazione obbligatoria del R.P.D. nei termini previsti, rientrando nella fattispecie prevista dall'art. 37, par. 1, lett a) del RGPD.

Il R.P.D., nel rispetto di quanto previsto dall'art. 39, par. 1, del RGPD è incaricato di svolgere, in piena autonomia e indipendenza, i seguenti compiti e funzioni:

- a) informare e fornire consulenza al Titolare del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal RGPD, nonché da altre disposizioni nazionali o dell'Unione relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del RGPD, di altre disposizioni nazionali o dell'Unione relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- c) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del RGPD;
- d) cooperare con il Garante per la protezione dei dati personali;
- e) fungere da punto di contatto con il Garante per la protezione dei dati personali per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione;
- f) tenere copia del registro delle attività di trattamento del Titolare, la cui redazione, aggiornamento, conservazione e pubblicità, come previsto nel D.P.S. ATS LIGURIA - ASL3, rimane sotto la responsabilità delle strutture Aziendali competenti, per gli ambiti di rispettiva competenza.

I dati di contatto del R.P.D. sono pubblicati sul sito intranet ATS LIGURIA - ASL3 in specifica sottosezione della sezione "Normativa Privacy" e sul sito internet Aziendale in specifica sottosezione "Politiche della Privacy" della sezione "Siti Tematici ed in "Amministrazione Trasparente".

L'ufficio del RPD è regolato da specifica policy ATS LIGURIA - ASL3.

c) Referenti

Per l'applicazione delle politiche di prevenzione è imprescindibile una stretta collaborazione da parte di tutta l'organizzazione.

Per questa ragione sono stati designati in ATS LIGURIA - ASL3 dei Referenti per la Prevenzione del rischio privacy (Responsabile Protezione Dati -R.P.D., Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza -R.P.C.T, medico competente -pur essendo

lo stesso titolare autonomo-, direttori di dipartimento di area territoriale, di area amministrativo-tecnico-professionale, direzioni strategiche amministrativa sanitaria e sociosanitaria, S.C. Direzione Medica del P.O.U. e responsabile ex art.37.4 LR ligure 41/2006 e s.m.i., Direttori di Distretto, Strutture Di Staff Della Direzione Generale, nell'ambito delle loro rispettive competenze e funzioni), essi stessi autorizzati al trattamento dati dal Titolare, anche con delega alla sottoscrizione in capo alle direzioni strategiche amministrativa sanitaria e sociosanitaria per area di rispettiva afferenza, anche a sostegno dell'attività del R.P.D..

Il ruolo dei Referenti si caratterizza nel fatto di porsi come “intermediari” tra il R.P.D. ed i Dirigenti o altri Dipendenti. I Referenti informano il R.P.D. sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione, “monitorando” l'attività svolta dai Dirigenti-Dipendenti assegnati alle aree di riferimento.

d) Dirigenti di Struttura Complessa o S.S.D. o strutture assimilate ai fini privacy

I dirigenti direttori di S.C. o di S.S.D. o strutture assimilate ai fini privacy sono autorizzati dal Titolare al trattamento dati personali e categorie particolari di dati personali afferenti la struttura dagli stessi diretta, con designazione all'espletamento degli specifici compiti infra precisati per la gestione del sistema privacy nella struttura dagli stessi diretta (con eventuale delega alla sottoscrizione delle autorizzazioni degli stessi per conto del Titolare in capo al relativo direttore –dirigente referente di afferenza) e sub delegati per conto dello stesso Titolare dal direttore –dirigente referente di afferenza alla sottoscrizione per conto del titolare delle autorizzazioni al trattamento dati personali e categorie particolari di dati personali per i Dipendenti afferenti alle strutture dagli stessi dirette, per i dati di competenza trattati

Il compito fondamentale assegnato ai Dirigenti delle varie strutture è quindi quello di curare il processo della gestione del rischio ed il suo aggiornamento, concorrendo all'individuazione dei rischi, alla loro valutazione ed all'individuazione delle misure di prevenzione, alla gestione di eventuali violazioni. L'individuazione dei rischi e delle misure deve avvenire attraverso un'attività di analisi meditata e partecipativa. Di conseguenza ai Dirigenti è richiesto di avvalersi del proprio personale e di costituire apposito/i gruppo/i di lavoro sovrintendendone le attività ed i lavori.

e) Facilitatori tra il R.P.D. ed i Referenti e Dirigenti delle strutture Aziendali

Per rendere più snello ed efficace il coordinamento tra il R.P.D. ed i Referenti e tra questi e i Dirigenti responsabili di struttura, sono individuate figure di collegamento denominati *Facilitatori* scelti tra quei dipendenti forniti di esperienza al fine di trattare gli aspetti operativi connessi alla prevenzione, alla gestione del rischio privacy e per le attività di supporto nelle attività di monitoraggio e di informare i Referenti/Dirigenti su problemi, criticità riscontrate. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure ed i tempi degli adempimenti, snellendo i compiti dei Dirigenti (i quali, pur rimanendo responsabili delle attività e specifici compiti previsti dal D.P.S. in materia di gestione privacy nelle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi) e dei Referenti; dall'altro, a rendere più omogenee, tra le strutture, le attività di prevenzione del rischio privacy.

Queste figure si dividono in:

- 1) I facilitatori dei Referenti: nominati da questi ultimi, in sintesi si occupano di raccogliere e/o rendere omogenei i dati relativi alla gestione del rischio, ai monitoraggi e agli altri adempimenti di tutte le strutture dell'area di riferimento ed, una volta acquisito l'assenso del proprio Referente di trasmetterli al R.P.D.. In particolare i Facilitatori dei Referenti hanno il compito di aiutare il Referente **nella programmazione dei monitoraggi**

interni e/o nella trasmissione al R.P.D. delle relative relazioni a riscontro della suddetta attività di controllo;

- 2) I facilitatori dei Dirigenti delle strutture Aziendali, che si occupano di raccogliere i dati relativi ai trattamenti delle singole strutture, inviandoli al facilitatore del Referente di area. In particolare i Facilitatori delle varie strutture sono chiamati a tenere i contatti con i gruppi di lavoro, a raccogliere i dati della gestione del rischio, dei monitoraggi e dei vari adempimenti richiesti alle singole strutture ed, una volta acquisito l'assenso del proprio Dirigente, a trasmetterli al facilitatore del Referente di area, **al R.P.D. e per conoscenza alla S.C. Affari Generali.**

f) Tutti i Dipendenti

I Dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel D.P.S..

La gestione del rischio: un nuovo approccio

L'evoluzione normativa in materia di trattamento dei dati personali, con la piena operatività del Regolamento Europeo (General Data Protection Regulation n.679/2016) dal 25 maggio 2018, ha mutato completamente la filosofia di gestione della privacy nell'ambito ATS LIGURIA - ASL3.

Da un sistema di adempimenti ad obbligazioni di legge e linee guida del Garante della privacy si deve passare ad impostare un vero e proprio sistema di gestione del rischio privacy, con autovalutazione dello stesso ed individuazione delle misure di sicurezza personalizzate Aziendali più idonee e di un cronoprogramma di loro implementazione nell'ambito dell'ATS LIGURIA - ASL3.

Partendo dalla considerazione che l'annullamento del rischio di violazione privacy, soprattutto in aziende complesse e che trattano categorie di dati particolari quotidianamente come le aziende sanitarie, è impossibile, quello che si mira a definire è un "modello di gestione" di detto rischio.

"The safety management principle is to facilitate everyday work, to anticipate developments and events, and to maintain the adaptive capacity to respond effectively to the inevitable surprises" (Finkel 2011).

Poiché il nostro Sistema sanitario continua a sviluppare ed introdurre maggiore complessità, si rende necessario "adattare" gli approcci alla sicurezza tradizionali ad una realtà in costante cambiamento, focalizzandosi non tanto sull'obiettivo di mantenere il numero di incidenti più basso possibile, misurare il numero di casi in cui è fallito il sistema di gestione della sicurezza ed assumere nell'analisi un approccio reattivo, ma mirando a mantenere il numero dei risultati positivi previsti il più alto possibile, misurare i casi in cui le cose vanno bene ed assumere un approccio proattivo (valutando le azioni che hanno consentito che le cose vadano bene).

Infatti "things that go right and things that go wrong happen in the same way", la base della sicurezza è capire che cosa varia in ogni performance che porta ad un *outcome* positivo per valutare la replicabilità delle azioni – misure ivi adottate nelle performance con *outcome* negativo.

La sicurezza non diventa, quindi, esito dell'applicazione di norme miranti a far corrispondere le prestazioni reali alle idealizzate rappresentazioni delle procedure, ma esito emergente delle diffuse capacità di valutare e prevenire i rischi e di gestire il rischio residuo, non essendovi un rischio azzerabile.

In quest'ottica i Dirigenti Aziendali, sulla base dell'esperienza quotidiana di trattamento, hanno analizzato le singole tipologie di trattamento, le misure di sicurezza già operanti ed il loro impatto - nello storico - sulla sicurezza del trattamento stesso, valutando la percentuale di rischio residuo e proponendo eventuali possibili modalità di sua ulteriore gestione .

Il D.P.S. diventa così non un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva

applicazione e quanto ad efficacia preventiva ed in base ad un principio di precauzione in relazione al rischio specifico.

L'obiettivo è quello di mantenere un processo agile e concreto, la cui essenza non sia costituita dalla mera compilazione di modelli di calcolo, ma da un'analisi interna dei rischi e dei rimedi possibili, mediante la partecipazione allargata dei Dipendenti.

A questo fine si è cercato di sollecitare le strutture Aziendali a privilegiare la partecipazione interna per far venire fuori le conoscenze acquisite dal proprio personale nel corso degli anni, facendo emergere in modo più efficace i rischi privacy, tralasciando la meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.

Pertanto il tentativo è di garantire il mantenimento di un alto livello di qualità del processo di analisi e di individuazione di appropriate misure di prevenzione attraverso:

- 1) un miglioramento nelle comunicazioni tra il R.P.D., i Referenti ed i Dirigenti responsabili delle strutture Aziendali, rendendo concreto il ruolo dei Referenti di area quali anelli di congiunzione tra il R.P.D. e le strutture Aziendali: i Dirigenti hanno il compito di porre in essere il processo di valutazione, gestione e monitoraggio del rischio all'interno delle proprie strutture, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, verificando ed assemblando eventualmente i dati da trasmettere al R.P.D.. I Referenti ed i Dirigenti si avvalgono dei "Facilitatori", i cui compiti sono stati illustrati;
- 2) l'utilizzo di un approccio "bottom – up" basato, quindi, sulla partecipazione e sull'ascolto delle esperienze dei dipendenti che concretamente operano nelle varie aree. Tutti i Referenti sono stati invitati a incentivare, all'interno delle strutture delle proprie aree, l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro, composti da personale non solo amministrativo, ma anche professionale, tecnico e sanitario, per valutare insieme quali siano i trattamenti più soggetti a rischio, individuando rischi e misure non astratte ma fattibili, concrete e programmate. Si vuole evitare che il processo del rischio si riduca ad una mera compilazione di tabelle svolta dal Dirigente o da un amministrativo ma venga inteso come una autoanalisi dei propri trattamenti che coinvolga più persone possibili;
- 3) l'impiego di format comuni per la valutazione e gestione del rischio, il suo aggiornamento e monitoraggio, che racchiude tutte le fasi di cui si compone la suddetta analisi. Attraverso questi strumenti si è cercato di ottenere una riduzione dei tempi di trasmissione dei dati velocizzando e semplificando il lavoro alle strutture coinvolte e definendo contestualmente i parametri minimi di un futuro applicativo per la gestione del rischio privacy, nel quale poter riversare facilmente i dati raccolti in questa fase di avvio del "sistema privacy" ATS LIGURIA - ASL3;
- 4) i dati relativi al monitoraggio del trattamento del rischio sono stati impostati per renderli articolati ed analitici, in modo da mettere in evidenza l'importanza di una verifica all'interno di ogni struttura sull'applicazione delle misure dichiarate, individuando l'effettiva incidenza di tali misure per ridurre le cause di rischio;
- 5) un concreto supporto alle singole strutture ed ai gruppi di lavoro da parte del R.P.D. , della S.C. Affari Generali e Referenti per l'area ospedaliera e territoriale e del sistema informativo, per l'espletamento e la compilazione dei format relativi alla gestione del rischio, mediante la trasmissione di apposite slide informative, incontri formativi dedicati ed audit con i gruppi di lavoro per collaborare allo svolgimento e revisione delle mappature dei trattamenti ed analisi e valutazione dei rischi;
- 6) la messa a fattor comune di format e risultati dell'attività di gestione attraverso l'uso di aree dedicate del sito intranet ATS LIGURIA - ASL3.

Formazione in tema di privacy

Il processo di gestione del rischio privacy e del sistema privacy in ATS LIGURIA - ASL3 è stato sempre accompagnato da interventi formativi.

L'attività formativa si è divisa in lezioni in aula, in incontri formativi ed *audit* e in corsi da frequentare a distanza, come illustrato nel D.P.S. a cui si rinvia.

A fianco all'attività formativa a distanza (corsi FAD), ci sono incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture, con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro e di incontri formativi sul Codice di Comportamento Aziendale curati dai singoli Dirigenti di struttura-area.

Corsi FAD

- Corso privacy generale

L'attività di formazione è rivolta a tutti i Dipendenti (di ruolo e neo assunti). Ma, in particolare è rivolta ai dipendenti che ricoprono un ruolo attivo nella identificazione dei rischi e nella definizione e implementazione delle misure di prevenzione (Referenti, Dirigenti responsabili di struttura-area, Facilitatori).

Il corso FAD è stato elaborato tenendo presenti le numerose novità normative intervenute a cominciare dal Regolamento UE 679/2016. Inoltre, si è tenuto conto della modifiche organizzative che hanno riguardato le responsabilità ed i poteri dei soggetti interni e le loro relazioni con il R.P.D. e l'analisi dei rischi dei trattamenti nell'ambito sanitario, nonché in generale il nuovo "Sistema privacy" avviato.

Il corso ha l'obiettivo di informare i dipendenti sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della privacy all'interno dell'ATS LIGURIA - ASL3.

Il corso FAD è stato aggiornato a seguito dell'entrata in vigore delle norme di armonizzazione al Regolamento Europeo e dei chiarimenti del Garante Italiano e messo a disposizione del S.S.R. ligure.

- Corso sul Fascicolo Sanitario elettronico e sul Dossier Sanitario

Il corso è stato reso obbligatorio per quei dipendenti che utilizzano detti strumenti, scelti dai singoli Dirigenti.

Dipendenti coinvolti

I corsi sono obbligatori per tutti i Dipendenti, identificati dai propri Dirigenti e per Referenti e facilitatori. La priorità di aggiornamento formativo è stato in capo ai Direttori-Dirigenti responsabili di struttura-area ed ai relativi Facilitatori.

Il monitoraggio della frequenza è effettuato con cadenza annuale dalla S.C. Aggiornamento e Formazione, sulla base delle indicazioni dei Dirigenti delle strutture-aree Aziendali.

Detta attività formativa è inserita quale obiettivo di budget alle singole strutture Aziendali e si è monitorato nel tempo il numero dei destinatari e il numero dei dipendenti che lo hanno effettivamente concluso in ciascuna annualità.

- a) Incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro

Si sono tenuti incontri con il coordinamento della S.C. Affari Generali e del R.P.D., con tutti i Referenti privacy.

b) Formazione interna alle strutture/aree - Incontri di divulgazione del progetto Aziendale e delle norme in materia di privacy, attività di *internal auditing*

E' stato suggerito ai Dirigenti responsabili di struttura-area di tenere incontri almeno annuali di divulgazione ed approfondimento ed audit interni sul sistema privacy e sulla normativa relativa.

Nello specifico i Dirigenti hanno il compito di accertarsi almeno annualmente della conoscenza dei propri dipendenti attraverso incontri formativi/illustrativi e di predisporre un verbale sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al Referente di area ed al R.P.D. e per conoscenza alla S.C. Affari Generali. Detta attività è stata oggetto di specifici obiettivi di budget e prevede la partecipazione obbligatoria di Dirigenti responsabili della struttura e facilitatori della struttura e di dipendenti dagli stessi individuati ed è finalizzata a documentare il grado di autoanalisi portato avanti nelle singole strutture-aree dai dirigenti responsabili, nel rispetto del principio di accountability che permea il nuovo Sistema Privacy ATS LIGURIA - ASL3.

Codici di Comportamento

I Codici di condotta sono probabilmente gli strumenti più noti «dell'integrity management», volti a tracciare il contesto entro cui i dipendenti sono tenuti a svolgere i loro doveri, arrivando a definire in modo chiaro i comportamenti inaccettabili.

Offrono ai dipendenti alcune regole di comportamento che vanno al di là del rispetto della legge, collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati.

La legge nel riscrivere l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., chiarisce la natura dei codici quale fonte che individua doveri di comportamento giuridicamente rilevanti, quindi sanzionabili in termini di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile. Inoltre le violazioni gravi e reiterate del codice comportano l'applicazione del licenziamento. Le norme in essi contenute «regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa».

A.S.L. 3 ha proceduto ad aggiornare il proprio Codice di Comportamento, mediante procedura aperta; nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei vari portatori d'interesse (stakeholder), come richiesto dall'art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e dalla Autorità Nazionale Anticorruzione.

I cittadini e le varie associazioni che li rappresentano, i sindacati, o altre forme di organizzazioni rappresentative di interessi e/o che fruiscono delle attività e dei servizi prestati da questo ente sono stati invitati a presentare eventuali integrazioni, proposte e/o osservazioni, ai fini dell'aggiornamento del proprio Codice.

Nello stesso tra gli obblighi dei dipendenti vi è ovviamente il rispetto della normativa in materia di privacy e segreto professionale.

Tra gli obiettivi assegnati alle strutture Aziendali nell'ambito del ciclo della performance è stato inserito anche quello di divulgare tra i dipendenti i contenuti del codice di comportamento Aziendale nei suoi aggiornamenti.

Performance e sistema privacy

Il collegamento fondamentale tra sistema privacy e il ciclo della Performance si realizza pienamente in A.S.L. prevedendo l'inserimento nel piano della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione del rischio privacy.

L'ATS LIGURIA - ASL3 ha individuato tra gli obiettivi strategici proprio la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il D.P.S. prevedendo specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione del rischio privacy anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti nel D.P.S..

Gli stessi Dirigenti, a capo delle strutture coinvolte negli obiettivi, così come definiti nel processo di budget, sono stati chiamati, a loro volta, ad individuare eventuali obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione prevista, da assegnare ai propri collaboratori, coinvolti nelle attività della

prevenzione del rischio privacy o con incarichi specifici (“Facilitatori”). Nelle schede di budget sono peraltro già previsti obiettivi specifici per il personale del comparto.

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche delle varie Strutture. E’ possibile classificarli per “macro-obiettivi” in modo da delineare le caratteristiche comuni e da evidenziare anche la connessione tra questi e gli obiettivi strategici stabiliti dal Direttore Generale.

Le risultanze di un check, di norma con cadenza annuale, per la valutazione dell’implementazione degli obiettivi assegnati alle strutture in materia di privacy vengono acquisite dal R.P.D. per la valutazione di eventuali azioni correttive.

Analoghi check vengono effettuati dai Dirigenti responsabili delle singole strutture-aree, anche a supporto dei relativi Referenti di area di afferenza, con cadenza almeno semestrale.

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget viene indicato all’interno della Relazione della Performance; quindi a consuntivo l’Amministrazione verifica i risultati organizzativi raggiunti rispetto all’obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il sistema di prevenzione e protezione Aziendale e l’obbligo di sicurezza

L’ATS LIGURIA - ASL3 applica le misure previste dal D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (T.U. in materia di salute e sicurezza sul lavoro) al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza per gli operatori negli ambienti di lavoro e nell’uso delle attrezzature e degli impianti.

Gli obblighi di protezione previsti dalla normativa vigente sono ripartiti tra:

- Datore di lavoro;
- Soggetto delegato dal datore di lavoro ai sensi dell’art. 16 D.lgs. n. 81/2008;
- Dirigenti;
- Preposti;
- Lavoratori.

Alla realizzazione ed evoluzione del sistema di sicurezza Aziendale partecipano in stretta collaborazione tra loro:

- Il Datore di lavoro e soggetti delegati;
- Il servizio prevenzione e protezione ATS LIGURIA - ASL3;
- I medici competenti;
- I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- Le figure professionali individuate all’interno o all’esterno dell’ATS LIGURIA - ASL3, in possesso delle competenze specifiche richieste dal D.lgs. n. 81/2008 e dalle altre disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro.

Pianificazione strategica, programmazione e budgeting, attività di controllo interno

L’ATS LIGURIA - ASL3 adotta il sistema di Pianificazione, Programmazione e Controllo al fine di:

- favorire il governo delle complesse interdipendenze che costituiscono l'essenza stessa dei processi Aziendali,
- di aumentare il grado di sensibilizzazione e di responsabilizzazione delle diverse figure professionali in relazione alle finalità e alle priorità Aziendali,
- di “riorientare” l'azione complessiva dell'ATS LIGURIA - ASL3 in relazione alle modificazioni ambientali e alle linee di sviluppo futuro, con particolare riguardo ai processi di integrazione sociosanitaria, alla luce delle indicazioni della Deliberazione di Consiglio regionale n.18 del 6-08-2013, “Piano sociale integrato regionale 2013-2015, ai sensi degli articoli 25 e 62 della legge regionale 24 maggio 2006 n.12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari).

La Pianificazione Strategica è il processo attraverso il quale l'ATS LIGURIA - ASL3 definisce le finalità dell'organizzazione e le principali linee strategiche nel medio/lungo periodo, partendo dalle indicazioni che provengono dal livello sovraordinato, quindi dalla traccia di riferimento istituzionale dello Stato e della Regione, e dall'ambiente esterno ossia i portatori di interesse.

Il processo di definizione della “meta” a cui tendere, pertanto, si sviluppa analizzando la domanda di bisogno e le aree di intervento, attraverso la selezione degli obiettivi istituzionali individuando le priorità e valutando, in rapporto alle disponibilità economiche, le risorse e i tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Processo di Programmazione si occupa dell'implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità assunte in sede di pianificazione strategica attraverso la definizione del percorso da seguire per raggiungere gli obiettivi partendo dalla gestione corrente e dalla conoscenza del proprio ambiente anche in ordine ai cosiddetti “punti di forza e di debolezza” dell'ATS LIGURIA - ASL3.

E' quindi un processo continuo e regolare nel quale si stabiliscono le azioni, le modalità e i mezzi economici ed organizzativi da porre in essere per raggiungere la “meta” definita dalla pianificazione strategica.

Lo strumento operativo della S.C. Programmazione e Controllo è il budget, in quanto raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno, suddivise per centri di responsabilità; la logica del budget è quella di tradurre i macro obiettivi Aziendali in obiettivi specifici delle strutture organizzative Aziendali, collegando le risorse ai risultati da conseguire per centro di responsabilità con ampia autonomia organizzativa, sviluppando così la responsabilizzazione economica all'interno dei tipici processi sanitari.

In considerazione della complessità ATS LIGURIA - ASL3, si è scelto di introdurre elementi migliorativi finalizzati a concretizzare l'utilizzo del budget quale vero strumento operativo della S.C. Programmazione e Controllo, da intendersi come “il processo attraverso il quale ci si assicura che all'interno di un'ATS LIGURIA - ASL3 siano perseguite l'efficacia e l'efficienza in modo continuo per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione”.

La rilevanza di questo processo deriva dal fatto che pone l'attenzione sui risultati conseguiti e sulle risorse impiegate nei processi Aziendali e permette di correlare le responsabilità organizzative ai risultati economici.

L'ATS LIGURIA - ASL3 ha optato per un processo di budgeting di tipo "bottom up", in cui però la formulazione delle proposte dei centri di responsabilità viene indirizzata dalle linee guida della Direzione Generale.

Particolare attenzione verrà posta nella definizione del Budget distrettuale sociosanitario.

Il processo di reporting è finalizzato a veicolare agli interessati in modo univoco, affidabile e tempestivo gli elementi conoscitivi necessari per conoscere le dinamiche passate e l'andamento della gestione, identificare gli scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati e intervenire sul processo di programmazione.

L'ATS LIGURIA - ASL3, nell'ambito della propria autonomia, si è dotata inoltre di strumenti adeguati di controllo interno volti a:

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione Aziendale al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (Programmazione e Controllo);
- c) valutare le prestazioni del personale del Comparto e con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione

Organizzazione del Lavoro Agile

(ex Art 263 c.4. D.L. 34/2020, convertito con modificazioni dalla L. 77/2020)

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - *Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile*

L'ex Azienda sanitaria locale 3, dal 2018 aveva sottoscritto, insieme ad una serie di soggetti pubblici e privati insistenti sull'area metropolitana genovese, il Protocollo d'intesa per l'attivazione del lavoro agile e per lo sviluppo delle tematiche di benessere organizzativo nel territorio del Comune di Genova.

Tale Azienda aveva concretamente iniziato ad applicare la misura del lavoro agile in occasione della pandemia da Covid 19, che pertanto ha coinciso con la fase pilota di sperimentazione dello stesso. Successivamente, come previsto dalla normativa di riferimento, dal 2021 si è dotata di un Regolamento, in seguito confluito nel Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), previsto dall'art. 263 della del D.L. n. 34 del 19.5.2020, che disciplina la fruizione della modalità lavorativa "lavoro agile" quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa volta a promuovere:

- dal punto di vista del Lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista aziendale, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggior flessibilità organizzativa.

Occorre sottolineare che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda sanitaria ha caratteristiche significativamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso di specie, per le dimensioni e la complessità organizzativa che, naturalmente, condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, svolge attività adeguate a poter essere operativamente compiute in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato. La scelta, tuttavia, è stata quella di delegare ai dirigenti di struttura, pur nel rispetto delle condizionalità previste dal D.M. 8.10.2021, la facoltà di autorizzare il personale afferente in base alla tipologia di attività, comprendendo, se ritenuto opportuno, non soltanto personale appartenente al comparto ma anche alla dirigenza, sia con rapporto a tempo indeterminato sia determinato, sia a tempo pieno sia parziale, ivi incluso il personale in regime di comando, distacco, o assegnazione provvisoria, previo assenso da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

Il POLA, a supporto della dirigenza chiamata ad autorizzare l'utilizzo dello strumento, descrive i requisiti di carattere personale da valutare per autorizzare tale modalità lavorativa nonché i criteri in base ai quali, in presenza di un numero di domande superiori a quante autorizzabili, i responsabili di Struttura possono redigere una graduatoria e/o prevedere una rotazione.

Il dipendente di Asl3 interessato a svolgere l'attività in lavoro agile, come previsto dalla vigente normativa, è tenuto a sottoscrivere apposito "Accordo" con il proprio Responsabile, eventualmente rinnovabile. Si rimanda per il documento completo all'allegato 4 del presente Piano.

Si rimanda per il documento completo all'allegato 4 del presente Piano.

***SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale
Umano***

***Sottosezione di
programmazione***

***Piano Triennale delle Azioni
Positive***

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - *Sottosezione di programmazione – Piano Triennale delle Azioni Positive*

AZIONI POSITIVE

Occorre innanzitutto premettere che, alla data di redazione del presente documento, il Servizio Sanitario della Regione Liguria è oggetto di un'ipotesi di riforma sostanziale da parte dell'Ente regionale, competente in materia di tutela della salute. Pertanto, si segnala sin d'ora che all'interno del presente PAP potrebbero essere presenti riferimenti ad assetti organizzativi o situazioni operative suscettibili di modifiche, anche rilevanti, intervenute successivamente.

Nell'ambito della programmazione Aziendale e della promozione del Valore Pubblico, un ruolo centrale è attribuito alla valorizzazione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive. Tale Piano, introdotto dall'articolo 48 del D.Lgs. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), rappresenta uno strumento programmatico finalizzato alla pianificazione e all'attuazione di iniziative volte a promuovere l'inclusione, prevenire ogni forma di discriminazione e tutelare il benessere delle lavoratrici e dei lavoratori. Esso individua obiettivi strategici, azioni concrete e tempistiche definite per favorire una cultura organizzativa improntata all'equità e alla sostenibilità.

A decorrere dal 2021, il Piano delle Azioni Positive è integrato, al pari di altri strumenti di programmazione dell'Amministrazione, nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80/2021, rafforzandone la valenza strategica all'interno del ciclo di pianificazione ATS LIGURIA - ASL3.

Il contesto socio-economico, normativo e organizzativo del 2026 presenta nuove sfide per la gestione delle risorse umane in sanità e per la promozione del benessere lavorativo. Tra gli elementi principali, a titolo indicativo:

- Evoluzione della popolazione assistita: aumento della popolazione anziana ultraottantenne, crescita delle cronicità complesse e delle condizioni di fragilità sociale, incremento della domanda di servizi sanitari domiciliari e digitali;
- Trasformazioni organizzative e tecnologiche: implementazione di nuove piattaforme digitali per la gestione clinica e amministrativa, percorsi di telemedicina diffusi, nuove reti territoriali integrate che richiedono aggiornamento continuo delle competenze e adattamento alle nuove modalità operative;
- Transizione generazionale nel personale sanitario: avvicendamento e rotazione del personale, con la crescente necessità di integrare le competenze digitali e innovative delle nuove generazioni con la consolidata esperienza dei senior;
- Attrattività delle professioni sanitarie: nuove strategie di reclutamento e valorizzazione del personale, volte a ridurre la carenza di medici, infermieri e figure sanitarie specializzate e a incentivare l'ingresso nei percorsi universitari e formativi;
- Benessere organizzativo e sicurezza: incremento dei programmi di supporto psicologico, iniziative di conciliazione vita-lavoro e campagne per la prevenzione di episodi di violenza e molestie nei luoghi di lavoro.

In questo quadro, ATS LIGURIA - ASL3 conferma l'impegno consolidato nell'attuazione di iniziative finalizzate al sostegno dei lavoratori e alla promozione di un ambiente di lavoro inclusivo, equo e orientato al benessere.

Le Azioni positive che si propongono per l'anno 2026 sono meglio evidenziate all'interno del PAP Allegato 5

SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione

***Piano Triennale dei fabbisogni del
Personale***

Analisi di Contesto – Personale

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

Si tratta di uno strumento strategico e programmatico atto a individuare le esigenze di personale in relazione agli obiettivi di performance e alle funzioni istituzionali Aziendali, al fine di garantire efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

All'interno del piano sono indicate le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, nei limiti della spesa per il personale e delle facoltà assunzionali previste dalla vigente normativa.

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021, *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”* convertito con modificazioni dalla legge 113/2021, è prevista la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni e la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione.

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

Al fine di dare applicazione a quanto sopra esposto, è necessario premettere che, con riferimento all'anno 2025, la Regione Liguria non ha indicato alcun limite di spesa per il personale, pertanto è stato preso in considerazione la somma quantificata nel 2024 con delibera Giunta Regionale n. 675 del 04.07.2024 pari a € 265.000.000,00.

L'anno 2025 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 4.593 dipendenti.

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza ha rispettato i limiti di spesa di cui alla sopracitata D.G.R.

Per il 2026, non è ancora stato definito un tetto di spesa da Regione Liguria, pertanto, è stata provvisoriamente confermata la sostanziale invarianza del budget assegnato ad ASL 3, così come individuato per l'anno 2024, che quindi verrà preso a riferimento anche per la pianificazione del 2026.

Il quadro previsionale è stato formulato tenendo conto della recente riforma Sanitaria Regionale di cui alla L.R. n. 18/2025, con la quale è stato disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo la creazione di due nuove realtà: Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) e Azienda Ospedaliera Metropolitana (IRCCS AOM).

Per effetto di tale riforma, il personale di Asl3 è stato trasferito a decorrere dall' 1/01/2026 all'ATS Liguria, fatta eccezione per il personale assegnato dell'Ospedale Villa Scassi il quale è stato trasferito all'AOM.

Nella suddetta normativa è stato previsto da specifico comma dedicato al PTFP che, in sede di prima applicazione, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'ATS Liguria debba risultare dalla somma dei PTFP delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute, mentre il PTFP dell'IRCCS AOM debba comprendere il fabbisogno dell'ATS LIGURIA - ASL3 riconducibile all'ospedale Villa Scassi.

Pertanto, anche ai fini di una maggior chiarezza espositiva, si è ritenuto di dover suddividere il presente Piano in due apposite sezioni.

In riferimento alle fasi applicative, il piano triennale è stato elaborato in base delle richieste pervenute dalla Direzione Strategica di Asl3, a loro volta formulate sulla base delle segnalazioni provenienti dai Direttori delle diverse Strutture Aziendali, nonché in base a quanto non è stato possibile traguardare nel corso del 2025, per esigenze di contenimento dei costi ed in conformità a quanto indicato dalla Regione Liguria sul punto, sia in riferimento al fabbisogno di ATSL, sia a quello dell'Ospedale Villa Scassi (AOM).

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

Il criterio posto alla base della predisposizione del documento è quello di una prima analisi del fabbisogno di risorse annualmente disponibili, tenuto conto dei pensionamenti e, più in generale, delle cessazioni previsti o prevedibili, nonché quello di quantificare, tenendo conto dei vincoli finanziari, le risorse necessarie alle assunzioni al fine di far fronte ai fabbisogni. Tale ultimo dato deriva dall'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche Aziendali, ovviamente rivolte in maniera preponderante verso le attività sanitarie legate ai fabbisogni della popolazione.

Tale piano, inoltre, sarà suscettibile di modificazioni e integrazioni, anche a breve termine, sulla base di eventuali nuove indicazioni regionali legate all'evoluzione del quadro normativo ed economico nazionale.

La riforma sanitaria regionale ha avuto altresì un importante impatto, in merito al reclutamento e allocazione delle risorse umane, atteso che le disposizioni di cui all'art. 33 commi 14 e 18 della Legge n. 18 del 12/12/2025, disciplinano tali aspetti.

Segnatamente al comma 14 è previsto che, *“Le graduatorie di concorso per il reclutamento di personale del comparto e della dirigenza, in corso di validità alla data di entrata in vigore della presente legge, mantengono la loro efficacia fino alla naturale scadenza e possono essere utilizzate dall'ATS Liguria se derivanti da concorsi banditi dalle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e Liguria Salute e dall'IRCCS AOM se banditi dall'IRCCS ospedale Policlinico San Martino. Le graduatorie dell'ATS LIGURIA - ASL3 finalizzate al reclutamento di personale da assegnare all'ospedale Villa Scassi possono essere utilizzate dall'IRCCS AOM”*; con riferimento al comma 18 viene previsto come *“L'ATS Liguria subentra nella titolarità delle procedure concorsuali, finalizzate al reclutamento di personale del comparto e della dirigenza già indette, alla data di entrata in vigore della presente legge, dalle aziende incorporate, ad eccezione delle procedure finalizzate al reclutamento di personale da destinare all'ospedale Villa Scassi nella cui titolarità subentra l'IRCCS AOM”*.

A fronte di tale riforma, che ha comportato inevitabili ripercussioni sulle modalità di reclutamento, assegnazione e distribuzione del personale, quest'ultimo è stato debitamente assegnato tra ATSL e AOM in base all'analisi dei rispettivi fabbisogni.

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni **2027-2028**, questo verrà predisposto direttamente da ATSL, salvo quel che concerne il fabbisogno di Villa Scassi che verrà considerato da AOM, tenendo conto che l'ATS LIGURIA - ASL3, terminato questo primo periodo transitorio, sarà a pieno regime e potrà pertanto effettuare le valutazioni sulla base del nuovo assetto organizzativo, fermo restando l'analisi dei dati storici riferibili alle cessazioni e alle assunzioni, nel pieno rispetto della coerenza e allineamento tra flussi in entrata e in uscita, garantendo il rispetto dei limiti di spesa e il turnover del personale.

Si rimanda per il documento completo all'Allegato 6 del presente Piano.

SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione

Formazione Risorse Umane

Sottosezione di programmazione – Piano formativo

Sottosezione Formazione Risorse Umane

In base alla vigente normativa nazionale e alle indicazioni regionali in materia, la competente S.C. Aggiornamento e Formazione annualmente predispone il Piano Formativo Azienda tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- esigenze formative manifestate dalle singole Strutture Aziendali;
- obiettivi assegnati alla Direzione Generale di Asl3;
- indirizzi strategici della Direzione ATS LIGURIA - ASL3;
- riferimenti a vincoli di natura normativa e/o contrattuale.

Sulla base di quanto proposto dalle Strutture Aziendali per il tramite dei Referenti Aziendali della Formazione (RAF) e dai loro Responsabili, la S.C. Aggiornamento e Formazione effettua una valutazione d'insieme delle proposte espresse dalle singole strutture Aziendali, prevedendo metodologie erogative diversificate e definendo in quali delle tre aree previste dalla normativa di riferimento (tecnico-professionale, di sistema, di processo) rientrino gli obiettivi formativi dei singoli eventi, al fine di orientare l'integrazione degli obiettivi formativi e migliorare i risultati attesi. Le attività previste dal Piano, obbligatorie e svolte in orario di servizio, sono sviluppate a cura della S.C. Aggiornamento e Formazione, che opera in stretta collaborazione con le singole Strutture Aziendali di volta in volta interessate. Il Piano formativo, prima di essere approvato con specifico provvedimento, è oggetto di confronto con la Direzione strategica, è approvato dal *"Comitato Scientifico per la valutazione dei progetti formativi nell'ambito dell'attività di Educazione Continua in Medicina di cui all'art. 45 dell'Accordo Stato Regioni 2.2.2017"*, è valutato dal *Comitato Unico di Garanzia* e viene trasmesso a tutte le Organizzazioni Sindacali.

Si precisa che, a fronte della riforma sanitaria annunciata da Regione dal 2026, il Piano formativo 2026 è stato articolato in maniera tale da poter facilmente tracciare la fruizione dei singoli corsi da parte di personale afferente all'ATS LIGURIA - ASL3 territoriale sanitaria piuttosto che all'ATS LIGURIA - ASL3 ospedaliera metropolitana.

Alle attività derivanti dalla realizzazione dei corsi inseriti nel Piano formativo annuale per i dipendenti, sulla base delle deleghe ricevute dalla Direzione Generale, si affianca l'organizzazione e la gestione amministrativa delle seguenti ulteriori attività formative gestite dalla stessa S.C. Aggiornamento e Formazione:

- i corsi extra Piano formativo, secondo le esigenze di volta in volta manifestate da personale Aziendale e/o Committenti esterni;
- su mandato di Regione Liguria:
 - corso regionale triennale dei Medici di Medicina Generale di tutta la Liguria e
 - corso regionale dei Medici da adibire all'Emergenza sanitaria territoriale (118);
- su mandato di Alfa (Agenzia di Regione Liguria per il Lavoro, la Formazione e l'Accreditamento):
 - formazione per Operatori Socio Sanitari (OSS), in convenzione con enti formatori privati;
 - formazione "complementare" per gli OSS dipendenti delle strutture socio assistenziali;
 - corsi per diplomandi delle Istituzioni Scolastiche Accreditate (ISA) con indirizzo "servizi socio sanitari/servizi per la sanità e l'assistenza sociale";
- in base alla Convenzione stipulata con l'Università di Genova, il Corso triennale di Laurea in Infermieristica.

Inoltre Asl3 con D.G.R. n. 388/2023, è stata individuata da Regione Liguria, quale soggetto di supporto ad Alisa, ATS LIGURIA - ASL3 Liguria sanitaria, relativamente alle attività formative finalizzate all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del S.S.R., di cui al finanziamento derivante dalla Misura M6C2 1.3 del PNRR. Nel merito, la S.C. Aggiornamento e Formazione è impegnata a garantire il coordinamento di tutte le strutture formative delle Aziende sanitarie liguri nell'ambito della cabina di regia istituita con determinazione dirigenziale di Alisa n. 56/2024 per realizzare il progetto formativo sul Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.

In relazione all'opportunità fornita dalla Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 23.3.23 *"Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"*, inoltre, anche nel 2024, come già nel 2023 e come proseguirà per il 2025, i dipendenti di Asl3 hanno potuto fruire dei percorsi formativi disponibili sulla piattaforma Syllabus.

Prosegue infine il percorso che tiene conto degli indirizzi espressi dalle *"Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale"* emanate dal Ministro per la pubblica amministrazione il 28.11.2023, nell'ambito del processo di continuo miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della Performance (SMVP), anche per farne leva di efficace gestione delle risorse umane, strettamente correlata alla promozione del ruolo della formazione nella valutazione individuale, in particolare per la dirigenza, con priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento dello stesso ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con efficacia il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento dell'organizzazione, creando valore organizzativo anche attraverso l'accrescimento del "valore" della risorsa umana.

A seguito della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 14 gennaio 2025, Asl3 ha sollecitato la dirigenza amministrativa a promuovere un'adeguata partecipazione ad attività formative per sé stessa e per il personale assegnato, prevedendo, anche sulla base dei progetti formativi già compresi nel Piano formativo annuale oltretutto i corsi Syllabus, quelli relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. e la formazione esterna, la fruizione di almeno 40 ore complessive di formazione per dipendente, dirigente e non dirigente, inerenti anche le tematiche indicate nella direttiva citate, quali leadership, etica, trasparenza ed integrità.

Si rimanda per il piano formativo completo all'allegato 7 del presente Piano.

Sezione 4. Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance” è avvenuto secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. B) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni ANAC.

Monitoraggio indicatori valore Pubblico

La tabella sottostante indica, per ciascuno degli indicatori di valore pubblico, il responsabile del monitoraggio:

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2025 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE – RESPONSABILE MONITORAGGIO
VP1A ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 strutture	<i>Conclusione lavori per n. 9 Case di Comunità entro giugno 2025 Raggiungimento di almeno il 50% della spesa prevista per appalti lavori entro luglio 2025</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1B ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 organizzazione	<i>Piena operatività delle Strutture per le quali siano stati conclusi i lavori</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI
VP1C ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 Efficientamento energetico	<i>Prosecuzione interventi efficientamento energetico come da TAVOLA 4</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1D ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 accessibilità digitale	<i>Miglioramento accessibilità digitale</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1E ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 attrezzature – acquisto e installazione	<i>100% acquisto e installazione apparecchiature sanitarie nel 2025</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1F ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 la casa come primo luogo di cura	<i>Potenziamento delle prese in carico territoriali Medicina di condivisione Implementazione sistemi di telemedicina Implementazione sistemi di monitoraggio del pz a casa Cartella pz domiciliare</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI CURE PALLIATIVE PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E OSPEDALE TERRITORIO

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2025 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE – RESPONSABILE MONITORAGGIO
VP2A INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Attività rivolte alla popolazione maschile e femminile</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA
VP2B INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Attività rivolte ai giovani: prosecuzione incontri per docenti e ragazzi delle scuole secondarie in continuità con l'anno 2024. Coinvolgimento di almeno 2000 ragazzi e 70 docenti Entro 30 giugno Report 2025 con dati prospettive ed eventuali soluzioni</i>	DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2C INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Mantenimento sportelli socio sanitari in collaborazione con Sindacati pensionati Iniziative con Associazioni</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2D INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Abbattimento barriere linguistiche</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2E INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Miglioramento comunicazione interna</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2025 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE – RESPONSABILE MONITORAGGIO
VP2F INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Continuazione attività Centro Antitabacco</i>	SC RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
VP3A PREVENZIONE (screening e attività di Prevenzione)	<i>Attività di screening a) cervice uterina b) tumore mammella c) colon retto d) hpv</i>	VALUTAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING RADIOLOGIA OSPEDALE VILLA SCASSI RADIOLOGIA OSPEDALI P.A. MICONE GALLINO LA COLLETTA E BUSALLA
VP4A ATTIVITA' TERRITORIALI	<i>Implementazione attività ambulatorio urgenze odontoiatriche con estensione anche ad altre sedi</i>	DISTRETTO SOCIOSANITARIO 9 ED EVENTUALI NUOVE SEDI
	<i>Prosecuzione corsi AFA (Attività Fisica Adattata) e sperimentazione di esercizio fisico strutturato presso associazioni territoriali AFA-convenzione UNIGE</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI
VP5A GOVERNO LISTE DI ATTESA/AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI	<i>Monitoraggio tempi di attesa Implementazione assistenza sanitaria territoriale in attuazione del DM 77/22</i>	ALISA TUTTE LE STRUTTURE OSPEDALIERE TUTTI I DISTRETTI SOCIO SANITARI TUTTE LE STRUTTURE EROGANTI

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2025 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE RESPONSABILE MONITORAGGIO	–
VP6A SICUREZZA SUL LAVORO	<i>Miglioramento della sicurezza sul lavoro (lavoratori interni ed esterni ASL)</i>	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE SPP/PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSAL	E
VP7A CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working)	<i>Lavoro agile</i>	FORMAZIONE AGGIORNAMENTO	E
VP8A CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001.	<i>Erogazione di servizi sanitari di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale; servizi di assistenza domiciliare e residenziale; servizi socio-sanitari in regime residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità. progettazione ed erogazione di servizi di formazione accreditata e non accreditata. gestione dei seguenti percorsi interaziendali: percorso diagnostico terapeutico assistenziale della neoplasia della della mammella; percorso assistenziale vulnologia rete wound care</i>	STRUTTURE AZIENDALI	
VP8B CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001	<i>Organizzazione, gestione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime di ricovero ordinario, in day hospital ed ambulatoriale. presso le seguenti strutture: diabetologia, laboratorio analisi, radiologia, emodialisi, s.l.a., direzione sanitaria / uffici di direzione, ambulatori, cardiologia, reparto multidisciplinare (pneumologia – reumatologia – dialisi peritoneale), riabilitazione rieducazione funzionale, dialisi ambulatoriale</i>	OSPEDALE COLLETTA ARENZANO	LA DI

Mappatura processi Azienda Tutela della Salute Liguria area sociosanitaria locale 3

1

[illegible]

7	Allocazione di immobili di importo inferiore a 1.500.000 euro	10	deliberazione di presa d'atto esito del pubblico incanto ed aggiudicazione	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	Eccessiva discrezionalità nell'individuazione dei concorrenti cui affidare ditte immobili e rogiti notarili														
		11	individuazione notaio per stipula rogito	S.C. Affari Generali		individuazione sempre dagli stessi professionisti	INTERNO	eccessiva discrezionalità pur essendo presente regolamentazione normativa regionale											
		12	deliberazione assemblea che determina i principali aspetti economici nonché i contenuti della singola alienazione	S.C. Affari Generali															
		13	rogito notarile per stipula contratto di alienazione	S.C. Affari Generali															
		1	individuazione immobili non utilizzati da alienare	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture															
		2	predispone Piano delle Alienazioni da trasmettere a Regione	S.C. Affari Generali															
		3	acquisizione della partita da consulente esterno	S.C. Affari Generali															
		4	deliberazione di indicazione di trattativa privata	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture		individuazione sempre dagli stessi professionisti	INTERNO	eccessiva discrezionalità pur essendo presente regolamentazione normativa regionale											
		5	pubblicazione bando e avviso, come previsto da vigente normativa	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture															
		6	accompagnamento soggetti che hanno richiesto di visitare l'immobile	S.C. Riqualificazione Edilizia															
	Compravendite passive	7	scaduto il termine per presentazione offerte, nomina con delibera della Commissione di gara	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	Eccessiva discrezionalità nell'individuazione dei concorrenti cui affidare ditte immobili e rogiti notarili														
		8	apertura delle offerte in seduta pubblica ed aggiudicazione provvisoria a migliore offerente	S.C. Affari Generali/S.C. Riqualificazione Edilizia/S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture															
		9	deliberazione di presa d'atto esito del pubblico incanto ed aggiudicazione	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture															
		10	individuazione del notaio finalizzata alla stipula del rogito	S.C. Affari Generali		individuazione sempre dagli stessi professionisti	INTERNO	eccessiva discrezionalità pur essendo presente regolamentazione normativa regionale											
		11	rogito notarile per stipula contratto di alienazione	S.C. Affari Generali															
			richiesta dalla Direzione di individuare un immobile per esigenze socio-sanitarie	Discreti/Discretari															
			verifica della disponibilità di spazi nelle proprietà aziendali	Discreti/Discretari															
			verifica della disponibilità di immobili nell'ambito del sistema regionale nonché presso altri enti pubblici	S.C. Affari Generali															
			richiesta a Regione di autorizzazione e ritorno al mercato	S.C. Affari Generali															
			acquisita l'autorizzazione, predisposizione avviso predisposizione all'indizione di una manifestazione d'interesse	S.C. Affari Generali/S.C. Riqualificazione Edilizia/Discreti/Discretari/Santa/Dirazione Sanitaria															
8	Compravendite passive		richiesta alla S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture di offrire una manifestazione d'interesse	S.C. Affari Generali	Eccessiva discrezionalità nell'individuazione dei concorrenti cui affidare ditte immobili e rogiti notarili														
			scaduti termini per presentazione offerte nomina con delibera della Commissione per valutazione offerte da dare	S.C. Gestione e Programmazione delle Forniture															
			deliberazione di presa d'atto esito della manifestazione d'interesse	S.C. Gestione e Programmazione delle Forniture															
			trattativa con miglior offerente nella manifestazione d'interesse per definizione clausole contrattuali	S.C. Affari Generali/S.C. Riqualificazione Edilizia															
			eventuale richiesta Agenzia del Demanio di indicazione concorrenti e senza proposte	S.C. Affari Generali															
			deliberazione di approvazione della lista di concorrenti	S.C. Affari Generali															
			stipula contratto di locazione	S.C. Affari Generali															

MAPPAURA ATTIVITA' FAS-AZIONI										SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO														
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precludendo anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FAS/AZIONI (indicare delle tempistiche su previsioni date, numeri e da prevedere interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/co-responsabile della implementation e)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è il compito del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTIVO (COM)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDOVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA												
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori								
1		Individuazione docenti per attività formative interna	1	ordinario entro un termine prefissato, la S.C. Aggiornamento e Formazione trasmette la "scheda attività formative" alle strutture aziendali, per il 2021 è prevista la riunione del gruppo di miglioramento che dovrà definire la lista del Piano Formativo Aziendale 2021. La S.C. Aggiornamento e Formazione valuta la fattibilità delle proposte pervenute sulla base di: • congruenza con gli obiettivi regionali • possibilità di convergenza nell'attività alle strutture aziendali • valutazione delle risorse necessarie. Per il 2021 tale valutazione verrà concordata con il Gruppo di Miglioramento. Viene redatta la prima bozza di Piano Formativo Aziendale articolata in: • attività formative Dipartimentali • attività formative per obiettivi aziendali e obbligo normativo Tale bozza viene presentata e discussa con la Direzione Aziendale A seguito della approvazione della Direzione Aziendale, riguardante anche l'approvazione del budget, viene presentata ai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali del comparto e della dirigenza		S.C. Aggiornamento e Formazione		Favorire un docente a dispetto di altri	Falso fabbisogno/alterazione del fabbisogno/sovrastima del fabbisogno		Struttura preposta richiedente l'attivazione del corso di formazione	Mancanza controlli/pressioni esterne interne/mancato rispetto degli standard	ALTO				Utilizzo dell'albo Docenti aziendali												
			2	Predisposizione del Piano Formativo biennale attraverso delibera aziendale che definisce il budget assegnato		S.C. Aggiornamento e Formazione																							
			3	Progettazione del singolo evento formativo: il responsabile scientifico della struttura proponente, contatta la Formazione per la redazione del progetto		S.C. Aggiornamento e Formazione																							
			4	Individuazione dei (dei docenti) idonei/ da parte del responsabile scientifico		S.C. Aggiornamento e Formazione					Individuazione degli stessi dipendenti per l'attività di docenza venga utilizzare il principio di rotazione		Struttura preposta richiedente l'attivazione del corso di formazione	Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate															
			5	"Per anziosità del corso" -area emergenza" l'azione veniva precedere certificazioni abilitanti per cui l'individuazione è effettuata dalla S.C. Formazione, con criteri di rotazione, sulla base dei docenti della Ad 3 forniti dall'IC (Italian Resuscitation Council), Gruppo Italiano per la Rianimazione Cardiorespiratoria.		S.C. Aggiornamento e Formazione						Interno																	
			6	Se corso ECM (Education Continual Medicine) accreditato presso la Commissione Regionale ECM		S.C. Aggiornamento e Formazione						Interno																	
			7	Attivazione del corso attraverso provvedimento		S.C. Aggiornamento e Formazione						Interno																	
			8	Erogazione del corso		S.C. Aggiornamento e Formazione						Interno																	
			1	pianificazione delle edizioni di corso da attivare nell'anno solare con relativo calendario delle attività	effici ritardò in riferimento alle edizioni dell'anno solare successivo	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario					Interno																	
			2	ricezione, protocollazione e inserimento in un file in ordine di arrivo delle domande di partecipazione al corso da parte dei medici (a di provenienza regionale che sono regionali	il bando per la partecipazione al corso è aperto tutto l'anno	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario				Non rispetto dei criteri di ammissione al corso (criterio della cronologia di arrivo delle istanze)		Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità															
			3	costituzione dell'edizione del corso (chiamata dei partecipanti e adesione attraverso compilazione di moduliistica dedicata alla singola edizione e versamento quota di iscrizione)	Almeno 2 mesi prima la data prevista dell'inizio del corso	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario				Non rispetto dei criteri di ammissione al corso (criterio della cronologia di arrivo delle istanze)		Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità															
			4	predisposizione determina per accertamento in entrata e contestuale invio di copia per acquisto materiale didattico	Successiva alla costituzione dell'edizione del corso	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario e un amministrativo						Interno																
			5	Attività finalizzate alla realizzazione del corso (prestazione aula, acquisto materiali, lettere incarico ai docenti, inserimento dati su sw di gestione, ecc)	Finalizzazione aula contestualmente alla pianificazione delle edizioni, almeno le attività finalizzate alla realizzazione del corso.	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario						Interno																
			2		Corso di Formazione per Medici da addebi ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)	6	predisposizione determina di attivazione del corso con individuazione dei nominati dei partecipanti e autorizzazione per le spese previste		Successiva alla costituzione dell'edizione del corso	S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario e un amministrativo			Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità														
7	Realizzazione del corso (teoria, esercitazioni e tirocinio)	Durata da 6 a 7 mesi				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario					Interno																	
8	Procedimento di liquidazione componenti dei docenti e altri codi, liquidazione attraverso procedura QUAMM/procedura S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Entro 30 giorni dal termine di ogni semestre dell'anno solare di riferimento				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario e un amministrativo					Interno																	
9	Monitoraggio delle attività di tirocinio e verifica dell'ammontare all'esame finale	Monitoraggio durante il percorso formativo, al termine dell'intero corso, le superate tutte le fasi del percorso formativo, ammissibilità all'esame finale				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario					Interno																	
10	convocazione del Comitato del 118 (comitato didattico) per predisposizione delle domande per la prova d'esame e individuazione componenti della commissione d'esame	Almeno 15 giorni prima della data dell'esame finale				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario			Non rispetto del vincolo della segretezza a favore di candidati particolari o mancato rispetto anonimità nell'esplicitamento della prova scritta		Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità																
11	predisposizione della determinazione di nomina commissione e ammissione candidati esame finale	Almeno 10 giorni prima della data dell'esame finale				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario e un amministrativo					Interno																	
12	Svolgimento esame finale e redazione verbale	Giorata prestabilita				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario e un amministrativo			Non rispetto del vincolo della segretezza a favore di candidati particolari o mancato rispetto anonimità nell'esplicitamento della prova scritta		Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità																
13	Predisposizione determina di presa d'atto svolgimento esame finale e liquidazione costi commissione	Entro 1 settimana dalla data dell'esame				S.C. Aggiornamento e Formazione	un amministrativo					Interno																	
14	Predisposizione attestati di idoneità per partecipanti	Almeno 20 giorni successivi alla data dell'esame				S.C. Aggiornamento e Formazione	Un funzionario					Interno																	
3		Assegnazione Borse di Studio				1	Richiesta di attivazione della procedura per l'assegnazione di una borsa di studio proposta dal Direttore della S.C./SSD responsabile del progetto di ricerca o lo di studio. Acquisizione parere del Direttore del Dipartimento a cui affide la Struttura medesima e acquisizione parere obbligatorio e vincolante del Direttore Sanitario per il ruolo sanitario e del Direttore Amministrativo per i ruoli amministrativo, tecnico e professionale.		S.C. Aggiornamento e Formazione		Favorire un candidato a dispetto di altri	Falso fabbisogno/alterazione del fabbisogno/sovrastima del fabbisogno		Struttura preposta richiedente l'attivazione della borsa di studio	Mancanza controlli/pressioni esterne interne/mancato rispetto degli standard														
						2	Formulazione del bando di selezione, verifica formale dei contenuti del bando e approvazione relativo provvedimento con autorizzazione alla spesa		S.C. Aggiornamento e Formazione				Previsioni di requisiti di accesso "personallizzati" del insufficiente di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo		Struttura preposta richiedente l'attivazione della borsa di studio	Eccessiva discrezionalità / No regole standardizzate													
						3	Pubblicazione del Bando sul BURL e sul sito aziendale		S.C. Aggiornamento e Formazione						Interno														
						4	Costituzione della Commissione Esaminatrice attraverso provvedimento		S.C. Aggiornamento e Formazione				Nomina soggetti competenti/non competenti		Struttura preposta richiedente l'attivazione della borsa di studio	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate													
						5	Ricezione domande e verifica dei requisiti di ammissione		S.C. Aggiornamento e Formazione				Comportamento della Commissione orientato / Abuso criteri discrezionali		Interno	Monopolio potere/competenza - Eccessiva discrezionalità - Mancanza regole standardizzate		MEDIO											

[illegible]

MAPPA ATTIVITA' / FASI/AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO															
STRUTTURA	N. Processo	INFORMAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste della somma o da procedura interna sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecuzione fase (Direttore o a Settore responsabile/competente e della implementazione)	Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione della Fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTI	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA										
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori						
S.C. Avvocatura	1	Affidamento incarico di difesa e rappresentanza dell'Azienda ad un avvocato del libero foro.	1	primo verba dell'effettiva competenza, accettazione dell'atto notificato tramite protocollo aziendale		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente; 1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo																				
			2	sviluppo del ricorso in formato pdf sulla cartella condivisa della Struttura e a formazione di un fascicolo cartaceo contenente l'originale dell'atto notificato, conseguente attribuzione di un repertorio (anno/materiale)		S.C. AVVOCATURA	1 assistente amministrativo																				
			3	insegnazione da parte del Direttore della Struttura al responsabile del procedimento		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente																				
			4	responsabile del procedimento firma alla Struttura l'incarico, consegnando una fotocopia dell'atto notificato		S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione																				
			5	valutazione da parte del Direttore della Struttura se gestire direttamente il contenzioso, per la specificità della materia o dati i carichi di lavoro della S.C. AVVOCATURA, procedere all'individuazione di un avvocato del libero foro		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente																				
			6	viene nominato l'incarico Avvocato, il cui incarico per l'affidamento di incarichi per la difesa in giudizio di ASL n.3 (deliberazione del 24/07/2027 n.349) ed a seconda della materia oggetto del contenzioso viene individuato l'avvocato del libero foro al quale conferire l'incarico presente nel medesimo ricorso, data la specificità della materia, su indicazione della Direzione Aziendale, viene individuato un avvocato del libero foro presente nell'Elenco Avvocati (spese previste dall'Elenco Avvocati)		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente; 1 titolare di funzione	individuazione sempre degli stessi nominativi di professionisti presenti nell'Elenco Avvocati a discapito di altri iscritti in Elenco	S.C. AVVOCATURA	Mancanza di trasparenza/eccessiva discrezionalità						Aggiornamento costante dell'Elenco avvocati; Scelta del professionista esterno condivisa con la Direzione											
			7	preliminarmente, il Direttore della Struttura contesta, nell'eventualità, l'incarico del libero foro per descrivere la natura del contenzioso e richiedere la disponibilità ad accettare l'incarico		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente										Aziendale l'esclusa di conflitto di interessi viene valutata non solo dal responsabile del procedimento ma anche dal responsabile della Struttura che attesta la mancanza di conflitto di interessi al fine della procedura PERLA P.A. viene quindi attuato un doppio controllo;										
			8	successivamente, il Direttore della Struttura invia una mail al presidente Avvocato invitando l'atto notificato e richiedendo formalmente la disponibilità ad accettare l'incarico, con definizione del compenso secondo i parametri previsti nel piano Elenco in deliberazione del 24/07/2027 n.349		S.C. AVVOCATURA	1 dirigente	eccessiva discrezionalità nell'individuare gli avvocati del libero foro a discapito di altri																			
			9	l'avvocato del libero foro, risponde alle mail inviate dal Direttore della Struttura, accettando l'incarico ed il corrispettivo			avvocato del libero foro																				
			10	viene predisposto un provvedimento amministrativo la modulistica relativa alla verifica di eventuali incompatibilità/conflicti di interessi sopravvenuti rispetto alla formulazione dell'Elenco in deliberazione del 24/07/2027		S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo				S.C. AVVOCATURA	scarsa responsabilizzazione interna/ mancanza di controllo/eccessiva discrezionalità															
			11	il tutto si attesta in incompatibilità/conflicti di interessi, il responsabile del procedimento stende il provvedimento deliberativo relativo al conferimento dell'incarico e lo inserisce nella procedura informatica per l'approvazione da parte della Direzione Aziendale		S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo																				
			12	l'incarico viene formalizzato con l'approvazione della deliberazione della Direzione Aziendale e la firma del presidente e firma del Direttore Generale		S.C. AVVOCATURA/ DIREZIONE AZIENDALE																					
			13	la deliberazione, il mandato e la firma del Direttore Generale e l'istruttoria predisposta con i relativi documenti vengono consegnati all'avvocato del libero foro			avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA	1 assistente amministrativo																			
			14	l'avvocato del libero foro invia alla Struttura l'atto di costituzione in giudizio e la successione memoria archiviata digitalmente ed aggiornata sullo stato della vicenda, che alla conclusione della stessa			avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA																				
			15	una volta conclusa la vertenza l'avvocato viene liquidato la parcella già concordata secondo i parametri in deliberazione del 24/07/2027 n.349			avvocato del libero foro/S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo																			
2	Recupero crediti stragiudiziali e giudiziali a seguito di sentenza		1	STRUTTURA ENTRO 20GG. DALLA RICEZIONE DELLA PRATICA DA PARTE DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI			1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo		NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE DI SOLLECITO AI FINI DELL'INTERUZIONE DELLA PRESCRIZIONE A DETERMINATI DEBITORI	INTERNO ALL'UFFICIO	Analisi dei fattori abilitanti che teoricamente potrebbero verificarsi in un'amministrazione: Assenza Scarsità del personale Impossibilità di garantire la rotazione del personale Accertamento di funzioni in un unico operatore Mancanza di controllo Assenza di meccanismi di controllo ex post Mancanza di trasparenza Eccessiva discrezionalità					Formalizzazione delle procedure attraverso l'adozione di un Regolamento											
			2	MESA IN MORA ENTRO 30 GG. DALLA RICEZIONE DELL'ISTRUTTORIA, TENENDO MASSIMO PRESSIONE		S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo		MANCATA RILEVAZIONE DA PARTE DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DI INCOMPATIBILITA' CONFLITTI DI INTERESSI	INTERNO ALL'UFFICIO	Assenza di procedura amministrativa informatiche e tecniche Assenza di criteri predefiniti e/o di regole Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze) Bassa professionalità (monopolio di competenza amministrativa, professionali e tecniche) Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)/mancata rotazione del personale Mancata verifica dei conflitti d'interesse Indeguate diffusione della cultura della legalità/sub cultura organizzativa																
			3	ENTRO 1 MESE DAL MANCATO PAGAMENTO RICHIESTA PRESSIONE DICHIETO INDIRIZIVO ALL'AUDIZIONE QUOTIDIANA COMPATITE, FATTI SALVI TEMPI DI VALUTAZIONE PRECEDENTI (GIURISPRUDENZIALI)			1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo																				
			4	CONSTITUZIONE IN GIUDIZIO NELL'EVENTUALE FASE DI OPPOSIZIONE (TEMPI TECNICI EX C.F.C.)			1 dirigente																				
3	Recupero danni avvenuti al patrimonio aziendale mediante richiesta istruttoria alla struttura competente, finalizzata alla quantificazione del danno ed all'individuazione dei soggetti debitori e conseguente attivazione della procedura di liquidazione assicurativa		1	A seguito della segnalazione del danno al patrimonio aziendale richiesta della quantificazione economica al competente servizio tecnico	ENTRO 30 GG. DALLA RICEZIONE DELLA PRATICA DA PARTE DELLE STRUTTURE RICHIEDENTI	S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo		NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE DI RICHIESTA STRUTTORIA	INTERNO ALL'UFFICIO	Assenza/scaricarsi/mancata rotazione del personale Accertamento di funzioni in un unico operatore																
			2	eventuale richiesta di integrazione dei dati relativi al sinistro alla Struttura aziendale ove si è verificato il danno (es. targhe veicoli, testimoni, fotografie...)	ENTRO 10 GG. DALLA RICEZIONE DELLA SEGNALEZIONE	S.C. AVVOCATURA	1 titolare di funzione; 1 assistente amministrativo		NON PROCEDERE ALL'INVIO DELLE NOTE RACCOMANDATE O CONTESTAZIONE DEL DANNO	INTERNO ALL'UFFICIO	Assenza di meccanismi di controllo ex post Mancanza di trasparenza Eccessiva discrezionalità Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze) Bassa professionalità (monopolio di competenza amministrativa, professionali e tecniche) Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)																
			3	nota raccomandata a/r contestazione del danno e di messa in mora alla compagnia assicurativa e/o al danneggiante	ENTRO 10 GIORNI DAL RICEVIMENTO DELL'INTEGRAZIONE ISTRUTTORIA	S.C. AVVOCATURA	1 assistente amministrativo	Mancato ritiro del danno subito al patrimonio aziendale																			
			4	evoluzione della proposta di risarcimento del danno di concerto con il competente servizio aziendale	TEMPI TECNICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	S.C. AVVOCATURA	1 dirigente; 1 titolare di funzione																				
			5	accettazione della proposta di risarcimento	TEMPI TECNICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	S.C. AVVOCATURA	1 dirigente; 1 titolare di funzione																				

MAPPATURA ATTIVITA' / AGI AZIONI									SCHEMATI RISCHI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare la tempistica in termini della nome e da prevedere insieme sulla durata e sulla cadenza delle singole attività/fasi descritte)	Esecutori fasi (Struttura e/o Settore responsabile/competenti e della implementazione)	Descrivere attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' /COMPORTAMENTO COMRUTIVO (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 RIDURRE SU FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TERMINO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
SC Bilancio e Contabilità	1	Riscossione da parte di Agenzia Entrate (per conto di AdE) di determinati pagamenti: Costo Avvisi di pagamento (e successive eventuale Cartafiscato)	1	Comunicazione ad Ufficio Flussi di non avvenuto pagamento relativo ai seguenti casi: - Ticket non pagati; - Costo esami pre operatori (Riscossione Interventi); - Costo esami per mancato ritiro referti; - Prestazioni Guardia Medica erogate in favore di residenti fuori Regione; - ingiunzioni di pagamento su sanzioni amministrative.	Indeterminata, data dalla prima propria della singola struttura	28 ambulatori del Territorio Invece (Dipartimento Dipartimento Cure Primarie	Indeterminato	Mancato recupero del credito				BASSO				MAPPATURA FATTORE DI SOGRAVI	- Esame delle fatture di lavoro con riferimento a 3 mensilità (Gennaio - Febbraio - Marzo 2025)	Mappatura fatture di lavoro	20 Aprile 2025	SC Bilancio e Contabilità	Esame tipico fatture di lavoro		
			2	Ricezione comunicazioni da strutture ed inoltre ad Agenzia delle Entrate	Indeterminata	Ufficio Flussi	Indeterminato										- Studio delle fatture e creazione di modalità di gestione delle stesse	Creazione modelli di identificazione e trattamento degli igni	30 Giugno 2025	SC Bilancio e Contabilità	Check list di gestione degli igni		
			3	Ricezione dati da Ufficio Flussi e creazione dei ruoli che contengono gli elenchi, divisi per tipologia, degli utenti cui verranno spediti gli avvisi di pagamento/verifiche	Indeterminata	Agenzia delle Entrate - Riscossione	Indeterminata A.E. 1 Operatore tecnico Cat. B 1 incaricato di servizio																
			4	Pubblicazione dei ruoli su sito dell'Agenzia delle Entrate, scarico del medesimo dal sito, sottoscrizione da parte dei soggetti responsabili, scaricamento dei file finali sul portale dell'Agenzia delle Entrate	5 giorni dal caricamento	Agenzia delle Entrate - Riscossione S.C. Bilancio e Contabilità																	
			5	Ricezione, elaborazione ed invio in AdE di tutti i pagamenti ricevuti da Agenzia delle Entrate - Riscossione	Ricevimenti da A.E. effettuati il 30 ed il 20 di ciascun mese	Agenzia delle Entrate - Riscossione S.C. Bilancio e Contabilità	Operatore tecnico cat. B																
			6	Gestione della richiesta di igno a titolo di: - Prestazione pagata; - Prestazione non pagata giustificatamente	Indeterminata	S.C. Bilancio e Contabilità	Operatore tecnico cat. B		- Espletamento igno senza giustificato; - Igni con giustificativo non corretto;	Esterna	- Mancato della singola competenza; - Complessità ed eterogeneità delle potenziali cause di igni;												
	2	Procedura rimborso utente per prestazioni non erogate	1	RACCOLTA E INDIVIDUAZIONE DETTAGLIO RIMBORSI	Settimanale	S.C. Bilancio e Contabilità, Protocollo Generale, U.R.P.	1 OPERATORE TECNICO CED	EROGAZIONE RIMBORSO NON DOVUTO/ OMESSA EROGAZIONE RIMBORSO DOVUTO				BASSO				Creazione di check list di gestione rimborsi	- Esame delle fatture di lavoro con riferimento a 3 mensilità (Gennaio - Febbraio - Marzo 2025)	Mappatura fatture di lavoro	20 Aprile 2025	SC Bilancio e Contabilità	Esame tipico fatture di lavoro		
			2	REGISTRAZIONE, PREVA RACCOLTA SETTIMANALE DEI MODULI DI RICHIESTA DI RIMBORSO, L'EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO	3 GIORNI	S.C. Bilancio e Contabilità	1 OPERATORE TECNICO CED		NO	Interno							- Studio delle fatture e creazione di modalità di gestione delle stesse	Creazione modelli di identificazione e trattamento dei rimborsi	30 Giugno 2025	SC Bilancio e Contabilità	Check list di gestione dei rimborsi		
			3	INVIO TRACCIATO AGGIORNAMENTO FLUSSO TSD A LIGURIA DIGITALE PER I RELATIVI CONTROLLI	Cadenza Mensile (tra il 15 e il 20 del mese successivo a quello di riferimento)	S.C. Bilancio e Contabilità			NO	Interno													
	3	Bilancio d'esercizio	1	Creazione schema di bilancio: viene creato in seguito alla verifica di verifica contabile e alla raccolta dati, avvenuta in base alle direttive	10 mesi (da 1 gennaio a 30 aprile anno seguente - ART. 21 D.L. 118/2011)	S.C. Bilancio e Contabilità	1 COLLABORATORE AMMINISTRATIVO (DS)	Non corretta elaborazione del Bilancio di Esercizio	Raccolta dei dati	Interno	Dati forniti da strutture diverse ed eterogenee	MEDIO				Calendario comunicazione alle strutture	- Supporto nelle comunicazioni da effettuare alle strutture esterne al territorio	Schema di comunicazione da effettuare	Marzo 2025	SC Bilancio e Contabilità	Numero comunicazioni individuate		
			2	Approvazione schema di bilancio	30 Aprile anno successivo	S.C. Bilancio e Contabilità													- Individuazione in calendario tipico di comunicazione da effettuare alle strutture	Calendario comunicazioni	Giugno 2025	SC Bilancio e Contabilità	Calendario tipico comunicazioni problematiche alla data del Bilancio d'esercizio
			3	Invio schema al Collegio Sindacale e al Collegio di Direzione	7 gg dall'approvazione dello schema	S.C. Bilancio e Contabilità																	
			4	Approvazione tramite verbale sia del Collegio Sindacale sia del Collegio di Direzione	30 giorni																		
			5	Invio schema alla Conferenza dei Sindaci	7 giorni successivi dalla trasmissione del verbale da parte di Collegio Sindacale e di Direzione	S.C. Bilancio e Contabilità																	
			6	Approvazione tramite verbale da parte della Conferenza dei Sindaci	30 gg (in alcuni casi anche oltre)																		
			7	Adozione bilancio	15 giorni dalla trasmissione del verbale da parte della Conferenza dei Sindaci	S.C. Bilancio e Contabilità																	
			8	Invio bilancio a Regione Liguria	30 giorni dall'adozione del Bilancio	S.C. Bilancio e Contabilità																	
			9	Ove necessario, richiesta da parte di Regione Liguria di chiarimenti	Entro 75 gg dall'invio del bilancio																		
			10	Ove necessario, risposta di ASL alla richiesta di chiarimenti da parte di Regione Liguria	Entro 10 giorni dalla richiesta di chiarimenti	S.C. Bilancio e Contabilità																	
			11	Approvazione del bilancio da parte della Giunta Regionale	Entro 75 gg dall'adozione del bilancio di adozione mese tramite PEC eventualmente incrementato del tempo del Collegio Sindacale																		
	4	Scambio protocolli esterni in entrata su Fium	1	RICEZIONE PROTOCOLLI GENERALI SU FIOUM, SALVAGUARDIO ED ARCHIVIAZIONE	Giornaliera	S.C. Bilancio e Contabilità, Protocollo Generale;	1 Coordinatore Senior 1 Assistente amministrativo	Incompleta/inesatta/non tempestiva ricezione dei protocolli	- Non immediato computo dei termini (differenza tra data di ricezione della PEC e protocollo apposto)	Interno	Ingresso numero di protocolli gestiti	BASSO				Mappatura periodica dei protocolli	- Validazione accostamenti tra data ricezione PEC e data protocollo		10 Febbraio 2025	SC Bilancio e Contabilità	Schema tipiche accostamenti mensilità di Gennaio 2025		
			2	TRASMISSIONE AI SINGOLI O PLURIMI DESTINATARI DELLA POSTA SECONDO LE INDIRIZZI DEL DIRETTORE	Giornaliera	S.C. Bilancio e Contabilità	1 Coordinatore Senior 1 Assistente amministrativo		NO	Interno							- Valutazione della idoneità accostamenti data con gruppo di lavoro	Fondatazione degli accostamenti sulla mensilità presa a modello	10 Marzo 2025	SC Bilancio e Contabilità	Verbale di riunione dedicata		
																Programmazione cadenza controllo accostamenti data	Controllo periodo degli accostamenti	10 Aprile 2025	SC Bilancio e Contabilità	Esame di coerenza periodici cadenza stabilito			

SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Concorsi	2	Procedura concorsuale diligenza e conferimento incarichi di responsabilità di SC non PTA/comparto: esecuzione, scelta e di reclutamento	16	Attività Commissione: La Commissione stabilisce le modalità di svolgimento della prova scritta (i su supporto cartaceo o informatico) e dei criteri di valutazione dei titoli (necessari per la predilezione delle schede di valutazione per tutti i candidati che avranno superato la prova scritta, ai sensi della normativa concorsuale vigente. Il segretario redige un verbale dal quale devono risultare descritte tutte le fasi del concorso.	Settore concorsi			interno												
			1	Svolgimento concorso: Assegnazione al Segretario della Commissione di tutte le domande di partecipazione dei candidati ammessi al concorso (compilazione schede per ogni candidato previa determinazione dei criteri all'interno del macro valore della normativa)	Commissione															
			2	Svolgimento concorso (prove scritte): La Commissione si attiene alle disposizioni del DLGS n. 463/1984/220 (le prove sono decise dalla Commissione)	Ufficio richiedente															
			3	Seguimento concorso (prove orali)	Commissione															
			4	Approvazione della graduatoria: predisposizione della graduatoria sulla base dei criteri prefissati	Settore concorsi															
			5	Approvazione della graduatoria: acquisizione della graduatoria e dei verbali della Commissione e di tutti gli atti della prova.	Segretario della Commissione															
			6	Approvazione della graduatoria-predisposizione provvedimento di approvazione della graduatoria e pubblicazione su Amministrazione Trasparente a mezzo nrtg	Approvazione della graduatoria															
			7	Liquidazioni compensi Commissione: compilazione dei moduli per la liquidazione dei compensi per i componenti e del segretario della Commissione settore gestione (258 euro lordi) per i componenti del comparto	Settore concorsi					Assogati compensi non conformi alle normative	mancaenza di trasparenza	ALTOSIMO								
			8	Liquidazione compensi	Settore economico															
			9	Assunzione: Delibera di assunzione e successiva comunicazione di scelta dell'assunzione del termine di 7 gg per l'accettazione e di 30 per prendere servizio allegando l'elenco dei documenti da presentarsi (autocertificati)	Settore concorsi															
			10	Assunzione: Individuazione tramite nota formale della Struttura tra quelli che avevano fatto richiesta che in quel momento ha maggiore carenza di personale	SD/DA/DS/DS/DS e archivio dell'ambito di competenza															
			11	Assunzione: Richiesta al Responsabile della Struttura l'assegnazione ed il relativo CdC conformemente alle deroghe in possesso per ciascun candidato	Settore concorsi															
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Concorsi	3	Procedura di mobilità in entrata	1	Richiesta attuazione di mobilità basata di mobilità dirigenza da parte della direzione (DG/DA/DS/DS) e per il comparto da parte del Dirigente Responsabile delle Professioni Sanitarie	DG/DA/DS/DS															
			2	Prima della pubblicazione del bando si invia Richiesta Assegnazione Personale collocata in disponibilità, prevista dall'art. 7 legge 30/03/2003, n. 3 - Assegnazione di personale collocato in disponibilità ai sensi degli art. 13 e 34 del R. D. 167/2001, n. 145 e s.m.i., al Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri e al Centro per l'Impiego (denom. Centro - Servizi Amministrativi). Pubblicazione bando di mobilità e sua pubblicazione	Settore concorsi															
			3	In caso di risposta negativa (come normalmente accade) il bando di mobilità viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente	Settore concorsi															
			4	L'ufficio concorsi riceve, acquisendone dal protocollo generale, le domande di partecipazione, attendendo, dopo la scadenza del bando, un termine congruo a garantire la ricezione anche dei candidati che eventualmente avessero optato per il solo invio cartaceo attraverso ASL	Settore concorsi															
			5	Per ogni Avviso di Mobilità, concernente tanto la Dirigenza quanto il Comparto, l'ufficio provvede a chiedere alla Direzione Competente la designazione dei componenti della Commissione Esaminatrice (3 membri, nel rispetto delle quote di genere, secondo i criteri stabiliti nel bando)	Settore concorsi															
			6	Acquisita la designazione della Commissione di Valutazione, l'ufficio concorsi provvede ad emettere il provvedimento contestuale di nomina Commissione ed ammissione candidati (provveduto ad informare, a mezzo raccomandata o posta certificata, gli eventuali esclusi)	Settore concorsi															
			7	Una volta approvata la determinazione dirigenziale di ammissione candidati e nomina della Commissione, l'ufficio consegna al Segretario della Commissione Esaminatrice le domande di partecipazione dei candidati ammessi alla mobilità e la normativa di riferimento e provvede dare le istruzioni e le spiegazioni necessarie per il corretto svolgimento delle prove. Nella maggior parte dei casi i componenti dell'ufficio svolgono le funzioni di segreteria. Consultati i membri della Commissione, stabilita la data del colloquio, il Segretario provvede alla convocazione attraverso la procedura stabilita nel bando (pubblicazione sul sito, garantendo ai candidati almeno 10 giorni di preavviso). Nella presunte località dei casi, si è contesti anche telefonicamente.	Settore concorsi															
			8	Predisposti i criteri di valutazione, da parte della Commissione, conclusa la procedura e acquisiti i verbali della Commissione Esaminatrice, il Segretario comunica ai due Assistenti i risultati del colloquio per la loro pubblicazione e (qualora non ne faccia parte) consegna all'ufficio la documentazione concernente il colloquio, le schede di valutazione, e le dichiarazioni di inassibilità di conflitti di interessi dei membri della Commissione.	Settore concorsi															
			9	Sulla base del verbale, l'ufficio provvede all'affermazione dell'atto di approvazione della graduatoria e contestuale assunzione del vincente (dell'assunzione di assunzione di personale)	Settore concorsi															
			10	Approvata la deliberazione dirigenziale d'assito, si effettua l'invio di una prima comunicazione che ha un duplice scopo: a) informare l'Ente di appartenenza del fatto che un suo dipendente è risultato vincitore dell'avviso in questione; b) richiedere al candidato di notificare al suo Ente la sua richiesta di nulla osta al trasferimento entro 7 giorni dal ricevimento, e di far pervenire copia di tale richiesta protocollata all'ufficio Concorsi	Settore concorsi															
			11	La maggior parte delle volte il candidato per manifestare la volontà di accettare trasmette copia della richiesta di nulla osta entro 7 giorni.	Settore concorsi															
			12	Nel momento in cui l'interessato contatta l'ufficio per informazioni ulteriori sull'assunzione di che trattasi si comincia il movimento e il mancato soddisfacimento del Responsabile della Struttura di assegnazione a cui chiedere chiarimenti sull'attività da svolgere.	Settore concorsi															

MAPPAURA ATTIVITA' FASI AZIONI										SCHEMA EVENTI RICHIEDI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)			TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPORALITA' FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche in presenza della norma o la procedura interna sulla durata e sulla cadenza delle ripetute attività/fasi descritte)	Esecuzione fase (Descrivere a che Settore responsabile/competente delle implementazioni)	Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischi)	MODALITA' COMPORTAMENTO CDRUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	RAS PIV P/ EXPOST	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIMESTRO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	1	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese	1	ricezione comunicazione da Ufficio Competenti dei nominativi dei nuovi assunti o di chi ha richiesto altro tipo di incarichi (CO.CO.CO. - medici convenzionati, ecc)		S.C. Amministrazione del Personale - Ufficio Competenti																
			2	predispone/modifica da far compilare al personale - trattamento fiscale (cuneo fiscale) - detrazioni fiscali - codice Rban per accrediti emulamenti		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
			3	ricevimento del dipendente, spiegazione dei moduli da compilare, assistenza in fase di compilazione		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati	possibilità di chiedere trattamento di favore o priorità nella gestione della pratica														
			4	inserimento dei dati comunicati da degli uffici competenti che del dipendente neo assunto/ricaricato previo controllo della correttezza degli stessi		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			5	modifiche in corso del rapporto di lavoro dovute a cambi richiesti dal soggetto		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
	2	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili:rimborzi chilometrici e spese di viaggio	1	ricezione delle richieste di rimborsi chilometrici e spese di viaggio da parte dei soggetti che ne hanno diritto in quanto svolgenti servizi esterni/missioni di servizio			dipendente	errori in fase di inserimento dati / rischio di erogare somme più alte rispetto a quelle a cui si ha diritto														
			2	controlli sulla correttezza e conformità della modulistica		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	erogazione del rimborso dovuto		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi		inserire una somma più alta a titolo di rimborso sebbene il rischio sia molto basso stante la presenza di controlli successivi		impossibilità a garantire la rotazione del personale												
	3	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: cessazione volontaria del quinto dello stipendio	1	ricezione delle richieste di cessione del quinto dello stipendio/piccoli prestiti			uffici di credit/bancaire finanziaria															
			2	controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e sulla erogabilità della prestazione		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	verifiche sullo stipendio circa la presenza di altre cessioni e/o pignoramenti - calcolo della quota di stipendio che può essere oggetto di cessione		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati / pressioni da parte delle società finanziarie per il rilascio dell'autorizzazione			impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			4	rilascio del beneplacito per la cessione del quinto o concessione del prestito		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			5	elaborazione del cedolino operando la trattativa deliberata e aggiornare il programma di gestione dello stipendio		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi		favorire un dipendente nella procedura accettando le pressioni della società finanziaria creditrice richieda borse stante la presenza di controlli successivi		impossibilità a garantire la rotazione del personale												
	4	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: pignoramento stipendi	1	ricevimento della notifica dei pignoramenti del quinto dello stipendio			uffici Giudiziari															
			2	controlli sullo stipendio del dipendente pignorato per verificare la presenza di eventuali altri pignoramenti e/o cessioni del quinto		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	calcolo della quota da accantonare in attesa del provvedimento di assegnazione e aggiornamento del programma di elaborazione della busta paga con inserimento della quota da accantonare		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati			impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			4	predispone/modifica ed invia al creditore pignorante della dichiarazione del terzo con indicazione delle somme dovute dall'azienda al dipendente e della somma che si è provveduto ad accantonare mensilmente		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi		possibilità di dichiarare cifre minori rispetto a quelle reali per favorire il dipendente e operare un accantonamento inferiore rispetto al dovuto		impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			5	ricezione del provvedimento di assegnazione delle somme pignorate			creditori procedenti/uffici giudiziari															
			6	esecuzione del provvedimento giudiziale mediante aggiornamento del programma di elaborazione stipendi		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
	5	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: gettoni presenza	1	ricezione dei dati relativi alle prestazioni a gettone di presenza / ore di lavoro			Contribuzioni Infermeristico/Responsabili di Struttura															
			2	controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e dei dati inviati		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	inserimento dei dati nel programma di elaborazione degli stipendi e verifiche sugli importi da erogare		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati / pressioni da parte degli aventi diritto a inserire più ore lavorate rispetto a quelle comunicate			impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			4	controlli finali sugli stipendi erogati ogni mese e monitoraggio delle variabili inserite		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
			5	verifica periodica delle somme erogate per le causali relative ai gettoni di presenza		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
	6	Inquadramento economico del personale assunto o a vario titolo in servizio presso la ASL 3 Genovese - inserimento variabili: corrispondenza quota a favore del sindacato e a cui il dipendente intende iscriversi	1	ricezione della comunicazione attraverso il protocollo del nominativo del dipendente che intende iscriversi al sindacato prescelto			Sigla Sindacale che mediano l'iscrizione del dipendente tramite protocollo															
			2	controlli sulla correttezza e conformità della modulistica e dei dati inviati		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	inserimento dei dati nel programma di elaborazione degli stipendi e verifiche sugli importi da trattenerne e versare in favore del sindacato		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati	pressioni da parte dei delegati sindacali a caldeggiare l'adesione alla relativa single in fase di assunzione dei vari dipendenti		impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			4	controlli finali sugli stipendi erogati ogni mese e monitoraggio delle variabili inserite		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
	7	Richiesta dati stipendiali per denuncia infortuni INAIL	1	ricezione della comunicazione da parte dei responsabili/referenti della gestione cartellini nei luoghi di lavoro			Referenti Cartellini presso le Strutture competenti															
			2	redazione progetto contenente i dati anagrafici e stipendiali del soggetto infortunato		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati - rischio basso															
			3	invio in tempi brevi del prospetto predisposto		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																
	8	Procedura stipendiale relativa al riconoscimento degli assegni familiari spettanti ex lege	1	ricezione del modulo di autocertificazione dei redditi e contestuale richiesta di erogazione degli assegni familiari			dipendente															
			2	verifica dei dati e correttezza degli stessi		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			3	inserimento dei dati nella procedura stipendiale		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi	errori in fase di inserimento dati			impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			4	verifica successiva alla elaborazione del cedolino - verifica mensile degli importi erogati		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi				impossibilità a garantire la rotazione del personale												
			1	ricezione della comunicazione da parte del settore Giuridico del decesso o dispensa per motivi di salute		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Ufficio Stipendi																

	9	Liquidazione di indennità sostitutiva di mancato preavviso, ferie anni pregressi ed ore accantonate in caso di dipendenti dispensati e/o deceduti	2	verifica della completezza dei dati forniti e della situazione stipendiale alla data del decesso o dispensa		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi		errori in fase di inserimento dati - rischio basso			impossibilità a garantire la rotazione del personale	BASSO								
			3	predispozione dei conteggi relativi ai giorni di mancato preavviso, ferie non godute, oneri e trap		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi					impossibilità a garantire la rotazione del personale									
			4	creazione nuova matricola per gli eredi del dipendente deceduto al fine di elaborare il cedolino a loro intestato		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi					impossibilità a garantire la rotazione del personale									
			5	inserimento dati nella procedura stipendiale ed elaborazione cedolino		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi					impossibilità a garantire la rotazione del personale									
	10	Procedimento stipendiale per liquidazione di somme autorizzate dall'Ufficio Bilancio relative a sperimentazioni, consulenze, docenza, commissioni invalidi e patenti	1	ricezione di avvenuto incasso fatture e contestuale richiesta di pagamento compensi dall'Ufficio Bilancio o richiesta di pagamento compensi dall'Ufficio Formazione o Commissioni di Concorso		S.C. Bilancio e Contabilità - S.C. Aggiornamento e Formazioni - S.C. Sviluppo e Ricerca Umana		errori in fase di inserimento dati		manca di trasparenza	manca di trasparenza in quanto si prendono dati forniti da altre strutture senza possibilità di verificare	BASSO								
			2	verifica, redazione/elaborazione dati per inserire le voci relative sul cedolino		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi				possibilità di interferire con il personale che inserisce i dati per modificare gli importi a propria favore - rischio basso a causa di verifiche e controlli documentali	accantonamento di funzioni ad un unico operatore/impossibilità a garantire la rotazione del personale									
			3	inserimento dati in procedura stipendiale e successiva verifica della correttezza sulla base del cedolino emesso		S.C. Gestione e Sviluppo della Ricerca Umana - Ufficio Stipendi					accantonamento di funzioni ad un unico operatore/impossibilità a garantire la rotazione del personale									

MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO											
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere la singola fase del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPORISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO COMITATIVO (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						
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
1		Gestione delle richieste di attività extrastrutturale da parte del personale dipendente ex art. 53 D.lgs. n. 151/2001 e s.m.l.	1	Il dipendente che desidera svolgere attività extrastrutturale deve compilare on-line i relativi moduli reperibili sulla intranet aziendale Modulo A (comunicazione preventiva) oppure Modulo B (richiesta di autorizzazione) Modulo D (richiesta autorizzazione attività libero professionali degli operatori delle professioni sanitarie) « eventualmente Modulo C (dichiarazione ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000)																			
			2	Il richiedente invia all'Ufficio Protocollo tutta la documentazione necessaria (comunicazione preventiva / richiesta di autorizzazione/ richiesta di autorizzazione attività libero professionale, lettera di incarico, ev. dichiarazione ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000), nei tempi previsti dal regolamento (30 giorni prima dell'inizio attività)	30 gg. Prima dell'evento				Le richieste vengono trasmesse in ritardo verificando le attività di verifica														
			3	Viene effettuata una prima verifica sulla completezza / correttezza della documentazione inviata, sollecitando eventualmente il richiedente a correggere / integrare fino a completa conformità		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane			I documenti richiesti non vengono trasmessi, o vengono trasmessi in forma incompleta celando informazioni utili all'istruttoria (ad esempio: presenza di sponsor)	Interno	negli uffici per la qualità mediante modulo del richiedente												
			4	In fase istruttoria si verifica la conformità normativa, la non sussistenza di cause di incompatibilità o di potenziale conflitto di interessi IMPORTANTE: la veridicità delle dichiarazioni rese dal dipendente sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 NON viene verificata in questa fase		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	
			5	A seguito dell'istruttoria il Dirigente firma l'autorizzazione o il nulla osta, oppure un motivato diniego allo svolgimento dell'attività	30 gg. Dalla data di protocollazione	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane								ALTO			Nomina e funzionamento del Comitato Tecnico per le verifiche delle dichiarazioni di conflitto di interesse						
			6	L'autorizzazione o il nulla osta (o diniego) viene inviato al richiedente	30 gg dalla data di protocollazione o di completamento dell'istanza	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	
			7	Tutti i dati relativi alla pratica vengono registrati su documenti interni		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	
			8	I dati relativi alle autorizzazioni vengono inseriti sul portale Perlapa	15 gg. dalla data di firma dell'autorizzazione	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	
			9	Il richiedente invia l'autorizzazione o il nulla osta al committente		Richiedente																	
			10	A seguito dell'attività svolta il committente liquida i compensi spettanti al dipendente e lo comunica alla Asl3 (Anagrafe delle prestazioni)	La comunicazione deve avvenire entro 15 gg. Dal pagamento	Committente			L'ente privato dimentica di trasmettere la comunicazione di avere pagato il dipendente	esterno	manca di controlli/ignoranza della legge												
			11	Al ricevimento di una comunicazione relativa all'Anagrafe delle prestazioni (avvenuto pagamento ad un dipendente) viene verificato che la per la prestazione specificata sia presente un nulla osta o una autorizzazione e che il relativo importo sia congruo		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	
			12	I dati sul numero di autorizzazioni e nulla osta concessi/rifiutati nel corso dell'anno vengono inviati al RPCT	comunicazione trimestrale	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																	

[illegible]

MAPPATURA ATTIVITA'-FASI-AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO												
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPORALITA' FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche in previsione della norma o da prevedere interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/competente della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	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							
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori			
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane - Previdenziale	1	PROCESSO RELATIVO AL COLLOCAMENTO A RIPOSO DEL PERSONALE CON CORRESPONSIONE DEL TRATTAMENTO PENSIONISTICO E DELLA LIQUIDAZIONE	1	specifico appuntamento con il dipendente al fine di una puntuale verifica dei requisiti pensionistici e del relativo trattamento pensionistico in osservanza della normativa vigente		S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			2	presentazione di un'apposita domanda di collocamento a riposo nel rispetto del preavviso contrattuale e legale ivi previsto e conseguente presa d'atto dell'Ente datore di lavoro con un provvedimento interno a firma Dirigenziale		Dipendente/S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			3	trasmissione della domanda di accredito pensionistico all'INPS da parte del dipendente per via telematica se munito di SPID/CNS oppure tramite l'ausilio di un Patronato di fiducia		Dipendente/Patronato																		
			4	istruttoria interna: ricostruzione dell'intera carriera del dipendente, anche presso Enti o servizi esterni all'attuale datore di lavoro, sia dal punto di vista giuridico che retributivo con l'utilizzo della documentazione cartacea presente nel fascicolo personale e di quella elettronica caricata nelle distinte banche dati in possesso del datore di lavoro		S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane		Basso	Irregolare istruttoria a seguito di errore materiale nella fase di elaborazione del dato giuridico o retributivo, tuttavia sottoposto a due fasi di controlli la prima da parte del Responsabile dell'Ufficio e quella conclusiva del procedimento dall'INPS		scarsità del personale	BASSO												
			7	comunicazione dell'esito dell'istruttoria e dei relativi dati all'INPS tramite applicativo in condivisione		S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane			Irregolare trasmissione informatica dei dati utili al pensionamento, tuttavia preliminare controllo automatizzato da parte dell'INPS		scarsità del personale													
			8	acquisizione ed elaborazione di tutti i dati emessi dal datore di lavoro ed emissione del decreto di pensione o rigetto dell'istanza pensionistica		INPS																		
			9	acquisizione ed elaborazione di tutti i dati del datore di lavoro ed emissione del decreto di I.P.S. o T.F.R.		INPS																		
	2	Processo relativo alla ricongiunzione e riscatto	1	specifico appuntamento con il dipendente al fine di una puntuale verifica dei presupposti di legge per accedere alla domanda di ricongiunzione e/o riscatto ai fini pensionistici		S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			2	trasmissione della domanda all'INPS da parte del dipendente per via telematica se munito di SPID/CNS oppure tramite l'ausilio di un Patronato di fiducia		Dipendente/Patronato																		
			3	istruttoria interna: ricostruzione dell'intera carriera del dipendente, anche presso Enti o servizi esterni all'attuale datore di lavoro, sia dal punto di vista giuridico che retributivo con l'utilizzo della documentazione cartacea presente nel fascicolo personale e di quella elettronica caricata nelle distinte banche dati in possesso del datore di lavoro		S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane		Basso	Irregolare istruttoria a seguito di errore materiale nella fase di elaborazione del dato giuridico o retributivo, tuttavia sottoposto a due fasi di controlli la prima da parte del Responsabile dell'Ufficio e quella conclusiva del procedimento dall'INPS		scarsità del personale	BASSO												

[illegible]

MAPPAURA ATTIVITA' / FAS / AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO													
STRUTTURA	N. processo	DETERMINAZIONE PROCESSO	N. dell'azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo prendendo anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FAS/AZIONI (Indicare quale tempestività è prevista dalla norma e da procedura interna sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/fasi decise)	Esecuzione fase (Struttura e/o Settore responsabile/competente alla implementazione)	Indicare attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Dovuto (Indica)	MODALITA' COMPLETAMENTO (CORRUTTIVO) (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI (CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI)	STIMA DEL RISCHIO	FAS/FU/ COIPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDEQUISITE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TEMPO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA								
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori				
1	Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali afferenti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Socioassistentaria		1	Previsione della Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale nell'Atto di Autonomia Aziendale		S.C. Affari Generali		Aggiornare candidati prior alla necessaria competenza o esperienza a ricoprire l'incarico di Responsabile di Struttura Semplice o di Struttura Semplice Dipartimentale				MEDIO						Continuazione di apposito gruppo di lavoro	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro	Fino al 31/03/2025	Direzione responsabile della S.C.	Atto (nota, mail) in cui il responsabile di S.C. individua i membri del gruppo di lavoro			
			2	Richiesta della Direzione di afferenza di indicazione Avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice o della Struttura Semplice Dipartimentale		Direzione Sanitaria o Direzione Socioassistentaria														Integrazione del gruppo di lavoro	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro, ad integrazione	Fino al 31/03/2025	Direzioni	Atto (nota, mail) in cui il Direttore individua i membri del gruppo di lavoro	
			3	Graduazione della Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale		Direttore S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo														Svolgimento di almeno un incontro	1) Condivisione di criteri oggettivi per la valutazione dei CV dei candidati e per la valutazione dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale	Fino al 30/06/2025	Gruppo di Lavoro	Verbale (o verbali) del Gruppo di lavoro che rendiconta le attività svolte durante l'incontro (o gli incontri)	
			4	Indizione Avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice o della Struttura Semplice Dipartimentale	Immediata, dopo il ricevimento della graduazione	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale e n. 1 Assistente amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane													Predisposizione di una bozza di regolamento	Aumentare il rispetto dei principi di trasparenza e di parità di trattamento tra i dirigenti sanitari valutando criteri oggettivi per la valutazione comparativa	Fino al 15/07/2025	Gruppo di Lavoro	Trasmissione al responsabile di S.C. del regolamento	
			5	Raccolta delle domande e consegna delle stesse alla Direzione di afferenza per predisposizione relazione	Tempestiva, dopo la scadenza del Bando	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 2 Assistenti amministrativi afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane														Trasmissione formale di una nota con cui si comunica il regolamento	Pubblicare il regolamento su Amministrazione Trasparente o sulla nostra intranet	Fino al 02/08/2025	Direzione responsabile S.C.	Regolamento pubblicato
			6	Predisposizione relazione contenente la proposta di conferimento dell'incarico		- Direttore di Struttura Complessa di afferenza per l'incarico di Struttura Semplice quale articolazione interna di Struttura Complessa - Direttore del Dipartimento o di Distretto, o dei Direttori della Struttura Complessa di afferenza al Dipartimento o Distretto per l'incarico di Struttura Semplice a valenza dipartimentale o distrettuale			Predisposizione relazione contenente la proposta di conferimento dell'incarico, in attesa di criteri predefiniti				Eccessiva discrezionalità/Ausenza di criteri predefiniti								Applicazione efficace dei criteri contenuti nel regolamento	Conferimento degli incarichi dirigenziali (o per il prorogio al incarichi di funzione dirigenziali diversi) valutando le candidature sulla base dei criteri contenuti nel regolamento	Fino al 02/08/2025	Direzione responsabile S.C.	Evidenza che le valutazioni comparative per il conferimento di incarichi dirigenziali vengono effettuate con l'applicazione dei criteri contenuti nel regolamento a partire dalla pubblicazione del regolamento
	2	Proroga di incarichi dirigenziali gestionali (Stabilità e sostituzioni)	7	Predisposizione Deliberazione conferimento incarico di Responsabilità di Struttura Semplice o Struttura Semplice Dipartimentale	Tempestiva	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale e n. 1 Assistente amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane																		
			8	Predisposizione contratto individuale d'incarico	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			9	Eventuale rinnovo o proroga dell'incarico	Alla scadenza dell'incarico	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore Amministrativo-Professionale e n. 1 Assistente Amministrativo afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			1	Segnalazione alla Direzione di afferenza della scadenza dell'incarico (Stabilità o sostituzioni) di Direzione di Dipartimento o di Struttura Complessa o di Responsabilità di Struttura Semplice o di Struttura Semplice Dipartimentale con contrattuale proposta di relativa azione	Circa 45 giorni prima della scadenza dell'incarico	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari, afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																		
			2	Comunicazione, da parte della Direzione di afferenza, in merito alla proroga da porre in essere in vista della segnalata scadenza dell'incarico		Direzione Generale, Direzione																			
			3	Richiesta della Direzione di afferenza, per non compromettere la continuità delle ordinare dinamiche gestionali e funzionali della Struttura, di proroga dell'incarico di Direzione del Dipartimento o della Struttura Complessa o di Responsabilità di una Struttura Semplice o di una Struttura Semplice Dipartimentale, nella more dell'espletamento delle procedure concorsuali		Direzione Generale, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direzione Socioassistentaria																			
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane - SPHS		4	Predisposizione Deliberazione di proroga dell'incarico (Stabilità o sostituzioni) di Direzione di Dipartimento o di Struttura Complessa o di Responsabilità di Struttura Semplice o di Struttura Semplice Dipartimentale	Tempestiva	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale - Area dei professionisti della salute e dei funzionari e n. 1 Assistente amministrativo - Area degli assistenti, afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																			
		1	Predisposizione Regolamento incarichi: Tipologie, graduazione, procedura economica, requisiti, procedure e modalità di conferimento, durata, valutazione e revoca		Direzione Generale																				
		2	Istituzione assetto incarichi di posizione, incarichi di funzione organizzativa e incarichi di funzione professionale personale del Comparto con relativa indicazione		Direzione Generale		Individuazione di incarichi di posizione e di funzione senza tenere conto della effettiva importanza strategica dell'area			Monopolio di competenza / Eccessiva discrezionalità															
		3	Individuazione incarichi di posizione, incarichi di funzione organizzativa e incarichi di funzione professionale da bandire in base alle priorità aziendali		Direzioni competenti		Priorità data ai bandi non in funzione dell'effettiva necessità di coprire il posto			Discrezionalità															
		4	Predisposizione bando	Immediata	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale e n. 1 Assistente amministrativo, afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																			
		5	Provvedimento approvazione bando	Immediata	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 1 Collaboratore amministrativo-professionale e n. 1 Assistente amministrativo, afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																			
		6	Ammissione candidati secondo Regolamento	Immediata dopo la scadenza del Bando, procedendo eventualmente a step sulla base delle indicazioni della Direzione competente	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	n. 2 Collaboratori amministrativi-professionali e n. 1 Assistente amministrativo, afferenti alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Verifica con Servizio esterno a S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane circa equiparazione ed equivalenza titoli di studio dipendenti che hanno presentato domanda per incarichi ruolo sanitario e ruolo socioassistentario, afferenti a Direzione Sanitaria e a Direzione Socioassistentaria			Monopolio di competenza															
		7	Individuazione Componenti Commissioni da designare in base al Regolamento/Bando		Direzioni competenti		Marcata alternanza nell'individuazione dei Componenti dalle Commissioni			Eccessiva discrezionalità															
8	Individuazione Segretari Commissioni di valutazione	Immediata dopo la scadenza del Bando, procedendo eventualmente a step sulla base delle indicazioni della Direzione competente	Direzione Amministrativa n. 1 in suo vece, Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane		Marcata alternanza nell'individuazione dei componenti addetti alle segretarie			Eccessiva discrezionalità / Assenza/scarità del personale / Scarità di competenza del personale / Indisponibilità del personale individuato																	

MAPPAUTA ATTIVITÀ (RAZI-ADIZIONE)								SINCRONIA EVENTI (RISCHIO) (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N. Procedura	INIZIATIVA/PROCEDURA	N. Fase/Attività	DESCRIZIONE FAS/ADIZIONE (Descrivere le singole fasi del processo procedente anche "come", "in che modo", "con quale risultato")	TEMPORALITÀ REALIZZAZIONE (Indicare delle tempistiche o previste della sezione o da prevedere almeno nella fase delle implementazioni)	Esecuzione fase (Struttura e Sistema responsabile/competente e delle implementazioni)	Risorse attese (Indicare la risorsa/risorse della fase o di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITÀ COMPORTAMENTO COGNITIVO (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 RIDURRE I SUOI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TERMINE	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1	Procedura negoziata ai sensi del DL n. 76/2020 come modificata da DL 77/2021 (sopra 1.330.000 € e sotto la soglia comunitaria) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento		Struttura richiedente		Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale		ALTOBASSO										
			2	Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio		S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
			3	Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore		S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
			4	Acquisizione del CIG sul portale ANAC		S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
			5	Effettuazione ricerca di mercato tramite redazione di un avviso di manifestazione di interesse		S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
			6	Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o su quotidiani locali e nazionali)		S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore Mancanza di controlli											
	2	Affidamento ai sensi art. 7.1 del regolamento attuato per gli affidamenti sotto soglia (importo < € 5.000.00 IVA esclusa)	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento	Tempistiche variabili a seconda delle esigenze della Struttura richiedenti	Struttura richiedente	Utile del Cdc richiedente	Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale			ALTO									
			2	Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			3	Acquisizione del Codice identificativo di gara (Smart C.I.G.) sul portale ANAC	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla verifica preadizionale alla scelta del contraente (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			4	Ricezione preventivi	5 giorni	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			5	Analisi preventivi pervenuti	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			6	Emissione ed invio ordinativo di fornitura	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Assistente Amministrativo		Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
	3	Procedura negoziata ai sensi del DL n. 76/2020 come modificata da DL 77/2021 (sopra 1.330.000 € e sotto la soglia comunitaria) Viene pubblicato un avviso di manifestazione di interesse	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento	Tempistiche variabili a seconda delle esigenze della Struttura richiedenti	Struttura richiedente	Utile del Cdc richiedente	Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale			ALTO									
			2	Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			3	Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			4	Predisposizione atti per la selezione del contraente	1 settimana	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			5	Acquisizione del CIG sul portale ANAC	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			6	Pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse (sul sito aziendale e/o su quotidiani locali e nazionali)	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
	4	Affidamento diretto < € 130.000 €, ai sensi del DL 76/2020 come modificato da DL 77/2021 - La procedura è la stessa rispetto a quella ordinaria di modifica solo la soglia di importo	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento	Tempistiche variabili a seconda delle esigenze della Struttura richiedenti	Struttura richiedente	Utile del Cdc richiedente	Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale			ALTO									
			2	Analisi della richiesta di acquisto pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Individuazione caratteristiche	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			2	Predisposizione della richiesta di offerta	2 giorni	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			4	Invio richiesta offerta agli operatori economici	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			Gestione non sistematica degli adempimenti relativi alla trasparenza (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			5	Ricezione offerta	15 giorni	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo															
			6	Invio delle offerte tecniche agli esperti incaricati o alle commissioni tecniche per le valutazioni di idoneità o di qualità	1 giorno		1 Collaboratore Amministrativo															
	5	Acquisti sopra soglia (Chiusura dell'offerta economicamente più vantaggiosa)	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento (e relativo Capitolato)	Tempistiche variabili a seconda delle esigenze della Struttura richiedenti	Struttura richiedente	Utile del Cdc richiedente	Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale	mancanza di controllo		ALTO									
			2	Analisi della richiesta di acquisto (e relativo Capitolato) pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio	2 giorni	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			3	Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			4	Predisposizione atti di gara	1 settimana		1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			5	Predisposizione provvedimento di indicazione di gara	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			6	Acquisizione del CIG sul portale ANAC	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
	6	Acquisti sopra soglia (Chiusura del minor prezzo)	1	Predisposizione richiesta di approvigionamento (e relativo Capitolato)	Tempistiche variabili a seconda delle esigenze della Struttura richiedenti	Struttura richiedente	Utile del Cdc richiedente	Favorire un determinato operatore economico	Ricerca tecnica non esaustiva nell'individuazione delle caratteristiche dei beni/servizi richiesti (nei limiti degli acquisti in regime di privativa industriale)	Asiendale	mancanza di controllo		ALTO									
			2	Analisi della richiesta di acquisto (e relativo Capitolato) pervenuta dagli utilizzatori del bene/servizio	2 giorni	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			3	Richiesta di autorizzazione ad avviare la procedura di affidamento al competente ente aggregatore	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			4	Predisposizione atti di gara	1 settimana		1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			5	Predisposizione provvedimento di indicazione di gara	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											
			6	Acquisizione del CIG sul portale ANAC	1 giorno	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	1 Collaboratore Amministrativo		Gestione non sistematica delle verifiche di mercato (Rispetto procedura formale)	Asiendale	Accentramento di funzioni ad un unico operatore, Monopolo di competenza, Monopolo di potere, Mancanza di rotazione del personale											

Mappatura ATTIVITA'-FASI-AZIONI						SCHEMA EVENTI RISCHIOSI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N_Processo	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					
															Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
			1	RICEZIONE RECLAMO: • posta ordinaria all'indirizzo: Ufficio Stampa e della Comunicazione e Ufficio Relazioni con il Pubblico - Settore Ufficio Tutela e Partecipazione, via Bertani 4 - 16125 Genova; • posta elettronica all'indirizzo: tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it; • compilando la scheda di segnalazione (modello cartaceo) disponibile presso la rete degli URP, gli sportelli unici, i principali punti di accoglienza dell'Azienda e scaricabile dal sito aziendale www.asl3.liguria.it . il modulo cartaceo può essere inviato: per posta ordinaria all'indirizzo sopra specificato, via e-mail all'indirizzo di posta elettronica riportato sopra, via fax al numero 010 849 7625 oppure consegnato direttamente agli operatori dell'URP e dell'Ufficio Accoglienza dei Distretti.	URP-Tutela		Mancata trasmissione al Settore URP-Tutela da parte delle Strutture che ricevono il RECLAMO		monopolio competenza/assenza di procedure (da parte delle Strutture)											
			1.2	RICEZIONE RECLAMO: • Ricevuto il Reclamo nelle forme sopradescritte, avviene la Protocolloazione tramite procedura istituzionale.	URP-Tutela															
			2	PRESA IN CARICO: • Registrazione del Reclamo sulla piattaforma informatizzata "Sportello polifunzionale" profilo di utenza URP Gestionale: inserimento dati anagrafici dell'assistito e/o del richiedente; oggetto; classificazione del reclamo; struttura segnalata; numero di protocollo e data di protocollazione del reclamo.	URP-Tutela															
			2.2	PRESA IN CARICO: • invio all'utente a mezzo e-mail, per le segnalazioni pervenute via e-mail, della presa in carico dell'istruttoria, dove non indicato un indirizzo e-mail si comunica all'utente telefonicamente la presa in carico dell'istruttoria.	URP-Tutela															
			2.3	PRESA IN CARICO: • La registrazione del Reclamo sulla piattaforma informatizzata "Sportello polifunzionale" dell'istruttoria produce in automatico un numero progressivo di identificazione.	URP-Tutela															
			3	GESTIONE DEL RECLAMO: • I tempi di Risposta alla segnalazione dal momento della ricezione della stessa sono: - entro 30 giorni lavorativi - entro 60 giorni in caso di interlocutoria - entro 90 giorni in caso di sospensione	URP-Tutela															
			3.1	GESTIONE DEL RECLAMO: • Risposta da parte della Struttura: trasmissione nota alla Struttura coinvolta contenente le istruzioni relative alle modalità di risposta. La Struttura coinvolta risponde al cittadino attraverso il canale dalla stessa ritenuto più opportuno e previa supervisione del Settore URP-Tutela.	URP-Tutela															

1

Reclamo

3.2	GESTIONE DEL RECLAMO: • Risposta da parte dell'URP-Tutela: trasmissione nota alla Struttura coinvolta contenente le istruzioni relative alle modalità di risposta, con richiesta di predisposizione relazione di merito da parte della Struttura competente. Il settore URP-Tutela, sulla base della relazione risponde previa valutazione: - con lettera al segnalante: a) con nota a firma del Direttore Generale (previo invio della bozza della risposta alla Direzione Sanitaria per segnalazioni di carattere sanitario o alla Direzione Socio Sanitaria per segnalazioni di carattere socio sanitario o alla Direzione Amministrativa per segnalazioni di carattere amministrativo); b) nota a firma del Direttore Sanitario per ciò che afferisce alla Direzione sanitaria; c) nota a firma del Direttore Socio Sanitario per ciò che afferisce alla Direzione Socio Sanitaria; d) nota a firma Direttore Amministrativo per ciò che afferisce alla Direzione Amministrativa.	URP-Tutela
3.3	GESTIONE DEL RECLAMO: • Durante l'istruttoria il Settore URP-Tutela effettua una serie di azioni propedeutiche a fornire risposta all'utente nei termini previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela. L'azione di sollecito alle Strutture interessate viene effettuata secondo le seguenti modalità e tempistiche nel caso in cui la struttura non rispondesse alla prima nota di trasmissione: memo via mail 7 gg dalla trasmissione; mail/telefonata 15 gg dalla trasmissione; sollecito via mail 18gg dalla trasmissione; sollecito telefonico 20gg dalla trasmissione. Tali solleciti ad eccezione fatta per il il memo a 7gg, con lo Stato Pandemico per gli anni 2020 e 2021, che hanno visto tutte le Strutture di ASL3 coinvolte nel fronteggiare l'emergenza, sono stati effettuati attraverso una cadenza flessibile rispetto a quanto descritto, con lo scopo di trovare un equilibrio tra la situazione vissuta dalle Strutture interessate e l'utente.	URP-Tutela
3.4	GESTIONE DEL RECLAMO: • Realizzazione di un documento in Excel per monitorare i tempi di risposta. Report settimanali sullo stato di avanzamento dell'istruttoria per ogni singolo reclamo. Valutazione per eventuale attivazione interlocutoria o sospensione nei casi di maggior complessità.	URP-Tutela
4	CHIUSURA DEL RECLAMO SULLA PIATTAFORMA INFORMATIZZATA "SPORTELLO POLIFUNZIONALE": • Inserimento nella pratica relativa al singolo reclamo, identificato dal numero di registrazione, delle modalità adottate per la risposta all'utente, della data di invio della risposta medesima nonché della data di chiusura del procedimento stesso.	URP-Tutela
4.2	CHIUSURA DEL RECLAMO SULLA PIATTAFORMA INFORMATIZZATA "SPORTELLO POLIFUNZIONALE": • Tutte le pratiche istruite e concluse relative ad ogni singolo reclamo, previa digitalizzazione della documentazione di riferimento, sono inserite e conservate in archivio digitale (cartella condivisa denominata ARCHIVIO URP_TUTELA) La Società Liguria Digitale è responsabile della sicurezza dei dati che avviene attraverso un back-up giornaliero.	URP-Tutela

Mancata risposta nei tempi prestabiliti

Anche a causa del Covid la Struttura non predispone il riscontro al Settore URP-Tutela impedendo quindi di fornire la risposta al cittadino nei tempi adeguati andando fuori dai tempi previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela

monopolio competenza

MEDIO

MAPPATURA ATTIVITA' /FASI-AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche in base alle norme o da prevedere in base alle risorse e alle esigenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/Competenza della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, dell'incaricato o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRETTIVO (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					
				Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile		Indicatori													
SC SPP	1	Redazione del documento di valutazione del rischio	1A	Comunicazione del rischio lavorativo da parte della Struttura attraverso la compilazione di checklist redatte dal SPP		Tutte le Strutture		Rischio di non effettuare tutti monitoraggi previsti								Piano di Monitoraggio	Predisposizione di una griglia in costante aggiornamento in cui si rappresentino tutte le misure individuate sulla base dei sopralluoghi svolti e della valutazione dei rischi e le tempistiche previste per il monitoraggio e il suo esito	Dare evidenza delle misure esistenti, degli uffici coinvolti nelle tempistiche del monitoraggio-effettuato per verificare l'effettiva attuazione della misura ed esito del monitoraggio		Dirigente Responsabile grg con il supporto del gruppo di lavoro predisposto	Predisposizione di una bozza del piano di monitoraggio	
			1B	Segnalazione da parte delle strutture dei rischi legati alla sicurezza		Tutte le Strutture											Inserimento nella cartella condivisa del SPP del Piano di monitoraggio e pubblicazione dello stesso nella sez. Amministrazione Trasparente	rendere trasparente l'effettiva situazione dei monitoraggi e il loro esito a tutti i dipendenti		Dirigente Responsabile grg con il supporto del gruppo di lavoro predisposto	Piano di monitoraggio nella cartella di rete e in Amministrazione Trasparente	
			2	Trasmissione delle check list alle strutture per l'individuazione dei fattori di rischio		2 (amministrative)																
			3	Individuazione dei fattori di rischio specifico legati alle mansioni, trasversali, ambientali		9 (tecnici)																
			4	Valutazione del rischio sulla base delle check list		9 (tecnici)																
			5	Programmazione del sopralluogo in tutte le strutture dove è necessario oppure in tutte le strutture che segnalano una criticità		9 (tecnici)																
			6	Predisposizione di documentazione e verbalità di sopralluogo		9 (tecnici)																
			7	Validazione del rischio sulla base del sopralluogo svolto		9 (tecnici)																
			8	Individuazione delle misure di sicurezza correttive (trattamento del rischio)																		
			9	Comunicazione ai datori di lavoro delegati e ai sub-delegati delle misure da adottare nei confronti dei processi a rischio medio e alto		9 (tecnici)																
			10	Successivo monitoraggio dell'applicazione delle misure adottate		9 (tecnici)			Mancata evidenza dei monitoraggi effettuati		Mancanza di trasparenza											
	11	Pubblicazione annuale del DVR (Revisione periodica del DVR a seguito delle valutazioni delle check list, delle segnalazioni delle strutture, dei cambiamenti di destinazione d'uso dei locali e/o dei cambiamenti del ciclo lavorativo)		9 (tecnici)																		
	2	Redazione del documento di valutazione del rischio e interferenze	1	Trasmissione da parte del provveditorato- Sia- Area tecnica del capitolato speciale d'appalto		Provveditorato- Sia- Area tecnica del capitolato speciale d'appalto		Rischio di mancata redazione del DUVRI definitivo a causa della mancata segnalazione della ditta vincitrice														
			2	Individuazione dei rischi interferenti derivanti dalle attività oggetto dell'appalto nei luoghi di lavoro aziendali (DUVRI)		IGPP																
			3	Trasmissione del DUVRI agli Uffici che deve essere allegato al capitolato di gara (prima della gara)		IGPP																
			4	Incontro con la Ditta vincitrice dell'appalto al fine di integrare il DUVRI preliminarmente con le "interferenze" effettive della stessa ditta		IGPP e ditta vincitrice appalto			Mancata effettuazione dell'incontro		Mancanza di controlli											
			5	Redazione DUVRI definitivo comprensivo dei rischi della ditta		IGPP																
			6	Trasmissione di una copia del DUVRI all'ufficio debitamente firmato dalla ditta appaltatrice		IGPP e ditta vincitrice appalto																

MAPPIATURA ATTIVITA' (ERAZIONE)								BONUM EXISTENS (CERTIFICAZIONE DEL BUDINO)				TRATTAMENTO DEL BUDINO														
STRUTTURA	N. processo	DECOMPOSIZIONE PROCESSO	N. fase/Attività	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo presentando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPERATURE FASI/AZIONI (indicare quale temperatura in servizio dalla norme o da procedure interne nella durata dell'esecuzione dell'attività)	Esecuzione fase (Struttura e Settore responsabile/competenza nella implementazione)	Descrizione attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (check)	MODALITA' COMPORTAMENTO COGNITIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABLUTANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	RAO PUN' ESPOSIT	DESCRIZIONE FATTORI ABLUTANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABLUTANTI, CON COSTI RAZIONOVOLI E REALIZZABILI NEL TRINUMIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA									
																		Pati per l'attuazione		Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori			
	1	Colloquio Lascio/Forniture Verifica conformità (Dlgs 162/2006 art. 102)	1	Predisposizione della commissione di verifica della fatture o dei lavori eseguiti composta da tecnici SIA	La commissione viene stabilita alla stesura del capitolato tecnico come da procedura interna	SIA	Il colloquio viene eseguito dal funzionario referente in materia		verifica dei requisiti non corretta	interno	escessive discrezionalità da parte della commissione	MEDIO														
			2	controllo delle attrezzature fornite (a campione) o del lavoro eseguito	il controllo viene eseguito alla consegna dell'attrezzatura o alla messa in produzione dell'applicativo. Procedura interna	SIA	il controllo, eseguito dalla commissione di colloquio, viene consuntivato dal funzionario referente		Mancanza di trasparenza nella documentazione fornita	interno	1) controllo superficiale della funzionalità dei sistemi 2) controllo superficiale della documentazione della documentazione a corredo															
			3	Stesura verbale di colloquio e firme congiunte del fornitore e della commissione di colloquio	il verbale viene steso dopo aver eseguito il colloquio. Procedura interna	S.I.A. e struttura utilizzatrice del sistema	il verbale di colloquio viene firmato congiuntamente dal referente del SIA e della struttura utente del programma. Nel caso di attrezzature informatiche viene firmato dal referente SIA			interno																
			4	Emissione fatture da parte del fornitore	La tempestività di emissione fattura viene stabilita dal fornitore	Ditta fornitrice				Esterno																
	2	Adesione Accordi Quadro/Convenzioni stipulate da Liguria Digitale in qualità di Centrale Acquisti Regolate per l'Informatica L.R. 42/2006	1	Acquisizione parere della Struttura utente per la stipula del contratto	Due mesi prima della scadenza del contratto. Procedura interna	SIA	Dirigente S.C. SIA	Omissione adempimenti relativi ai criteri di imparzialità, libera concorrenza al fine di favorire una determinata ditta o professionista		interno		MEDIO														
			2	Stesura capitolato speciale	L'attività inizia dopo l'acquisizione del parere della struttura. Procedura interna	SIA e struttura utilizzatrice	Dirigenti delle strutture (SIA e struttura utente)		stesura capitolato non corretto	interno	1)revisione requisiti volti a favorire particolari operatori economici 2)eccessiva discrezionalità dovuta anche alla mancata condivisione tra le S5.CC. coinvolte															
			3	Trasmissione determina a contrarre a Liguria Digitale	Non esiste una specifica normativa. La determina a contrarre viene inviata al fornitore della stesura del capitolato	SIA	Dirigente S.C. SIA			interno																
			4	Adesione Accordo Quadro trasmesso da Liguria Digitale al fornitore a Liguria Digitale e contrattualizzare con il fornitore per conto di ASL3	Non esiste una specifica normativa. L'adesione avviene dopo il ricevimento dell'Accordo Quadro	SIA	Dirigente SIA			interno																
			5	Ricevimento contratto discendente da Accordo Quadro e adesione relativo provvedimento	Non esiste una specifica normativa. Il provvedimento viene adottato a seguito del ricevimento del contratto	SIA	Dirigente SIA			interno																
	3	Gestione liquidazione tecnica fatture per acquisizione beni e servizi	1	VERIFICA DELLA CONFORMITA' TECNICA DEL BENE/SERVIZIO ACQUIRITO (COLLAUDO): istituzione di una commissione di colloquio formata da tecnici SIA e utenti del bene/servizio			SIA e Struttura utilizzatrici		Valutazione parziale della conformità tecnica. Numero insufficiente di competenze specifiche dei componenti della commissione di colloquio	interno	Mancanza di controlli	MEDIO														
			2	RICEVIMENTO FATTURA			S.C. Programmazione e Gestione Forniture																			
			3	RICHIESTA ALLE STRUTTURE UTENTI VERIFICA DELLA CONFORMITA' DELLA FATTURA RISPETTO ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI			SIA e Strutture utilizzatrici		Valutazione superficiale della conformità della fattura. Mancato utilizzo di una corretta procedura formale di verifica da parte delle strutture utenti	interno	Mancanza di controlli (Mancanza di una procedura sistematica per la raccolta delle verifiche atte a confermare la congruità per la liquidazione)															
			4	INVIO ALLA S.C. GESTIONE E PROGRAMMAZIONE FORNITURE DELLA CONFERMA CONGRUITA' DELLA FATTURA PER LIQUIDAZIONE: dopo la verifica positiva della conformità tecnica del bene/servizio o dopo aver ricevuto conferma di conformità della fattura dalle strutture utenti			SIA		La conferma di congruità viene inviata senza aver compilato le fasi prospettiche	interno																
SC SA	4	Gestione telefonata fissa (servizi telefoniche, apparati di telefonia, apparecchi telefonici IP e Analoghi, Voce e Fax Service)	1	Sezione di tutti i punti rete e telefoni centrali (circa 15.000 dispositivi in rete, 2000 centrali di rete (o Gateway) per 200/220) sarà distribuita su tutto il territorio di ASL attraverso la retezione di mail da parte di utenti che chiedono l'attivazione di un punto telefonico o di una registrazione di guasto/osservazione		SSD TELECOMUNICAZIONI	n 2 operatori e il dirigente				MEDIO															
			2	Quanto delle richieste e relativi alle ditte che si occupano di implementazione fornitori principali: i materiali per telefonia (sia per la rete interna sia per l'esterna), i telefoni (per centrali e reti) quest'ultima società ha affidato il servizio a due ditte subappaltatrici		SSD TELECOMUNICAZIONI																				
			3	Esecuzione dell'attività di attivazione o di riparazione		Ditta esterna																				

[illegible]

MAPPAUTA ATTIVITA' /AZI- AZIONI									SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
STRUTTURA	N. Processo	DESCRIZIONE PROCESSO	N. Azioni	DESCRIZIONE FASIAZIONE (Indicare le regole del processo precisando anche "come", "in che modo" - sempre nella prima colonna)	INTERVENTO FASIAZIONE (Indicare delle tempistiche se previste dal tempo e di precisione intorno sulla durata e sulla scadenza delle singole attività/azioni)	Responsabile Fasi (Indicare la struttura e la funzione responsabile/compente della implementazione)	Eventuale attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di persone coinvolte)	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 SU FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO						PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
1		Sperimentazioni individuali in ambito formativo	1a)	In caso di proposta esterna: invio nota di richiesta trasmessa via PEC, con allegato il modulo di A1, relativo alla richiesta di partecipazione ad attività formative sponsorizzate dalla stessa Società (attestando tra l'altro di avere preso visione del regolamento specifico)	60 giorni prima dell'evento	Ditta sponsor		Rapporti economici personali o familiari o finanziati con lo sponsor, tali da generare un potenziale conflitto di interessi e indurre a favorire l'acquisto di prodotti fabbricati e/o distribuiti dalla ditta promotrice l'evento formativo.	Spesso lo sponsor contatta direttamente il dipendente		manca di controlli																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

2

[illegible]

[illegible]

[illegible]

MAPPATURA ATTIVITÀ RAGI-AZIONI									SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO																								
STRUTTURA	N° Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N° Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere la singola fase del processo prendendo anche "come", "a che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche su periodo della routine o da prendere almeno nella durata e sulla cadenza delle singole attività/fasi descritte)	Descrittori base (Struttura e o Settore responsabile/competent e della implementazione)	Descrittori attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altre soggetti e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITÀ COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDICATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TEMPO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA																				
				Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile										Indicatori																				
1		Controllo attività extra-istituzionale	1	Al sensi dell'articolo 5 del Regolamento del Servizio Ispettivo e Attività Extra-istituzionali del personale dell'ASL 3, di cui alla deliberazione n. 132 del 24 febbraio 2015 verrà effettuato il sorveglianza pubblico di dipendenti che saranno oggetto di verifica, secondo le tipologie e le percentuali disuguali riportate.	Una volta all'anno	Interna	Responsabile di struttura e gruppo di lavoro																														
			2	Personale sorvegliato per le attività del 2022: 3) Incarichi extra-istituzionali (Dirigenza) 5% 2) Incarichi extra-istituzionali (Comparto) 5% 3) nulla-osta attività extra-istituzionali (Dirigenza) 2% 4) nulla-osta attività extra-istituzionali (Comparto) 2% 5) L. 104/92 2%																																	
			3	Le operazioni di sorveglianza hanno natura pubblica: i dipendenti interessati potranno assistere al sorveglianza stessi fuori dall'orario di lavoro																																	
			4	Sarà presente comunque un rappresentante della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																																	
			5	La presente informativa è pubblicata sul sito intranet aziendale on-line almeno dieci giorni prima del sorveglianza																																	
			6	Quest'anno il sorveglianza pubblico è stato effettuato il giorno 14 febbraio alle ore 10.00 presso la sala riunioni al piano -2 di via Bertani 4																																	
			7	Erano presenti il Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Citala, il Direttore del Servizio Ispettivo Dr. Michele Milione, la Dr.ssa Daniela Tosi Componente della Commissione di Supporto e il Sig. Fabio Maggio della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane																																	
			8	Alle ore 10.20 il sorveglianza si concludeva																																	
			9	I nominativi dei dipendenti estratti venivano inviati, con tutta la documentazione necessaria per effettuare i controlli necessari, al Servizio Ispettivo e Attività Extra-istituzionali del Personale																																	
			11	Entro il 15 ottobre - Tipo controlli: 1) Extra istituzionali: timbratura cartellino durante l'attività extra-istituzionale; controllo autorizzazione/nulla osta. 2) L. 104: compilazione autorizzazione atto notorio che attestava la corretta fruizione della L. 104; controllo dei giorni fruiti (che non superavano i 3 giorni al mese); non riscontrate irregolarità																																	
			12	Da parte del Direttore Sanitario: trasmissione dei verbali per eventuali attività conseguenti, in caso di irregolarità		Interna	Direttore Generale Direttore Amministrativo Personale																														

			15	Relazione al DS in cui si descrivono le irregolarità (effettività dell'orario e nei giorni di servizio, mancata testimonianza della DPS e ancora svolgimento attività intramoenia in orario di servizio)															
			16	A seconda dei casi procedimento disciplinare a inoltre denuncia all'autorità giudiziaria nei casi più gravi															

MAPPATURA ATTIVITÀ FAI-ALZEM								SCELTA EVENTI RILEVANTI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
STRUTTURA	R. Processo	DESCRIZIONE PROCESSO	R. Area Funz.	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo procedurale, anche "critici", "a rischio elevato" (segnalare rischi))	TEMATICHE FASI/AZIONI (individuare le tematiche su proiezione delle risorse e dei processi interni nelle attività e nelle soluzioni delle singole attività/Fai decise))	Trasparenza Funz. (descrivere a Settori responsabili/competenze della implementazione)	Esecuzione attività (descrivere se l'implementazione della fase è di competenza del dirigente, del tecnico di funzione, del funzionario e di altre figure professionali)	Evento (rischio)	MODALITÀ COMPORTAMENTO COMUNITARIO (COM)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FAI PIÙ ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRAMITO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
S.C. Ignare Alimenti e Nutrizione	1	Controlli ufficiali su Operatori del settore alimentare (OSA)	1	attività ispettiva nella stampa alimentare: controllo di materie prime	attività programmate in base a PRSA e CSE 212/2018 e attività su registrazione di dati relativi a forme di polizia su CSE 212/2018 esempi: FPE, attività di verifica di idoneità alimentare, attività di controllo qualità e attività di controllo dell'OGA in caso di inosservanza attività	S.C. Ignare Alimenti e Nutrizione	Dirigente medico, TAP	controlli ufficiali e altre attività ufficiali: ispezioni, campionamenti, adozione provvedimenti su Reg. (CE) 2017/2425	almeno nell'ambito di funzioni di controllo, accertamento, adozione provvedimenti su Reg. (CE) 2017/2425	Imprese alimentari	specificità dell'attività, scarso numero risorse umane, profilo professionale rilevante	medio		assegnazione pratica, selezione imprese che offrono prodotti, Rete di accertamento della non conformità e Rete di certificazione della sicurezza	Indirizzo vantaggio a sacrificio ad alcuni OSA, trattamento dei dati prodotti e/o garanzia imparzialità e appoggio	verbal e struttura profilata, redazione del protocollo, formalizzazione, implementazione, controllo, gestione di sistema di controllo di qualità, valutazione attività in campo di operatori	esame e controllo dei verbali, conduzione e aggiornamento procedure, controllo di rete condotte, funzioni di gruppo, implementazione gruppi lavoro	programmazione periodica di incontri, trasmissione verbali a TAP con incarico di T.A. e dirigente, attuazione e implementazione controllo qualità	Procedimenti più adeguati e coerenti con la non conformità accertata	1 anno	S.C. Ignare Alimenti e Nutrizione	N. incontri, N. documenti prodotti, N. attività di supervisione
	2	Controlli esterni acque destinate al consumo umano (ACQU)	1	attività di controllo di campioni di ACQU e valutazione rischi	attività programmate su Dlg. 16/2013 e su programmazione regionale annuale o modifiche di implementazione non conformità	S.C. Ignare Alimenti e Nutrizione	Dirigente medico, TAP	protocollo completo, valutazione della qualità	aggiornamento di alcuni gestori, selezione provvedimenti non proporzionali alle non conformità	rete di distribuzione ACQU	specificità dell'attività, scarso numero risorse umane	basso	selezione punti di controllo, valutazione della qualità e attuazione provvedimenti	Indirizzo vantaggio di alcuni gestori	verbal e struttura profilata, programmazione periodica, disciplina di implementazione regionale	registrazione attività su applicativi regionali e aziendali e aggiornamento moduli	attuazione GdL, aggiornamento anagrafica su applicativi aziendali, aggiornamento moduli e	Standardizzazione procedure	1 anno	S.C. Ignare Alimenti e Nutrizione	N. aggiornamenti moduli, N. aggiornamenti schede analitiche	

MAPPA ATTIVITÀ FAS-AZIONI								DOMINIO LAVORO INQUADRO (DEFINIZIONE DEL RUOLO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
STRUTTURA	N° processo	DESCRIZIONE PROCESSO	N° Fase/Azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONE (Indicare le attività fasi del processo previste: azione "come", "in che modo" (origine vocale))	INDICAZIONE FAS/AZIONE (Indicare delle tempistiche o periodo della norma o da procedura interna sulla durata e sulla natura delle azioni e sulla natura delle risorse attribuite)	Modalità FAS/AZIONE (Indicare a chi è attribuita la responsabilità/competenza e della implementazione)	Sintesi (includi)	MODALITÀ COMPORTAMENTO COGNITIVO (COMO)	PERMETTO (DOVE)	FATTORI RILEVANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	RELAZIONE ESISTENTE	DESCRIZIONE FATTORI RILEVANTI	MIGLIORARE ESISTENTI	MIGLIORARE INDICANTI IN GRADO DI INDIRIZZO SUI FATTORI RILEVANTI CON CONTI RAGIONVOLI E RAZIONALI NEL TEMPO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
												Fasi per l'attuazione					Risultato atteso					Tempi di realizzazione					Ufficio Responsabile					Indicatori																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1	Attività di vigilanza territoriale (includi attività di sorveglianza, segnalazione, richiesta della Procura e altri atti)	1	Ricezione della richiesta		S.S. territorio/S.S. Partita/Direzione	Personale amministrativo (3)						ALTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			</

		7	Comunicazione scritta dell'esito agli Interessati	Direzione S.C. PSAL	Medici del servizio PSAL (5). La trasmissione è a carico del Direttore del servizio.		non applicabile	0											
5	INDAGINI SU MALATTIE PROFESSIONALI	1	gestione amministrativa delle segnalazioni/denunce di malattia professionale in entrata	Direzione S.C. PSAL	personale amministrativo (6)	esito non conforme per favore l'interesse di una delle parti (sanatista, lavoratore o medico competente)	non applicabile			MEDIO									
		2	lettura critica della documentazione per applicare la griglia valutativa del Protocollo della Procura	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)		valutazione conforme da Protocollo d'intesa della Procura	internamente all'azienda	mancaenza di controlli, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, inadeguatezza o assenza del personale, eccessiva discrezionalità		X	mancaenza di controlli, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, inadeguatezza o assenza del personale, eccessiva discrezionalità.	la gestione di questa fase è a cura di più figure professionali e le decisioni vengono prese in condivisione						
		3	inserimento dei dati della singola malattia professionale nel data base nazionale INAIL SPESL, MaProWeb	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)		non applicabile												
		4	richiesta di eventuali approfondimenti medici o esecuzione di valutazioni tecniche	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)		mancata effettuazione degli approfondimenti clinici tecnici necessari	internamente all'azienda	eccessiva discrezionalità		X	eccessiva discrezionalità.							
		5	effettuazione di indagini o proposte di archiviazione alla Procura	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)		mancata effettuazione degli approfondimenti clinici tecnici necessari	internamente all'azienda	eccessiva discrezionalità		X	eccessiva discrezionalità.	(2) presenza di una procedura specifica basata sulla linea di indirizzo sulla gestione delle MP della Procura della Repubblica di Genova (2) la attività di indagini sulla singola MP viene effettuata da due operatori PSAL						
		6	In caso di espletamento di indagini, atti necessari alla definizione del caso	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)		mancata effettuazione degli approfondimenti clinici tecnici necessari	internamente all'azienda	eccessiva discrezionalità		X	eccessiva discrezionalità.							
		7	relazione scritta con comunicazione dell'esito alla Procura della Repubblica	Secondo gli accordi stabiliti tra PSAL e Procura della Repubblica di Genova (Difensore Azi. del 27/02/2013)	Direzione S.C. PSAL	Personale ruolo sanitario (medico, tecnico della prevenzione ed infermiere) (5)	modificare la conclusione dell'indagine per interesse dell'azienda, del lavoratore o di terzi richiedendo o ricevendo favori	internamente all'azienda	eccessiva discrezionalità		X	eccessiva discrezionalità.							
6	LAVORI DI DEMOLIZIONE O RIMOZIONE MANOVATO CON O SENZA CARATTERI DI URGENZA	1	Ricezione della richiesta	S.S. territorio/S.S. Porto	Personale amministrativo (6)	1. Limitata discrezionalità nelle eventuali disposizioni tecniche impartite, per via della difficoltà ben definita 2. difficoltà concettuale ad avviare e concludere nei tempi previsti tutti gli accertamenti necessari e le	Rilasciamento della presa in carico o inabilitazione della pratica	internamente all'azienda	scaricò del personale.	MEDIO									
		2	Assegnazione della pratica	S.S. territorio/S.S. Porto	Stipendi incaricati di funzione o in caso di assenza di lavoro della struttura (5)		Rilasciamento della presa in carico o inabilitazione della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.										
		3	Valutazione della completezza e adeguatezza della documentazione inviata	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione dedicato (14)		Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti "non usuali" per il richiedente o viceversa allargando volutamente i tempi d'attesa su aspetti non pertinenti la richiesta.	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.		X	eccessiva discrezionalità.							
		4	Richiesta di eventuali chiarimenti, informazioni o documentazione integrativa	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione dedicato (14)		Gestione non obiettiva evitando l'approfondimento di aspetti "non usuali" per il richiedente o viceversa allargando volutamente i tempi d'attesa su aspetti non pertinenti la richiesta.	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.		X	eccessiva discrezionalità.	E' stato incrementato il personale dedicato alla gestione delle pratiche sanitarie						
		5	Sopraluogo sempre in caso di intervento stabile o in cantiere ed elevato complessità o maggiormente a rischio	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione dedicato (14)		modificare l'andamento del caso allungare per interesse del richiedente o di terzi	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.		X	eccessiva discrezionalità.							
		6	A seconda dei casi: identificazione/tecniche, tecnica del piano o emissione di parere favorevole	Privato e identificazione/tecniche nel 30 giorni. Per i lavori di rimozione in urgenza sulla data a tempo certo entro 40 ore (quando non sono necessari sopralluoghi e sopralluoghi)	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione dedicato (14)	modificare la conclusione del provvedimento per richiedente o ricevendo favori per interesse del controllore o di terzi	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità, mancanza di controlli, eccessiva discrezionalità.		X	eccessiva discrezionalità.							
		7	Nel parere favorevole viene indicata la somma da pagare calcolata sulla base del tariffario regionale di riferimento	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione dedicato (14)	modificare il calcolo del dovuto o non indicare la somma da pagare favorendo il richiedente	internamente all'azienda	mancaenza di controlli, eccessiva discrezionalità.											
7	INDAGINI INFORTUNI	1	Ricezione della segnalazione di infortunio da parte del servizio 118	S.S. territorio/S.S. Porto	personale dirigente e personale tecnico della prevenzione (37)	Esito non conforme per favore l'interesse di una delle parti (sanatista, lavoratore o medico competente)	Non applicabile			MEDIO	X	eccessiva discrezionalità.	Organizzazione interna basata su turni con conseguito presso la centrale nell'immediatezza degli eventi a relazione in modo casuale.						
		2	Ricezione della segnalazione di infortunio da parte di INAIL	S.S. territorio/S.S. Porto	personale amministrativo e personale tecnico della prevenzione (8)														
		3	Ricezione della segnalazione di infortunio da parte delle forze dell'ordine o per delega del Pubblico Ministero	S.S. territorio/S.S. Porto	personale amministrativo (6)		Rilasciamento della presa in carico o inabilitazione della pratica oppure pressioni sulla gestione della stessa.	internamente all'azienda	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità.										
		4	Assegnazione della pratica o archiviazione motivata della segnalazione di infortunio pervenuta da INAIL	S.S. territorio/S.S. Porto	personale tecnico della prevenzione (3) per la valutazione di casi prioritari o dirigenti della struttura o suo sostituto per l'assegnazione (3)						X	eccessiva discrezionalità.	Procedura gestione indagini di infortuni su base INAIL a garanzia dell'applicazione dei criteri negativi e di accidentalità stabiliti dal Protocollo con la Procura						
		5	Assegnazione della pratica a seguito di segnalazione da parte del servizio 118 o delle forze dell'ordine o per delega del Pubblico Ministero	S.S. territorio/S.S. Porto	dirigente della struttura o suo sostituto per l'assegnazione (3)														
		6	Atti di indagine (analisi del caso, atti necessari alla definizione del caso) attraverso il coordinamento della Procura	S.S. territorio/S.S. Porto	personale dirigente e personale tecnico della prevenzione (37)		richiedo di atti non disponibili, mancata effettuazione degli approfondimenti, tecnici necessari oppure modifica dell'andamento dell'indagine per richiedente o ricevendo favori per interesse del controllore o di terzi	internamente all'azienda	mancaenza di controlli, eccessiva discrezionalità.		X	eccessiva discrezionalità.	Procedura gestione indagini di infortuni sugli infortuni che prevede invio tempestivo di notizie di reato con relazione sulla data delle indagini alla Procura della Repubblica quando si ha notizia che la propria ipotesi (40 giorni) formalizzata e comunicata agli operatori						
		7	Informatica di PS di conclusione dell'indagine per infortunio sull'ordine alla Procura della Repubblica	Tempistiche regolamentate da L. Provinciali d'Onore ASL Procura della Repubblica di Genova (Difensore Azi. del 27/02/2013) e c.m. 2 Codice di Procedura Penale	S.S. territorio/S.S. Porto	personale dirigente e personale tecnico della prevenzione (37)	modificare la conclusione dell'indagine per interesse dell'azienda, del lavoratore o di terzi richiedendo o ricevendo favori	internamente all'azienda	eccessiva discrezionalità		X	eccessiva discrezionalità.							

								SCHEMA EVENTI RISCHI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
STRUTTURA	N. Azione	CONCINCAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" "sempre" "sempre")	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle tempistiche delle singole attività/fasi del processo)	Divisione fase (Struttura e Settori responsabili/competenti e delle implementazioni)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o di persona di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOS	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI RIDURRE I FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAZIONALI E REALIZZABILI NEL TRENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
1	Rilascio autorizzazione, pareri e registrazioni per attività di competenza della Struttura		1	Acquisizione e protocollazione dell'istanza degli utenti interessati o richiesta/comunicazione di altri enti	Protocollozione il giorno stesso della presentazione dell'istanza o comunque non oltre 2 giorni lavorativi dal ricevimento, come da norma.	S.C. Sanità Animale	Personale del comparto		ritardata protocollazione	INTERNO	Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale				Sottoscrizione da parte dell'utente dei verbali relativi ai servizi prestati I sopralluoghi sono di norma eseguiti ad almeno 2 dipendenti L'Uter amministrativo prevede la supervisione della singola pratica conseguente al sopralluogo da parte del Dirigente responsabile del procedimento e su una percentuale non inferiore al 5% di controlli svolti prevede anche la verifica a posteriori del Direttore di Struttura.							
			2	Valutazione della documentazione	Tempi procedurali: 30 giorni dalla presentazione dell'istanza alla registrazione/comunicazione	S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente	analisi non corretta, non conforme o alterata dalla documentazione fornita	INTERNO	Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)												
			3	Eventuali controlli e/o sopralluoghi		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente, Veterinario Specialista Ambulatoriale	erronea o alterata valutazione dei requisiti	INTERNO	Sopralluogo effettuato da un unico operatore / Fattori individuali (bassa professionalità)												
			4	Emissione parere di competenza		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente		INTERNO													
			5	Registrazione tramite inserimento negli elenchi delle Banche Dati locali		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto		INTERNO													
			6	Comunicazione esito a richiedente e/o altri enti o rilascio autorizzazione di competenza		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto/Dirigente Responsabile		INTERNO													
			7	Archiviazione della pratica			Personale del comparto		INTERNO													
2	Certificazioni inerenti il controllo sanitario degli animali domestici		1	Acquisizione della richiesta verbale, cartacea o informatizzata da parte degli utenti interessati eventuale protocollazione	Protocollozione il giorno stesso della presentazione dell'istanza o comunque non oltre 2 giorni lavorativi dal ricevimento, come da norma.	S.C. Sanità Animale	Personale del comparto		mancata o ritardata protocollazione	INTERNO	Carenza organizzativa quali assenza di procedure o mancata applicazione delle stesse. Condizioni individuali: carico di lavoro eccessivo - carenza di personale				Periodici verifiche e controlli incrociati delle certificazioni inserite in Banca Dati Nazionale giornali da reddito. Acquisizione della documentazione sanitaria attraverso la verifica di quanto riportato sui certificati (formali da effettuare)							
			2	Contatti con l'utente per eventuali integrazioni o chiarimenti	Tempi procedurali: da 7 a 30 giorni dalla richiesta	S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente/Personale del comparto	Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e delle relative procedure adottate dalla Struttura, con conseguente irregolarità nel rilascio delle certificazioni al fine di adeguare determinati soggetti o comunque a vantaggio dell'istanza (malamministrazione)		INTERNO												
			3	Valutazione documentazione e situazione sanitaria (accertamenti diagnostici, situazione epidemiologica esistente, verifica certificazioni diblen professionisti)		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente Veterinario Specialista Ambulatoriale		erronea valutazione dei requisiti	INTERNO	Condizioni individuali (scarsa conoscenza delle norme di riferimento)											
			4	Eventuale osservazione sanitaria		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente Veterinario Specialista Ambulatoriale		erronea valutazione	INTERNO	monopolio competenze											
			5	rilascio certificazione		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente Veterinario Specialista Ambulatoriale		ritardata o mancata rilascio certificazione in assenza di motivazioni oggettive	INTERNO	monopolio competenze eccessivo carico di lavoro - carenza di personale											
			6	Archiviazione della pratica		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto			INTERNO												
3	Iscrizione e registrazione di animali e allevamenti nelle Anagrafi regionali e nelle Banche Dati Nazionali		1	Acquisizione e/o protocollazione istanza del privato o comunicazione di altri enti	Protocollozione il giorno stesso della presentazione dell'istanza o comunque non oltre 2 giorni lavorativi dal ricevimento, come da norma.	S.C. Sanità Animale	Personale del comparto		mancata o ritardata protocollazione	INTERNO	Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale (il personale della struttura addetto ai protocolli svolge numerosi altri compiti, è quindi possibile che alcune istanze vengano protocollate in ritardo)				L'Uter amministrativo prevede la supervisione della singola pratica da parte del Dirigente responsabile del procedimento e per alcune pratiche anche del Direttore della Struttura. Periodici verifiche e controlli incrociati delle registrazioni inserite in Banca Dati Nazionale delle Anagrafi Zootecniche							
			2	Valutazione della documentazione dal parte del Dirigente Responsabile	Tempi procedurali: 30 giorni dalla presentazione dell'istanza alla registrazione/comunicazione	S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente	Ommissione o ritardo nell'espletamento delle pratiche in ambito in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o prerogative di controllo e pregiudiziali dell'istanza (malamministrazione)	Ritardata valutazione della pratica/ Mancato rispetto dell'ordine cronologico delle pratiche	INTERNO	Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale (il Veterinario Dirigente Responsabile della Procedura svolge numerosi altri compiti pertanto la valutazione delle pratiche può essere ritardata rispetto ai tempi previsti)											
			3	Contatti con l'utente per eventuali integrazioni o chiarimenti		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente/Personale del comparto			INTERNO												
			4	Registrazione nelle banche dati aziendali, Anagrafi regionali e/o Banche Dati Nazionali o archiviazione motivata dell'istanza		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto		ritardata registrazione	INTERNO	Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale											
			5	Comunicazione al richiedente ed eventualmente ad altra autorità dell'avvenuta registrazione / assegnazione codice e/o consegna documentazione		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto/Dirigente Responsabile		ritardata comunicazione	INTERNO	Eccessivo carico di lavoro - carenza di personale											
			6	Creazione e archiviazione del fascicolo		S.C. Sanità Animale	Personale del comparto			INTERNO												
4	Espletamento pratiche conseguenti a segnalazioni di inconvenienti (genio o situazioni di non conformità) inerenti la detenzione di animali domestici		1	acquisizione e protocollazione della segnalazione da parte di altri enti o privati	Protocollozione il giorno stesso della presentazione dell'istanza o comunque non oltre 2 giorni lavorativi dal ricevimento, come da norma.	S.C. Sanità Animale	personale del comparto			INTERNO				Sottoscrizione da parte dell'utente dei verbali relativi ai servizi prestati I sopralluoghi sono di norma eseguiti ad almeno 2 dipendenti L'Uter amministrativo prevede la supervisione della singola pratica conseguente al sopralluogo da parte del Dirigente responsabile del procedimento e su una percentuale non inferiore al 5% di controlli svolti prevede anche la verifica a posteriori del Direttore di Struttura.								
			2	Valutazione della segnalazione e verifica della effettiva competenza della struttura	Tempi procedurali: 30 giorni dalla presentazione della segnalazione	S.C. Sanità Animale	Dirigente Responsabile, Responsabile S.S.		mancata presa in carico della segnalazione	INTERNO	alta discrezionalità											
			3	Contatti con il segnalante per eventuali integrazioni e chiarimenti e/o con altri enti per concordare un eventuale sopralluogo congiunto		S.C. Sanità Animale	Veterinario Responsabile, Veterinario Specialista Ambulatoriale			INTERNO												
			4	Sopralluogo per accertamento della fondatezza dell'esposto/segnalazione e accertamento di violazioni		S.C. Sanità Animale	Veterinario Dirigente, Veterinario Specialista Ambulatoriale	Mancata applicazione delle normative cogenti di riferimento e delle relative procedure adottate dalla Struttura, con conseguente irregolarità nel rilascio delle certificazioni al fine di adeguare determinati soggetti	erronea valutazione della situazione - mancata o inadeguata verifica	INTERNO	Sopralluogo effettuato da un unico operatore / Fattori individuali (bassa professionalità)											
			5	Qualora l'esposto risulti fondato in caso di competenza diretta emissione di prescrizioni ed erogazione eventuali sanzioni		S.C. Sanità Animale	Dirigente Responsabile, Veterinario Specialista Ambulatoriale		Mancata o ritardata emissione di prescrizioni ed erogazione sanzioni	INTERNO	Mancata applicazione delle procedure											
			6	Qualora l'esposto risulti fondato, proposta all'autorità competente (Distretto) dei provvedimenti necessari per eliminare gli inconvenienti segnalati		S.C. Sanità Animale	Dirigente Responsabile, Veterinario Specialista Ambulatoriale		Mancata o ritardata comunicazione all'autorità competente	INTERNO	Mancata applicazione delle procedure											
			7	In caso di accertamento di reato segnalazione all'autorità giudiziaria		S.C. Sanità Animale	Dirigente Responsabile, Veterinario Specialista Ambulatoriale			INTERNO												
			8	Verifica prescrizioni impartite sulle materie di competenza nei tempi indicati		S.C. Sanità Animale	Dirigente Responsabile, Veterinario Specialista Ambulatoriale		Mancata o ritardata verifica	INTERNO	Mancata applicazione delle procedure/Eccessivo carico di lavoro											
			9	Archiviazione della pratica		S.C. Sanità Animale	personale del comparto			INTERNO												
SC Sanità Animale			1	Programmazione annuale dei controlli attuati in ottemperanza alle norme di settore - Segnalazione/accertamento di casi di malattie infettive		S.C. Sanità Animale	Direttore di Struttura/ Responsabile S.S.		mancata o ritardata acquisizione e protocollazione di eventuale segnalazione	INTERNO	eccessivo carico di lavoro - carenza di personale											
			2	Assegnazione delle pratiche		S.C. Sanità Animale	Direttore di Struttura/ Responsabile S.S.		mancata comunicazione conflitto di interessi/assegnazione pratica a personale in conflitto interesse	INTERNO	Assenza trasparenza in assegnazione pratiche, mancata aggiornamento dichiarazioni conflitto interesse - mancata rotazione del personale											

MAPPATURA ATTIVITÀ (FAS/AZIONI)								SOPRA I VENTI PRODOTTI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N° Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N° Fase (di cui 1 obbligatoria)	DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo prevedendo anche "come", "a che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FAS/AZIONI (indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulle durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore Fase (Definire la o le figure responsabili, competenza della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione delle fasi è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (check)	MODALITÀ COMPORTAMENTO CORRUTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABLUTANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FAS PIU' ESPOSTE	DETERMINAZIONE FATTORI ABLUTANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI RIDURRE I FATTORI ABLUTANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TEMPO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
				Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile										Indicatori						
SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale	1	Attività di controllo ufficiale (ispezione-completamento) su OVA che ospitano allevatori di origine animale	1	1. programmazione annuale dei controlli - Controlli su richiesta di altra autorità	la programmazione annuale provvisoria viene effettuata nel primo trimestre, viene poi "consolidata" nel Piano Dipartimentale Integrato* che viene redatto a seguito dell'emanazione del PRISA regionale	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	Direttore SC e responsabile SS	favorire o penalizzare operatori del settore alimentare	mancata effettuazione controlli su alcune attività (mancato aggiornamento delle anagrafi degli operatori, mancato aggiornamento database delle attività)	interno	assenza di criteri pre-ordinati s/o di regole (nella programmazione dei piani di controllo)	MEDIO											
			2	2. Assegnazione pratiche	Procedura di SC.DPR_IADA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	Responsabile SS- Coordinatore Tecnici della prevenzione (sub assegnazione per pratiche competenza IGT)		acquisizione diretta di pratiche; mancato aggiornamento dichiarazioni conflitto interessi-mancata notifica del personale	interno	Assenza trasparenza in assegnazione pratiche												
			3	3. Esecuzione controllo- Relazione di controllo ufficiale-	Procedura di SC.DPR_IADA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022 per i nuovi esercizi Il controllo ufficiale viene eseguito di norma entro 120 gg dalla registrazione Tempistica di esecuzione del primo sopralluogo: di norma entro 30 giorni dalla data dell'assegnazione;	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	Dirigenti Veterinari- Tecnici della prevenzione		Verifica erronaa /falsa attestazione di requisiti/valutazioni soggettive e discrezionali; sopralluogo effettuato da un unico operatore-	interno	Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)assenza di criteri pre-ordinati s/o di regole												
			4	4. provvedimenti conseguenti ex art 137-138 Reg (UE) 2017/625	Procedura di SC.DPR_IADA_PR_Controllo ufficiale Reg UE 625/17 rev 2 29/09/2022 Tempistica di esecuzione secondo sopralluogo: di norma entro 60 giorni dalla scadenza delle prescrizioni impartite (fatto salvo situazioni di NC gravi che necessitano di un controllo più tempestivo); nel caso di più NC riscontrate nel corso del sopralluogo si può prendere come riferimento, se del caso, la prescrizione che ha scadenza più lunga	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	Dirigenti Veterinari- Tecnici della prevenzione		mancata verifica o non corretto accertamentodell'esito del procedimento amministrativo	interno	assenza meccanismi controllo ex post												

4	AUTORIZZAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) DEI MMG E PLS. Autorizzazione del medico funzionario ASL all'assistenza domiciliare dei pazienti, che ne fanno richiesta tramite apposita modulistica redatta dal medico curante.	1	ATTIVAZIONE: il medico proponente MMG/PLS presenta la scheda AGED debitamente compilata con indicazione del quadro clinico dell'assistito e conseguente richiesta del numero di accessi mensili al domicilio.	Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg	MMG/PLS	MMG/PLS	Ottenere benefici personali da parte dell'utente al fine di ottenere assistenza domiciliare non dovuta e/o ottenere riconoscimento economico non dovuto da parte dell'MMG/PLS	Il medico/PLS effettua una valutazione NON congrua dei requisiti di accesso all'Assistenza Domiciliare	Domicilio del paziente / ambulatorio MMG/PLS	Eccessiva discrezionalità.	ALTO									
		2	AUTORIZZAZIONE: il Medico Funzionario, previa verifica dei requisiti clinici e giuridici, rilascia autorizzazione al numero di accessi mensili a domicilio	Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg	Medico Funzionario Distrettuale	n.1 unità di personale coinvolto Medico Funzionario Distrettuale		Il medico/PLS effettua una valutazione NON congrua dei requisiti richiesti al rilascio della autorizzazione all'Assistenza Domiciliare (A.D.M.)	Ufficio Medico funzionario	Eccessiva discrezionalità e mancanza rotazione del personale per carenza organico										
		3	ESECUZIONE: il medico proponente si reca dal paziente per l'Assistenza Domiciliare per il numero di accessi mensili autorizzati dal Medico Funzionario	In base alla cadenza mensile	MMG/PLS	MMG/PLS		Il Medico (MMG/PLS) proponente non effettua l'accesso al domicilio MA ne richiede il riconoscimento economico	Domicilio del paziente	Eccessiva discrezionalità e mancanza verifiche e controlli da parte del Distretto sull'operato del medico MMG/PLS al domicilio del										
		4	PAGAMENTO: il medico che effettua gli accessi inserisce gli stessi nell'apposito programma informatico per il relativo riconoscimento economico.	Non di competenza	Dipartimento Cure Primarie	Dipartimento Cure Primarie		Non di competenza	Dipartimento Cure Primarie	Non di competenza										
5	Verifica possesso requisiti previsti dalla normativa vigente (L.R. n.24/1996) per trasporti sanitari utenti non deambulanti effettuati dalle Pubbliche Assistenze	1	UTENTE: l'utente o il familiare si reca presso l'Ufficio Medico Funzionario Distrettuale con impegnativa redatta dal medico (MMG) del SSN per richiedere autorizzazione al trasporto sanitario paziente non deambulante assoluto indicando le ragioni cliniche. L'impegnativa redatta dal MMG potrebbe non essere conforme. MEDICO FUNZIONARIO: il Medico funzionario verifica i requisiti clinici e normativi a seguito dei quali rilascia idonea autorizzazione al trasporto sulla stessa impegnativa del medico proponente.	Immediata o svolta nell'arco di 2/3 gg	Distretti Socio Sanitari: N. 8 -9 - 10 - 11 -12 -13	competenza del Medico Funzionario distrettuale con coinvolgimento altro personale in base alla organizzazione interna di ogni singolo distretto	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	ALTO									
		2	PUBBLICHE ASSISTENZE: le PP.AA. ricevono dall'utente l'impegnativa debitamente autorizzata e procede al trasporto sanitario, successivamente invierà fattura di rimborso al servizio di competenza ASL.	Non di competenza	Non di competenza	Non di competenza		Non di competenza	Dipartimento Cure Primarie	Non di competenza										
		3																		

MAPPIATURA ATTIVITA' FAS-AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	N° Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N° Fase / Azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONE (Descrivere la singola fase del processo prendendo anche "Come", "Su che modo" vengono svolte)	TEMPERISTICHE FAS/AZIONE (Indicare delle tempistiche o previste dalla norme e/o procedure interne sulla durata e sulle scadenze della singola attività/fase descritte)	ESECUTORE Fase (Struttura e Referente)	LAVORATO AUTONOMA (PRESENZA SE COMPARTIMENTALIZZAZIONE) (Indicare l'esecuzione dell'attività, del titolare funzione, del lavoratore o di altro responsabile)	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 TERMINO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA						
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori		
	1	Autorizzazione presidi di assistenza protesica	1	Ricevimento richieste di autorizzazioni, da prescrittori, utenti o ditte fornitrici, dei presidi da autorizzare. Le richieste vengono recapitate agli Uffici Protesi dei Distretti di appartenenza dell'utente a mano o spedite via mail. Gli uffici	Registrazione della richiesta in giornata	Uffici Protesi dei DSS	Personele afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)	Protocollo delle pratiche tardiva	Le modalità di accettazione delle pratiche non sono omogenee in tutti i distretti a causa di differenze di spazi e personale a disposizione	DSS													
			2	Verifica della corretta residenza sanitaria dell'utente richiedente, del possesso dell'invalida civile o inoltri effettuato presso il patronato; verifica della completezza formale della pratica e della presenza degli allegati necessari.	-	Uffici Protesi dei DSS	Personele afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)	Mancanza della documentazione e necessaria	Autorizzazioni rese in attesa dei documenti	Uffici Protesi dei DSS	Personele non medico è gestito dal DSS e non da SSD Assistenza Disabili. Difficoltà di utilizzo degli strumenti informativi da parte degli operatori dei Distretti. Problemi relativi a mansioni dei dipendenti. Sarebbe necessario apportare delle modifiche a SPD in modo da gestire meglio le scadenze e la protocollazione delle autorizzazioni ma non tutte le modifiche sono possibili. La normativa e le procedure specifiche cambiano molto spesso ed è quindi necessario un costante aggiornamento degli operatori dei Distretti.												
			3	Verifica che l'utente abbia diritto al presidio richiesto e/o se la richiesta sia nei tempi corretti di rinnovo; verifica della correttezza dei codici relativi al Nomenclatore DM 332/1999 ed al DPCM del 12/01/2017 sull'Allegato A.	-	Uffici Protesi dei DSS	Medici afferenti alla SSD Assistenza Disabili	Gestione dei vuoti normativi	Non uniforme gestione dei vuoti normativi. Non tutti gli aspetti procedurali sono definiti dal DPC. Alcuni di questi dovrebbero essere definiti dalle Regioni che però, ad oggi, non hanno legiferato in merito in modo completo lasciando quindi dei vuoti normativi.	Uffici Protesi dei DSS													
			4	L'exto (autorizzazione o diniego) viene inviato all'utente o/alla ditta	20 giorni lavorativi dalla consegna della richiesta (DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovo SPA) e in particolare l'allegato 5, paragrafi 2a e 2b dei dispositivi erogabili), D.M. 332/1999 (vecchio nomenclatore ancor in uso in riferimento ai presidi in elenco	Uffici Protesi dei DSS	I Medico autorizzatori o meno la richiesta; il personale afferente ai DS dei DSS	Non rispetto dei tempi previsti	Non è chiaro a livello normativo come si debbano conteggiare i giorni.	Uffici Protesi dei DSS													
			5	Registrazione e protocollazione su Sportello Puffinozionale Distrettuale		Uffici Protesi dei DSS	Personele afferente ai DSS (infermieri, OSS, amministrativi)		Errata protocollazione	Uffici Protesi dei DSS													
SC Assistenza Disabili			1	Ricezione delle richieste di accesso diretto: La persona può accedere al Servizio per accesso diretto, attraverso il proprio Medico curante o tramite segnalazione da parte dei Servizi territoriali di competenza.		S.S.D. Assistenza Disabili	Accoglienza a carico dell'Assistente sociale e Medico Specialista		Informazione date all'utenza non complete e inadeguate	Interno	Competenze non ben definite, mancanza di controlli, carenza il personale.												
			2	Istruttoria preliminare. Compatibilità con le esigenze di servizio Il primo colloquio viene svolto alla presenza dell'équipe multidisciplinare. Compilazione di una cartella cartacea/informativa		S.S.D. Assistenza Disabili	Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatori (solo nel DSS 9)		Elevata discrezionalità nelle scelte, non omogeneità nelle attività istruttorie, difficile il confronto con le altre professionalità coinvolte	Interno	Mancanza di una procedura omogenea per i sei Distretti e difficoltà ad arginare delle prassi organizzative consolidate che ostacolano il processo organizzativo												
			3	Prima in carico: L'esperto formula un progetto individualizzato in base alla valutazione socio sanitaria effettuata e nomina un casemanager. Tale progetto viene condiviso con l'utente e i suoi familiari		S.S.D. Assistenza Disabili	Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatori (solo nel DSS 9)		Mancanza di trasparenza e di precise regole procedurali nella programmazione e nella gestione complessiva della procedura.	Interno	Mancanza di revisione dei criteri di priorità												
			4	Valutazione e inserimento in lista di attesa: 1) Se il progetto di vita prevede un inserimento in struttura residenziale/residenzialo/semi-residenziale, vengono effettuate ulteriori valutazioni (Aged, NP, scheda sociale, CRS, attività riabilitativa e riattivanti). 2) La famiglia coadiuva dell'equipe sceglie massimo due strutture per gli istituti ex Art.26, tale scelta è riportata formalmente sul modulo apposito e consegnata alla famiglia 3) Il nominativo viene inserito sullo sportello puffinozionale riguardando: la data di valutazione dell'inserimento in lista, le persone residenti in attesa		S.S.D. Assistenza Disabili	Punto 1) Per la valutazione sanitaria: Medico Specialista Per la valutazione sociale: Assistente sociale Punto 2) Medico Specialista, Assistente sociale e Psicologo Educatore se presente Punto 3) Assistente sociale o Medico Specialista	Lista di attesa disabili per prestazioni riabilitative residenziali e semi-residenziali - I, rivolto a soggetti invalidi civili con disabilità fisica/intellettuale/glossosensoriale, minori di 65 magiori di 18 anni	Uso distorto o improprio delle discrezionalità quali: la reiterazione di accessi in struttura senza aver prima compilato le schede sanitarie e la scheda sociale.	Interno	Mancanza di omogeneità nei sei Distretti. Per il ricovero di sollievo è importante sottolineare che viene inserito nella stessa lista del ricovero definitivo in quanto a livello regionale non sussistono accordi per delineare il numero di posti letto ad hoc.												
			5	Una volta inserita la scheda di valutazione e la parte anagrafica il programma in automatico calcola il punteggio sulla base di un algoritmo che prevede tre variabili: cronologia, valore delle schede sanitarie e sociali: il criterio cronologico ha un peso minore rispetto alle altre due schede. 2) Possibilità da parte dell'assistente sociale o del medico di aggiungere, anche successivamente, in caso di aggravamento della condizione personale o/ familiare dell'assistito, un valore ulteriore di punteggio modificando i criteri di priorità per un inserimento in urgenza.		S.S.D. Assistenza Disabili - I le e Semi-resid. esiale per Diaboli	Le modifiche possono essere effettuate dall'Assistente Sociale e/o dal Medico Specialista	Alterazioni od omissioni di attività di controllo della gestione delle liste di attesa.	Interno	Gravi criticità su SPD molte delle richieste effettuate all'assistenza infernale non vengono evase.													
2		Gestione lista d'attesa disabili	1	Assegnazione del posto disponibile: 1) Quando si libera un posto il primo in lista di attesa viene contattato (se rifiuta decade e viene cancellato/l'ospedo dalla lista).		S.S.D. Assistenza Disabili - I le e Semi-resid. esiale per Diaboli																	
			2	Prima dell'effettivo inserimento la Struttura residenziale/semi-residenziale effettua una "valutazione di compatibilità". 3) Se il soggetto che dovrebbe subentrare non è compatibile con la situazione organizzativa e ambientale presente nell'Istituto, l'assistito, ancorché primo in lista, non viene preso e viene scelto il secondo della lista e così via, 4) Se la valutazione di compatibilità è positiva, gli operatori		S.S.D. Assistenza Disabili - I le e Semi-resid. esiale per Diaboli	Assistente sociale, Medico Specialista, Psicologo e Educatori (solo nel DSS 9)		Mancanza di situazione uniforme della procedura.	Interno	Mancanza di chiarezza di una normativa regionale che disciplini la gestione delle liste di attesa.												
				Autorizzazione ed inserimento su SPD: 1) La Direzione SSD Assistenza Disabili formalizza l'ingresso in struttura protocollando una lettera destinata alle strutture ed ai distretti. 2) L'inserimento in struttura, se si tratta di un ricovero		S.S.D. Assistenza Disabili e Distretti	Punto 1) Direzione SSD Assistenza Disabili-operatori e direttore Punto 2)Operatori dei distretti		Mancanza di trasparenza e di precise regole procedurali nella gestione della lista d'attesa.	Interno	Mancanza di omogeneità nei sei Distretti e mancanza di coordinamento tra Direzione SSD Assistenza Disabili ed operatori dei distretti.												

MAPPIATURA ATTIVITÀ (AZI-ADIZIONI)								SINTESI EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)						TRATTAMENTO DEL RISCHIO										
STRUTTURA	Se Preside	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONE (descrivere le singole fasi del processo presentando: azione, "come", "in che modo", "vengono svolte")	TEMATICHE FAS/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedura interna sulla durata e sulla natura delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/compimenti della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'assegnazione della fase è di competenza del Dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITÀ COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI/AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	RAI PL/ ESPOSIZI	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TERMNO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA							
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori			
55 Inclusioni e Riabilitazione Sociale	1	Attivazione Percorsi Inclusioni Sociali con attività Comunitaria e Progetto Individuale e gestione economica	1	Procedimenti amministrativi predisposti per la Concessione Quadro in Comune Genova e ASL, dedicati ai interventi economici finalizzati all'inserimento lavorativo socio assistenziale a favore di persone disabili. Ricezione mensile fissazione di incontro, da parte del Comune di Genova, per interventi di mediazione al lavoro per fasce deboli		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale									Riabilitazione dei criteri di inserimento/eliminazione degli utenti sulla base dell'importo economico erogato dal Comune									
			2	Segnalazione utenti (da parte dell'Assistenza Disabili o tramite compilazione moduli) di presa in carico da parte del Medico di base/Chia/in elaborazione con Liguria digitale		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			3	Valutazione da parte del Dirigente Responsabile della segnalazione con verifica della sussistenza dei requisiti per la successiva presa in carico		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Possibile errore nella valutazione dei requisiti															
			4	Apertura cartella sul server da parte del Dirigente Responsabile ed inserimento nuovo segnalazione a Sportello e in file "Nuove segnalazioni"		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			5	Se segnalazione ritenuta idonea: attivazione da parte del Dirigente della rete assistenziale alternativa.		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Discrezionalità sulla rete assistenziale alternativa. Favore un Ente terzo per interventi personali															
			6	Se segnalazione ritenuta idonea: attivazione del Progetto		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			possibile errore nella scelta del percorso da attivare															
			7	6. Primo colloquio conoscitivo/anamnestico svolto da Dirigente Responsabile e/o Dirigenti di Polo che valutano il bisogno dell'utente e attivano un trattamento psicoterapico e/o assegnano il caso ad uno degli operatori per l'attuazione del percorso d'inclusione sociale (con criteri di assegnazione che garantiscano equità nella suddivisione dei carichi di lavoro)		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			lettura inappropriata del bisogno della persona con possibilità di favorire un utente per interessi personali/possibilità di errore nel giudizio clinico															
			8	Redazione Progetto individuale e individuazione della misura (fonti) di erogazione economica comunale, regionale o nessuna erogazione		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			9	Redazione Progetto individuale che prevede l'individuazione di uno dei seguenti percorsi da durata che va da 1 a 24 mesi		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			10	persone integrate di inclusione socio-lavorativa: sono attivabili a favore di quelle persone per le quali è prevedibile il recupero di attività lavorative tali da consentire il successivo inserimento occupazionale attraverso un percorso tutelato di acquisizione di capacità di adattamento all'ambiente e di avvicinamento al mondo del lavoro;		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Inserire il soggetto in una area non coerente con il suo profilo															
			11	persone integrate di formazione in situazione: sono attivabili a favore di quelle persone per le quali i servizi pubblici ritengono utile attivare esperienze formative in situazione con l'obiettivo di acquisire capacità relazionali e professionali predefinite ad un successivo percorso di inserimento lavorativo. Sono strumenti particolarmente d'attualità nel caso di soggetti portatori di bisogni di crescita individuale ancora in parte indeterminati in quanto consentono loro di acquisire ruolo e identità sociale;		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Inserire il soggetto in una area non coerente con il suo profilo															
			12	persone integrate di socializzazione: sono attivabili a favore di quelle persone che, sebbene all'avvio del percorso, presentano condizioni personali tali da non consentire loro di raggiungere i requisiti minimi per un effettivo inserimento lavorativo, dimostrano comunque un'adeguata comportamentale e relazionale tali da trarre un concreto beneficio da un'attività di socializzazione svolta in ambiente di lavoro;		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Inserire il soggetto in una area non coerente con il suo profilo															
			13	Intervistazione della ditta che si rende disponibile ad accogliere l'utente e a svolgere esperienze socio lavorative (percorso a o c)		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Meno disponibilità da parte delle aziende causa pandemia, più difficoltà per il Servizio di reperire aree di inserimento															
			14	Ulteriore colloquio con famiglia/utente, co-gestito da Dirigente ed Educatore/Assistente Sociale ed eventuali altri colloqui di orientamento per la definizione dell'area più idonea da parte dell'Educatore/Assistente Sociale e/o somministrazione di test da parte del Dirigente Psicologo		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			L'azienda viene individuata non per favorire il percorso di crescita dell'assistito ma accordandosi con una azienda particolare che richiede determinati soggetti oppure scegliendo quelle che hanno bisogno di assumere disabili, ma che non presentano garanzie adeguate di serietà															
			15	Registrazione dell'effettiva attivazione del Percorso d'Inclusione Sociale sullo Sportello Polifunzionale Distrettuale		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			16	Attivazione dell'esperienza con primo accesso in azienda co-gestito da Dirigente ed Educatore/Assistente Sociale		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			17	Ricezione Scheda Utente, con relativo incentivo economico, da parte della Segreteria		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			A causa del Covid informatizzazione delle procedure con velocizzazione nel processo di raccolta firme di Convegni e Progetti individuali (viaggiaggi). Prima si raccoglievano i cartacei con le firme, ora si fanno arrivare a mail															
			18	Inserimento sullo Sportello Polifunzionale Distrettuale		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			19	A fine mese stampa excel mandato di pagamento		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			20	ENTRO IL 5 DI OGNI MESE MANDARE A TUTTI GLI OPERATORI LE BOZZE DEGLI ELENCHI PER UN CONTROLLO INDESIDUATO		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			21	OGNI RICHIESTA DI VARIAZIONE DEVE PERVENIRE ALLA SEGRETARIA VIA MAIL E CORRENDA DI "SCHEDA SEGRETARIA" PER PROCEDERE ALLA MODIFICA A SPORTELLI SOTTO PRECISE INDICAZIONI DELL'OPERATORE CHE SEGUE IL CASO ED ARCHIVIARE AGLI ATTI.		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			22	AL TERMINE DI TUTTE LE MODIFICHE RICHIESTE, SI RIMANDA UNA BOZZA DEFINITIVA DI CONTROLLO AGLI OPERATORI PER RACCOLGERE EVENTUALI DISCREPANZE O RITARDI NELLA SEGNALEZIONE DI "DIFFIDAMITA'".		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		
			23	SE NON CI SONO ERRORI, SI PROCEDE CON LA STAMPA, SGLIATI DALL'AMMISTE DA UN DIRIGENTE IN SERVIZIO E SI INOLTANO INSIEME ALL'ATTO DI LIQUIDAZIONE QUANTUM CHE VA FATTO CONTESTUALMENTE SU PROGRAMMA SPECIFICO. AL BILANCIO TRAMITE TRASMISSIONE IO, DOPO AVERLI PROTOCOLLATI.		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale			Non corrispondenza tra la voce dell'iban presente su Scheda Segreteria e conto corrente reale dell'assistito, con conseguenza di mancato accreditamento sul conto bancario dell'assistito di contributo economico per inserimento lavorativo socio assistenziale a favore di persone disabili.															
			24	CONTROPRONTAMENTO E GENERA E SALVA LA VERSIONE EXCEL CHE DEVE COMINCIARE NELLE CTRF, AL FORI CHE ANDRA' INVIATA VIA MAIL ALL'AMMINISTRAZIONE DEL BILANCIO		S.S.D. Inclusioni e Riabilitazione Sociale																		

[illegible]

MAPPA ATTIVITA' FASI AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHI (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Indicare le singole fasi del processo procedurale, indicando "come", "in che modo", "sempre/occorre")	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche in base al periodo della notte o da prevedere da notte o da prevedere in orario serale, sulla durata e sulla scadenza delle tempistiche) (se applicabile)	Esecutore fase (Indicare la sede dell'operatività/competenza e della implementazione)	Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUTIVO (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 PREVENIRE GLI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI MAGGIORIVIOLI / REALIZZATI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
SC CONSULTORIO FAMILIARE	1	ADOZIONE NAZIONALE (Adozione di minori presenti sul territorio italiano e dichiarati in stato di adottabilità)	1	INVIO AI SERVIZI DEL TERRITORIO: Il Tribunale dei Minori richiede all'equipe adottiva una relazione nella quale siano presentate le storie individuali dei coniugi, le loro personalità, le caratteristiche del rapporto di coppia e le motivazioni della scelta adottiva.	30 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI			ESTERNO											
			2	COLLOQUI DI VALUTAZIONE E PREPARAZIONE: Ricevuta la richiesta gli operatori prendono contatto con la coppia per dare avvio agli incontri di preparazione e valutazione e provvedono ad inoltrare la coppia per una serie di colloqui presso la sede dell'equipe adottiva. E' prevista almeno una visita domiciliare presso l'abitazione della coppia finalizzata alla conoscenza del contesto di vita e della progettualità relativa allo spazio pensato per il bambino.	10 GG		DIRIGENTE	Ritorno a priorità discrezionale sulla richiesta di relazione		INTERNO	Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi										
			3	RELAZIONE CONCLUSIVA INDIRIGINE COPPIA AL TRIBUNALE: L'equipe adottiva deve inviare entro 120 gg dalla ricezione della richiesta da parte del T.M. una relazione contenente indicatori per favorire il migliore abbinamento con un minore.	100 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti	Valutazione distorta della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale.	INTERNO	Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole. Imprescindibile regole procedurali nella gestione complessiva della procedura; Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il processo dei requisiti										
			4	RICHIESTA PROROGA PER COMPROMISSIONI MOTIVI MASSIMO 4 MESI: Il personale di preparazione e valutazione deve coglierla entro il termine di 120 gg dalla ricezione della richiesta del T.M. e può essere prorogata solo una volta per ogni motivo per non più di 120gg.	60 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Ritorno a priorità di sulla richiesta di relazione		INTERNO	1) Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole. 2) Elevata discrezionalità										
			5	DECRETO DI IDONEITA' E NON IDONEITA': Il T.M. pronuncia previo parere del P.M. Decreto motivato di idoneità/non idoneità all'adozione internazionale.	300 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI	Informazioni date al T.M. non complete o/o inadeguate		ESTERNO											
			6	FASI DELL'ATTESA: Pronunciato il Decreto di idoneità la coppia ha un anno di tempo per conferire il mandato all'Ente autorizzato previsto per curare la procedura a dare comunicazione al T.M.	360 GG	ENTE PRESCELTO	PRESIDENTE ENTE PRESCELTO	Incapacità oggettiva ad una corretta valutazione inquisita da fattori emotivi derivanti dalle singole esperienze emotive		ESTERNO	Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi		MEDIO								
			7	ABBINAMENTO PRONUNCIA DI ADOZIONE E TRASFERIMENTO MINORE IN ITALIA: La coppia riceve una proposta di abbinamento da parte di uno stato straniero o tramite ente prescelto. L'accettazione della proposta determina l'avvio della procedura legale per l'adozione che verranno condotti nel rispetto delle leggi del paese di origine.	3 anni	ENTE PRESCELTO	PRESIDENTE ENTE PRESCELTO	Valutazione errata della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il processo dei requisiti		ESTERNO	Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole.										
			8	RATIFICA ADOZIONE: Il T.M. sulla base della documentazione presentata dalla coppia ratifica il provvedimento di adozione dipendente la trascrizione degli atti dello stato civile. Il provvedimento viene trasmesso all'equipe adottiva che assiste per almeno un anno i genitori adottivi e il minore.	60 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI	Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti		ESTERNO											
			9	VIGILANZA E SOSTEGNO: L'equipe adottiva deve effettuare una relazione al T.M. nel termine di un anno dall'ingresso in Italia del minore. Pertanto l'equipe adottiva lavora con la famiglia adottiva una serie di incontri/visite domiciliari per affrontare la problematica relativa allo sviluppo psico-emotivo del minore, all'adattamento reciproco della relazione familiare, all'integrazione sociale e scolastica.	360 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Informazioni rese al T.M. non complete o/o inadeguate		INTERNO	assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole										
			10	DICHIARAZIONE DI ADOZIONE: Il T.M. alla scadenza di un anno dall'ingresso in Italia del minore acquista le relazioni dell'equipe adottiva pronunciata l'adozione e ne dispone la trascrizione nei registri di stato civile.	360 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI			ESTERNO											
	2	ADOZIONE INTERNAZIONALE (Adozione di uno o più minori in uno stato estero)	1	INVIO AI SERVIZI DEL TERRITORIO: Il Tribunale dei Minori richiede all'equipe adottiva una relazione nella quale siano presentate le storie individuali dei coniugi, le loro personalità, le caratteristiche del rapporto di coppia e le motivazioni della scelta adottiva.	30 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI			ESTERNO											
			2	COLLOQUI DI VALUTAZIONE E PREPARAZIONE: Ricevuta la richiesta gli operatori prendono contatto con la coppia per dare avvio agli incontri di preparazione e valutazione e provvedono ad inoltrare la coppia per una serie di colloqui presso la sede dell'equipe adottiva. E' prevista almeno una visita domiciliare presso l'abitazione della coppia finalizzata alla conoscenza del contesto di vita e della progettualità relativa allo spazio pensato per il bambino.	10 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Ritorno a priorità discrezionale sulla richiesta di relazione		INTERNO	Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi										
			3	RELAZIONE CONCLUSIVA INDIRIGINE COPPIA AL TRIBUNALE: L'equipe adottiva deve inviare entro 120 gg dalla ricezione della richiesta da parte del T.M. una relazione contenente indicatori per favorire il migliore abbinamento con un minore.	100 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti	Valutazione distorta della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale.	INTERNO	Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole. Imprescindibile regole procedurali nella gestione complessiva della procedura; Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il processo dei requisiti										
			4	RICHIESTA PROROGA PER COMPROMISSIONI MOTIVI MASSIMO 4 MESI: Il personale di preparazione e valutazione deve coglierla entro il termine di 120 gg dalla ricezione della richiesta del T.M. e può essere prorogata solo una volta per ogni motivo per non più di 120gg.	60 GG	SC CONSULTORIO FAMILIARE	DIRIGENTE	Ritorno a priorità di sulla richiesta di relazione		INTERNO	1) Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole. 2) Elevata discrezionalità										
			5	DECRETO DI IDONEITA' E NON IDONEITA': Il T.M. pronuncia previo parere del P.M. Decreto motivato di idoneità/non idoneità all'adozione internazionale.	300 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI	Informazioni date al T.M. non complete o/o inadeguate		ESTERNO											
			6	FASI DELL'ATTESA: Pronunciato il Decreto di idoneità la coppia ha un anno di tempo per conferire il mandato all'Ente autorizzato previsto per curare la procedura a dare comunicazione al T.M.	360 GG	ENTE PRESCELTO	PRESIDENTE ENTE PRESCELTO	Incapacità oggettiva ad una corretta valutazione inquisita da fattori emotivi derivanti dalle singole esperienze emotive		ESTERNO	Elevata discrezionalità di giudizio su parametri soggettivi		MEDIO								
			7	ABBINAMENTO PRONUNCIA DI ADOZIONE E TRASFERIMENTO MINORE IN ITALIA: La coppia riceve una proposta di abbinamento da parte di uno stato straniero o tramite ente prescelto. L'accettazione della proposta determina l'avvio della procedura legale per l'adozione che verranno condotti nel rispetto delle leggi del paese di origine.	3 anni	ENTE PRESCELTO	PRESIDENTE ENTE PRESCELTO	Valutazione errata della conoscenza della coppia, del contesto familiare e sociale. Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti a verificare il processo dei requisiti		ESTERNO	Assenza di procedure amministrative, informatiche, tecniche/assenza di criteri pre-ordinati o/o di regole.										
			8	RATIFICA ADOZIONE: Il T.M. sulla base della documentazione presentata dalla coppia ratifica il provvedimento di adozione dipendente la trascrizione degli atti dello stato civile. Il provvedimento viene trasmesso all'equipe adottiva che assiste per almeno un anno i genitori adottivi e il minore.	60 GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI			ESTERNO											

			9	VIGILANZA E SOSTEGNO: L'equipe adottatori devono effettuare una relazione al T.M. nel termine di un anno dall'ingresso in Italia del minore. Per tutto l'equipe adottatori fissati con la famiglia adottiva una serie di incontri/visite domiciliari per effettuare le problematiche relative allo sviluppo psico-emotivo del minore, all'adattamento reciproco della relazione familiare, all'integrazione sociale e scolastica.	SES GG	SC CONSULTORO FAMILIARE	DIREGENTE	Condizionamento nel processo per ottenere benefici personali tramite accordi tra le parti	Informazioni rese al T.M. non complete o/o inadeguate	INTERNO	assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)assenza di criteri pre-ordinati o/o di regola							
			10	DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE T.M. alla scadenza di un anno dall'ingresso in Italia del minore acquisita in relazione dall'equipe adottatori pronunciata l'adottore e se dispone la trascrizione nei registri di Stato civile.	SES GG	TRIBUNALE MINORENNI	PRESIDENTE TRIBUNALE MINORENNI			ESTERNO								

MAPPA TABELLA ATTIVITA' E FASI AZIONE								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO													
STRUTTURA	N. Processo	CONFESSIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	COMPETENZE FASIAZIONI (Indicare delle competenze o dei procedure interne alla struttura e delle competenze delle singole attività/fasi/azioni)	Esecuzione fase (Struttura e a persona responsabile/competenze e delle implementazioni)	Eventi attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	MODALITA' COMPORTAMENTO COERUTTIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUALI IN GRADO DI RIDURRE GLI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA										
				Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile									Indicatori										
SC Core Primaria	1	ANAGRAFE SANITARIA: VERIFICA DATI MEF SU ESENZIONI TICKET PER REDIGITO ED APPLICAZIONE RELATIVA SANZIONE	1	Recepimento del fax inviato dal MEF contenente i codici fiscali da controllare				PRIMO EVENTO: esclusione di un codice fiscale segnalato	INTERNO	MANCANZA DI PROCEDURE REGIONALI CONDIVISE SULLA MATERIA	ALTO															
			2	Inserimento dei dati pervenuti sul Portale aziendale SOGEI																						
			3	Estrapolazione elenco prestazioni eseguite per ogni codice fiscale segnalato tramite il Portale SOGEI									SECONDO EVENTO: mancata trasmissione dell'autocertificazione alla SSD da parte del Distretto Socio-sanitario	ESTERNO: DISTRETTO												
			4	Predisposizione fascicolo di contestazione all'utente																						
			5	Richiesta di originale dell'autocertificazione al Distretto Socio-sanitario presso quale è stata presentata								1) Porsi in carico del Codice Fiscale; 2) Recupero autocertificazione presentata														
			6	Predisposizione ed invio per raccomandata di lettera di richiesta pagamento ticket o altro non pagato, subivito per anno contestato e per tipologia di prestazione: specialistica o farmaceutica																						
			7	Predisposizione e notifica del verbale di sanzione amministrativa per falsa autocertificazione																						
			8	Contatti (non solo colloqui in presenza) via mail con utenza per delucidazioni e/o contestazioni a seguito dell'emergenza COVID																						
			9	Conclusione del procedimento																						
	2	FUNZIONE DI AUTORITA' COMPETENTE A RICEVERE I RAPPORTI EX ART. 17 L. 488/1986, A SVOLGERE ATTIVITA' ISTRUTTORIE EX ART. 18 L. 488/1986 E A DETERMINARE L'ENTITA' DELLA SANZIONE	1	RICEZIONE DEGLI SCRITTI DEFENSIVI PRESENTATI DAI SOGGETTI TRASGRESSIONI				VALUTARE GLI SCRITTI DEFENSIVI IN MODO DA FAVORIRE UN UTENTE NON IRROGANDO ALLO STESSO LA SANZIONE AMMINISTRATIVA O IRROGANDOLA IN MISURA INFERIORE RISPETTO AL DOVUTO	INTERNO	ECESSIVA DISCREZIONALITA' NELLA VALUTAZIONE, DETERMINATA ANCHE DALLA GENERICITA' DEI CRITERI EX ART. 11 L. 689/1986	BASSO															
			2	ISTRUTTORIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI SCRITTI DEFENSIVI, CON EVENTUALE RICHIESTA DI CHIAMAMENTI E/O CONVOCAZIONE AUDIZIONE (CON REDAZIONE DEL RELATIVO VERBALE)																						
			3	DETERMINAZIONE DELL'ENTITA' DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE DA IRROGARE - SULLA BASE DEI CRITERI INDICATI DALL'ART. 11 DELLA L. 689/86																						
			4	CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO MEDIANTE EMANAZIONE DI ORDINANZA INGIUDIZIONE O ORDINANZA DI ARCHIVIAZIONE																						
			5	FIRMA DELL'ORDINANZA IN FORA DELLA DELEGA CONFERITA DAL DIRETTORE GENERALE AL DIRIGENTE RESPONSABILE IN DATA 08.10.2021 PROT. N. 146652																						
	3	VERIFICA POSSESSO REQUISITI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE (D.L. N. 24/96) PER TRASPORTI SANITARI DELLE PP.AA. AL FINE DEL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE COMUNALE E VALUTAZIONE DELLA REGOLARITA' DEI TRASPORTI AI FINI DEL PAGAMENTO	1	INVIO NOTA PER LA VERIFICA DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI E/O VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI SU ISTANZA DI PARTE				1) RILASCIO DI PARERE FAVOREVILE ALLA CONCESSIONE O AL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE A SOGGETTI CHE NON SIANO IN POSSESSO DEI REQUISITI DI LEGGE 2) FAVORIRE IL PROGRESSO DELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' A SOGGETTI NON IN REGOLA, ENTENDENDO DI SVOLGERE LA VIGILANZA PREVISTA	INTERNO	1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE 3) ECESSIVA DISCREZIONALITA'	ALTO															
			2	ESAME DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DA PARTE DELL'ASSOCIAZIONE IN ESAME																						
			3	CONTROLLO E VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE																						
			4	RILASCIO DI PARERE FAVOREVILE O SFAVOREVILE AL COMUNE DI PERTINENZA DELL'ASSOCIAZIONE RICHIEDENTE IL RILASCIO O IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE																						
	4	FORMAZIONE GRADUATORIE PER INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONI SANITARIE AMBULATORIALI; MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI DI LIBERA SCELTA; MEDICI DI CONTINGUITA' ASSISTENZIALE, MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	1	RICEZIONE DELLE ISTANZE PRESENTATE DAI SOGGETTI INTERESSATI ENTRO I TERMINI DI LEGGE E ATTRIBUZIONE DEI RELATIVI PUNTEGGI, AL FINE DI PERVENIRE ALLA REDAZIONE DELLE GRADUATORIE DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI	INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' DEL CONFERIMENTO	S.S.O. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI ASSISTENZIALI	1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE	INTERPELLO SVOLTO IN MODALITA' NON CONFORME ALLA NORMATIVA AL FINE DI FAVORIRE UN SOGGETTO IN PARTICOLARE			MEDIO															
			2	GRADUAZIONE DELLE ISTANZE, ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI E REDAZIONE, APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLE GRADUATORIE PROVVISORIE																						
			3	VALUTAZIONE EVENTUALI OSSERVAZIONI																						
			4	REDAZIONE, APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLE GRADUATORIE DEFINITIVE																						
			CONFERIMENTO INCARICHI	1	LADDOVE PREVISTO, RICEZIONE DELLE DOMANDE DEI MEDICI INTERESSATI AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO				INOSSERVANZA DELLE REGOLE PROCEDURALI A GARANZIA DELLA TRASPARENZA E DELL'IMPARZIALITA' DEL CONFERIMENTO	INTERNO	1) SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA 2) IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE IL TURNOVER DEL PERSONALE															

[illegible]

[illegible]

MAPPAATTIVA FASI-AZIONI									SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
STRUTTURA	N. Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N. Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMATICHE/PAUZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne solo durante e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Direttore e/o Settore responsabile/Competenze e della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	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 RAGIONVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori	
SC NPI	1	Autorizzazione all'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali di minori con gravi disabilità, psicopatologie, disturbi comportamentali	1	Valutazione del minore da parte dello specialista NPI o Psicologo, attraverso visite preordinate dai genitori tramite cup con impegnativa del MMG o P.S. Prima visita	10 giorni (solo per la R), 60 giorni (per la D) 120 giorni (per la P)	SC NPI	NPI o Psicologo					BASSO			Procedura di valutazione sull'appropriatezza della richiesta da parte della Commissione Residenzialità							
			2	Presentazione caso all'equipe multidisciplinare	settimanale	SC NPI	NPI o Psicologo															
			3	Valutazione del caso dall'equipe multidisciplinare della SSD NPI	fino a 8 /10 incontri di valutazione	SC NPI	Equipe multidisciplinare															
			4	Condivisione con la famiglia e/o con il servizio affidatario del progetto terapeutico		SC NPI	NPI o Psicologo	Favorire una struttura piuttosto che un'altra, anche rispetto ad inserimento fuori Regione, basandosi su criteri non correlati all'appropriatezza														
			5	Segnalazione alla commissione Residenzialità della NPIA da parte del NPI o Psicologo della necessità dell'inserimento in struttura residenziale/terapeutica e di integrazione sanitaria in struttura educativa o socio-riabilitativa ad alta intensità tramite presentazione formale con impegno di visita e relazione clinica più eventuale documentazione AA.GG.		SC NPI	NPI o Psicologo	Favorire una struttura piuttosto che un'altra, anche rispetto ad inserimento fuori Regione, basandosi su criteri non correlati all'appropriatezza	Interno	Eccessiva discrezionalità e pressione commerciale												
			6	Valutazione appropriata inserimenti in struttura ad opera della commissione residenzialità della SSD NPIA, in base alle necessità specifiche dei minori e disponibilità della comunità	mensile	SC NPI	Direttore NPI															
			7	Autorizzazione ingresso in struttura da parte del Responsabile NPI con controfirma del Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e del Dirigente Responsabile SSD Funzione Amministrativa Staff DSS.	antecedente alla data ingresso in comunità	DSMDP - SSD Funzione Amministrativa Staff DSS	Direttore NPI															

MAPPAURA ATTIVITA' FASI-AZIONI									SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)				TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
STRUTTURA	N° Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N° Fase/Azione	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPISTICHE FASI/AZIONI (Indicare delle tempistiche se previste dalla norma o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)	Esecutore fase (Struttura e/o Settore responsabile/competenti e della implementazione)	Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del Dirigente, del Titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO CORRUPTIVO (COM)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABLUTANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI PIU' ESPOSTE	DESCRIZIONE FATTORI ABLUTANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI INCIDERE SUI FATTORI ABLUTANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
SSCC Salute Mentale DSS8 9-10 11-12-13 + SSD Coordinamento inserimenti in strutture residenziali	1	Metodologia di costruzione e gestione lista di attesa per inserimento in strutture residenziali di soggetti affetti da patologie psichiatriche, relativa valutazione del rischio, attraverso nuova metodologia centrata sul gruppo di lavoro specificamente dedicato	1	I referenti della residenzialità di ogni SC raccolgono le esigenze cliniche delle rispettive SC e decidono le priorità della SC insieme al Direttore e all'equipe di riferimento	settimanale	CC.SS.MM.	Referente residenzialità SC	inserimento di un paziente senza il rispetto della procedura scritta, degli indicatori di priorità presenti e del rispetto della lista di attesa	vengono valutati in maniera parziale o approssimativa le necessità del CSM	Interno	possibile mancanza di trasparenza e di feedback nel CSM	ALTO			LINEE GUIDA DI VALUTAZIONE PROCEDIMENTO ADOTTIVO						
			2	I referenti del CSM del Dipartimento si riuniscono settimanalmente valutando i nominativi proposti da ciascun CSM attraverso la lettura di format e relazione clinica allegata firmata dal curante e confermata dal Direttore di SC	settimanale	SSD	Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali			Interno	possibile mancanza di trasparenza e chiarezza nelle procedure										
			3	Nell'incontro settimanale della SSD Coordinamento inserimenti residenziali (Responsabile e sei referenti del CCSMM) si gestiscono le variazioni alla lista di attesa alla luce della procedura in atto e condivisa da tutta il DDMed nel rispetto dei due parametri di ordine cronologico di presentazione delle domande e urgenza clinica	settimanale	SSD	Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali		vengono create, gestite e modificate le liste di attesa senza il rispetto delle procedure in atto e condivise con i CCSMM	Interno	possibile mancanza di trasparenza e di verifica										
			4	Vengono predisposti i verbali delle riunioni, pubblicati sul server dell'ASL3, aggiornate le liste di attesa secondo le decisioni verbalizzate	settimanale	SSD	Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali		vengono redatti verbali incompleti e confusi degli incontri settimanali della SSD attraverso i quali si redigono le liste di attesa	Interno	possibile mancanza di trasparenza e di verifica										
			5	riunione mensile con enti gestori strutture residenziali convenzionate per gestione ingressi ed uscite dei pazienti selezionati nelle liste di attesa	mensile	SSD	Direttore SSD coordinamento inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali		vengono avviati ingressi di pazienti nelle strutture residenziali contrattualizzate senza il rispetto delle liste di attesa e delle procedure condivise	Esterno	possibile mancanza di trasparenza										
			6	stesura del format definitivo di ingresso in struttura con la quantificazione della retta con controfirma della Direzione Dipartimentale	settimanale	CC.SS.MM.	Direttore CC.SS.MM., Direttore DDMed e Direttore SSD Funzione Amministrativa		Avvio dell'ingresso del paziente senza format di autorizzazione firmato	Interno	possibile mancanza di trasparenza										

[illegible]

MAPPIATURA ATTIVITA' /FASI AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
STRUTTURA	N.° Processo	DENOMINAZIONE PROCESSO	N.° Fase/Azione	DESCRIZIONE FAS/AZIONI (descrivere la singola fase del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMATICHE FAS/AZIONI (Indicare delle tematiche se previste dalla norma e da procedure interne sulla durata e sulla scadenza della singola attività/fase descritte)	Esecutore fase (Struttura e o Settore responsabile/competente e della implementazione)	Esecutore attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)	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 INDIRIZZARE SUI FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONEVOLI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA				
																	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
SSD Tutela Salute in Ambito Penitenziario	1	Redazione relazione sullo stato di salute del detenuto	1	Richiesta di relazione da parte di: giudici, avvocati, direzione amministrazione penitenziaria		SSD Tutela Salute in ambito Penitenziario		Stesura di una relazione non veritiera finalizzata a favorire la concessione di benefici ad un detenuto	Stesura di relazione non veritiera	Interno	eccessiva discrezionalità				Stesura di linee guida che illustri in dettaglio la procedura per redazione sullo stato di salute del detenuto. Tali linee guida dovranno essere trasmesse dai medici del carcere che sono tenuti a seguire						
			2	Richiesta convalidata dalla Direzione del carcere o dal giudice		SSD Tutela Salute in ambito Penitenziario				Interno											

MAPPIATURA ATTIVITA' / FASI / AZIONI								SCHEMA EVENTI RISCHIO (IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO)					TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
STRUTTURA	N. Fase/area	DESCRIZIONE PROCESSO	N. Fase/area	DESCRIZIONE FASI/AZIONI (Indicare le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengono svolte)	TEMPERISCHE ANALISI/AZIONI (Indicare delle tempistiche o dei precetti rilevanti sulla sicurezza o della implementazione)	Esecutore fase (Struttura o a Settori Responsabili/Componenti o della implementazione)	Esecuzione attività (Indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto o il numero di personale coinvolto)	Evento (rischio)	MODALITA' COMPORTAMENTO COEPOSITIVO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	STIMA DEL RISCHIO	FASI/P. ESISTENTI	DESCRIZIONE FATTORI ABILITANTI	MISURE ESISTENTI	MISURE INDIVIDUATE IN GRADO DI RIDURRE I FATTORI ABILITANTI, CON COSTI RAGIONABILI E REALIZZABILI NEL TRIENNIO	Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
1	Controllo contabile di tutte le ricette presentate dalla ASL2 Farmacia convenzionata ASL2	1	La farmacia consegnare le ricette con distinta contabile alla S.C. Farmaceutica Territoriale. A dicembre di aprile 2023, a seguito dell'emergenza COVID 19, le farmacie consegnano anche i fogli di registro dove vengono applicati i fogli dei prescritti con ricetta dematerializzata	consegnare le ricette del mese precedente, nel mese successivo secondo un calendario stabilito o mese prima consegnando anche i fogli di registro dove vengono applicati i fogli dei prescritti con ricetta dematerializzata	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 operatori amministrativi						MEDIO	1) Farmacia consegnare le ricette con distinta contabile alla S.C. Farmaceutica Territoriale. A dicembre di aprile 2023, a seguito dell'emergenza COVID 19 la farmacia consegnano anche i fogli di registro dove vengono applicati i fogli dei prescritti con ricetta dematerializzata		Crescente, da parte della ASL di Data Management, della ricetta attuale con dati sanitari della ricetta elettronica, in modo da verificare quest'ultima, in fogli appesi al foglio di registro.						
			La ASL di Data entry invia i fogli nei locali della S.C. Farmaceutica Territoriale, scansiona tutte le ricette, elabora i tabulati con i dati contabili, decurti dalla ricetta, che vengono e trasmettono alla ASL2	due giorni successivi alla consegna della ricetta e ci sta due settimane		Obbl di data entry							effettuazione di un controllo e attento controllo contabile da parte degli amministratori della S.C. Farmaceutica Territoriale								
		2	Scelta da parte del Direttore del servizio di personale Amministrativo per lo svolgimento del controllo contabile	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura															
		3	Valutazione dei tabulati contabili forniti dalla Società di Data Entry per singola farmacia	cadenza mensile	S.C. Farmaceutica Territoriale	2 operatori amministrativi alternativamente		possibile omissione di rilevamento di addebiti/accrediti con conseguenti errori in favore di compensazione	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	distrazione, disattenzione dell'operatore amministrativo											
		4	Individuazione addebiti/accrediti	cadenza mensile	S.C. Farmaceutica Territoriale	2 operatori amministrativi alternativamente															
	2	Vigilanza alle farmacie	5	Invio alle singole farmacie delle valutazioni contabili	cadenza mensile	S.C. Farmaceutica Territoriale	1 operatore amministrativo						MEDIO	1) Individuazione dei tabulati contabili forniti dalla Società di Data Entry per singola farmacia							
			1	Scelta della farmacia da ispezionare (partendo da quella che da più tempo non sono state sottoposte a controllo)	Entro il biennio	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura	Mancato rispetto del numero di ispezioni previsto nel biennio			carenza di personale per la composizione della commissione ispettiva										
			2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura					2) Scelta della farmacia da ispezionare (partendo da quella che da più tempo non sono state sottoposte a controllo)									
			3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti o di un Funzionario amministrativo identificato dall'Amministrazione Ausiliaria	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	6 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea		Mancato/scarso trattamento nella scelta del Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista organizzatore dell'ispezione					registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
			4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°3 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse della Commissione ispettiva										
3		Controllo appropriazione prescritti attraverso l'analisi delle prescrizioni dei Medici (Inviata per applicazione art. 1 legge 425 del 1996)	5	Esito dell'ispezione con redazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°3 componenti)						MEDIO	6) Svolgimento dell'ispezione							
			1	Individuazione da parte del Direttore del servizio di un Farmacista che valuti le schede Medice prodotte dalla ASL2 esterna per i (MMS/PLS)	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura					1) Scelta dell'ispezione									
			2	Il Farmacista individuato provvede all'analisi dei tabulati prodotti dalla ASL2 che effettua il Data entry	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Farmacista designato per l'istruttoria					2) Individuazione da parte del Direttore del servizio di un Farmacista che valuti le schede Medice prodotte dalla ASL2 esterna per i (MMS/PLS)									
			3	Scelta del Medico da controllare	cadenza trimestrale	S.C. Farmaceutica Territoriale	Farmacista designato per l'istruttoria					3) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti o di un Collaboratore identificato dall'Amministrazione Ausiliaria per ogni distretto della ASL2									
			4	Svolgimento dell'analisi delle prescrizioni	in base alla complessità dell'istruttoria	S.C. Farmaceutica Territoriale	Farmacista designato per l'istruttoria					4) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti o di un Collaboratore identificato dall'Amministrazione Ausiliaria per ogni distretto della ASL2									
	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	5	Conseguenza della Commissione composta dal Direttore del distretto di appartenenza del prescrittore, da altri Medici e dal Farmacista	immediatamente dopo la ricezione dell'UCAD	DSO	Direttore DSO					5) Conoscenza del Medico con il Direttore del distretto di appartenenza del prescrittore, da altri Medici e dal Farmacista										
		6	Fatto della riunione, nel caso di ricorrenza anomala prescrizione, contraddittoria con il prescrizione.	Dal 15 al 30gg	UCAD	UCAD					6) Fatto della riunione, nel caso di ricorrenza anomala prescrizione, contraddittoria con il prescrizione.										
		7	Redazione del verbale dell'UCAD a cura del DSO competente		DSO						7) Redazione del verbale dell'UCAD a cura del DSO competente										
		8	Eventuale applicazione dell'addebito da parte della S.C. Cure primarie		S.C. Cure Primarie						8) Eventuale applicazione dell'addebito da parte della S.C. Cure primarie										
		1	Scelta del deposito da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	2 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta dei Depositi	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
4	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	10) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento del Servizio Igienico Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale/S.C. Igienico	2 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea					11) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento del Servizio Igienico Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
5	Vigilanza alle parafarmacie	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	12) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					13) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
6	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	14) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					15) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
7	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	16) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					17) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
8	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	18) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					19) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
9	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	20) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					21) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
10	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	22) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					23) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
11	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	24) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					25) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
12	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	26) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					27) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S.C. Farmaceutica Territoriale	conflitto di interesse del Dirigente Farmacista che procede alla scelta												
13	Vigilanza sui generici (dispositivi di medicinali)	2	Viaggio da parte del Direttore del servizio per l'ispezione della pratica ad un' Farmacia individuata da apposita Delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Direttore della Struttura						MEDIO	28) Viaggio da parte del Direttore del servizio per il controllo dell'attività di vigilanza da parte di un Farmacista individuato da apposita Delibera ASL2			registrazione dei nominativi di tutti i componenti della commissione ispettiva					
		3	Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)					29) Il Farmacista individuato provvede all'organizzazione dell'ispezione con coinvolgimento di un Funzionario Amministrativo individuato da apposita delibera ASL2										
		4	Svolgimento dell'ispezione	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)		ossessione della rilevazione di violazioni della normativa farmaceutica e mancata applicazione delle sanzioni	esterno	ignoranza della legge, conflitto di interesse degli ispettori											
		5	Esito dell'ispezione e relazione del relativo verbale	entro la giornata lavorativa nell'ambito della quale è fissata l'ispezione	S.C. Farmaceutica Territoriale	Commissione ispettiva (n°2 componenti)															
		1	Scelta della parafarmacia da ispezionare	termine non previsto	S.C. Farmaceutica Territoriale	3 Dirigenti Farmacisti come da Delibera assemblea	scarso trattamento nella scelta della Parafarmacia	Locali S													

Mappatura processi PNRR - Azienda Tutela della Salute Liguria area sociosanitaria locale 3

[illegible]

Tabella degli obblighi di pubblicazione – Amministrazione Trasparente

Azienda Tutela della Salute Liguria area sociosanitaria locale 3

Elenco degli obblighi di pubblicazione Dirigente/Ufficio Responsabile della pubblicazione - REDAZIONE SITO								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell’obbligo	Aggiornamento	Struttura / Responsabile elaborazione e trasmissione dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio (Tempistiche e Soggetto responsabile)
	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 15 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT
	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 "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali /Direttore delle Struttura	entro 20 giorni dall'entrata in vigore dell'atto aziendale o delle sue modifiche	Semestrale Facilitatore di struttura
			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)	S.C. Affari Generali/DPO (privacy)/S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (documenti vari) , Servizio Prevenzione e protezione (sicurezza) /Tutte le Strutture che adottano Regolamenti/Direttori delle Strutture. Obiettivi Direttore Generale (PPC)	entro 20 giorni dall'approvazione o eventuale aggiornamento	Semestrale Facilitatore di struttura
			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 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (per obiettivi strategici assegnati dal DG), S.C. Controllo di Gestione (per obiettivi assegnati dalla Regione al DG)/R.P.C.T. - Direttore della Struttura	entro 15 giorni	Annuale RPCT Facilitatore di struttura
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Si rimanda la link del sito della Regione Liguria		
		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	Ufficio Disciplinare e RPCT per Codice di Comportamento	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT Facilitatore di struttura
	Disposizioni generali	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	Ogni Struttura/ufficio con riferimento alle attività di propria competenza/ Direttori delle Strutture e Responsabili uffici (aggiornamento procedimenti amministrativi)	entro 20 giorni dall'entrata in vigore della norma che introduce l'obbligo	Semestrale Facilitatore di struttura
		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			
		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			
	Burocrazia zero	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)				
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e Ufficio Stampa, Comunicazione e U.R.P./Direttore della Struttura e Responsabile ufficio	entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento	Semestrale Facilitatore di struttura
		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)	Ufficio Stampa, Comunicazione e U.R.P./Responsabile ufficio	entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento	Semestrale Facilitatore di struttura
		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)	Ufficio Stampa, Comunicazione e U.R.P./Responsabile ufficio	entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento	Semestrale Facilitatore di struttura

	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)	S.C. Sistemi Informativi Aziendali (posta elettronica e telefoni)/Direttore della Struttura e Responsabile della Struttura	entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento	Semestrale Facilitatore di struttura
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Aggiornamento e Formazione; S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ; S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
				<i>Per ciascun titolare di incarico:</i>				
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Aggiornamento e Formazione; S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ; S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Aggiornamento e Formazione; S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ; S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Aggiornamento e Formazione; S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Aggiornamento e Formazione; S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ; S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
		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. Aggiornamento e Formazione; S.C. Servizio Amministrazione del Personale; S.C. Riqualificazione Edilizia; S.C. Avvocatura; S.C. Affari Generali; S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico/Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura
				<i>Per ciascun titolare di incarico:</i>				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dalla liquidazione	Annuale RPCT
		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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT

Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]					Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)					Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]					Annuale	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale RPCT		
secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla comunicazione	Annuale RPCT		
			Per ciascun titolare di incarico:						
Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Incarichi /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura		
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttori delle Strutture	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura		
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (compresi i compensi intramoenia)/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura		
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (compresi importi intramoenia)/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dalla liquidazione	Semestrale Facilitatore di struttura		
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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (compresi i compensi intramoenia)/Referente settore Giuridico	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura		
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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (compresi i compensi intramoenia)/Referente settore Giuridico	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Semestrale Facilitatore di struttura		
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]					Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)					Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019

Personale	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Obbligo temporaneamente sospeso ai sensi della deliberazione ANAC n. 1126/2019		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla comunicazione	Semestrale Facilitatore di struttura
	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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla comunicazione	Semestrale Facilitatore di struttura
	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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla comunicazione	Semestrale Facilitatore di struttura
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016			
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	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	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura		Annuale Facilitatore di struttura
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Annuale Facilitatore di struttura
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dall'adozione del provvedimento sanzionatorio	Semestrale RPCT
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)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione della deliberazione d'incarico	Annuale Facilitatore di struttura
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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	entro 20 giorni dalla scadenza	Annuale Facilitatore di struttura
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Annuale Facilitatore di struttura

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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Annuale Facilitatore di struttura	
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	Trimestrale Facilitatore di struttura	
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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane_Matricolare /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale	Trimestrale Facilitatore di struttura	
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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura deve inserire i dati sul portale "Consulenti pubblici" di tutti i dipendenti autorizzati ex art. 53 D.Lgs. 165/2001. La S.C. Aggiornamento e Formazione pubblica elenco dei docenti interni direttamente su "Amministrazione Trasparente"	entro 20 giorni dalla comunicazione	Trimestrale Facilitatore di struttura	
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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura	
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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura	
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che 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. 150/2009)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore	entro 30 giorni dalla trasmissione	Annuale Facilitatore di struttura	
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Controllo di Gestione /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla nomina	Annuale Facilitatore di struttura	
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla nomina	Annuale Facilitatore di struttura	
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla nomina	Annuale Facilitatore di struttura	
Disability Manager	articolo 39 ter del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.	Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità (Disability Manager)	Riferimenti normativi, provvedimento di nomina, casella di posta elettronica, recapito telefonico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dalla nomina	Annuale RPCT	
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. Aggiornamento e Formazione (limitatamente alle "borse di studio"), S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Settore Selezione del Personale e Procedure Concorsuali (in relazione al bando di concorso e ai criteri in esso contenuti)/Direttori delle Strutture	entro 3 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Trimestrale Facilitatore di struttura	
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. 150/2009)	Tempestivo	S.C. Controllo di Gestione (individuale e organizzativa)/Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Controllo di Gestione/Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Controllo di Gestione/Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
				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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, S.C. Controllo di gestione /Direttori delle Strutture	entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Annuale Facilitatore di struttura

Enti controllati	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 30 giorni. dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Annuale Facilitatore di struttura
				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. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Direttore della Struttura	entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Annuale Facilitatore di struttura
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016			
	Enti Pubblici Vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a) d.lgs. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituti, 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	Non applicabile			
	Società Partecipate	Art. 22, c. 2 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, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, 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	Non applicabile			
Attività e procedimenti	Rappresentazione grafica	art. 22, c. 1, lett. d) del d.lgs. 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)	S.C. Affari Generali S.C. Bilancio e Contabilità	Entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
	Tipologie di procedimento		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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 riguardano		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link 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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
			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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura

		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)	Tutte le strutture che svolgono procedimenti amministrativi ai sensi della L. 241/1990	entro 30 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
	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		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture competenti	entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura
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)	Strutture competenti Semiautomatizzato attraverso fitro su programma deliberare - RPCT	entro 20 giorni dalla scadenza semestrale	Semestrale 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	Strutture competenti Semiautomatizzato attraverso fitro su programma deliberare - RPCT	entro 20 giorni dalla scadenza semestrale	Semestrale RPCT
Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Collegamento alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici	art. 37 del D.lgs. n. 33/2013		Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture di cui all'art. 37 del D.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Automatizzato		
		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	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	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolate Settori speciali	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura

Bandi di gara e contratti		Art. 77 D.Lgs. 36/2023	Consultazioni preliminari di mercato	Documenti delle consultazioni preliminari di mercato	Tempestivo	Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
	Fase	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento				Note
	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)						
		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta						
				Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure				Sggetto attuatore è Regione Liguria - SUAR
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022 La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		

	Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo				Soggetto attuatore è Regione Liguria-SUAR
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro:	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		Esclusivamente per eventuali procedure di somma urgenza
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo		Dipartimento Tecnico SC Programmazione e Gestione delle Forniture		
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	Dati non soggetti a pubblicazione da parte degli Enti del SSN			
	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	Dati non soggetti a pubblicazione da parte degli Enti del SSN			
		Art. 27, c.1 e c 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto 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	Dati non soggetti a pubblicazione da parte degli Enti del SSN			
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/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	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/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
		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/Direttore della Struttura	entro 30 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
Beni immobili e	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. Affari Generali	entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura

gestione patrimonio	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. Affari Generali	entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (per la Asl3 l'organismo è il NdV)	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	S.C. Controllo di Gestione	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	S.C. Controllo di Gestione	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
				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. Controllo di Gestione	entro 20 giorni dall'approvazione	Annuale Facilitatore di struttura
	Organi di revisione amministrativa e contabile		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/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla presentazione	Semestrale Facilitatore di struttura
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non receipti 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/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dalla formalizzazione del rilievo	Semestrale Facilitatore di struttura
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)	Ufficio Stampa, Comunicazione e U.R.P./Responsabile ufficio	entro 10 giorni dall'adozione	Annuale Facilitatore di struttura
	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. Avvocatura - S.C. Affari Generali/ Direttore della Struttura	entro 10 giorni dalla notifica	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	S.C. Avvocatura - S.C. Affari Generali/ Direttore della Struttura	entro 15 giorni dalla pubblicazione	Annuale Facilitatore di struttura
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	S.C. Avvocatura - S.C. Affari Generali/ Direttore della Struttura	entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta ottemperanza da parte dei servizi coinvolti	Annuale Facilitatore di struttura
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati	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. Controllo di Gestione	entro 20 giorni dalla comunicazione	Annuale Facilitatore di struttura
	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)	SC Cure primarie	Automatizzata	
	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	Strutture competenti	entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura
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	S.C. Bilancio e Contabilità/Direttore della Struttura	Automatizzata	
	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	S.C. Bilancio e Contabilità/Direttore della Struttura	entro 15 giorni successivi al trimestre di riferimento	Semestrale Facilitatore di struttura
	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/Direttore della Struttura	entro il 30 gennaio di ogni anno	Annuale Facilitatore di struttura
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Bilancio e Contabilità/Direttore della Struttura	entro 15 giorni successivi al trimestre di riferimento	Semestrale Facilitatore di struttura
			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/Direttore della Struttura	entro il 30 gennaio di ogni anno	Annuale Facilitatore di struttura
	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/Direttore della Struttura	entro 3 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura

	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive 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)	obbligo per amministrazioni centrali e regionali			
Opere pubbliche	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 (link 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 Minister)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimento Tecnico	link alla BDNCP		
	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)	Dipartimento Tecnico	entro 30 giorni dall'approvazione Annuale Facilitatore di struttura		
		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)	Dipartimento Tecnico	entro 30 giorni dall'approvazione Annuale Facilitatore di struttura		
	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)	Strutture competenti	Annuale Facilitatore di struttura	
Accordi interscorsi con le strutture private accreditate					Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Affari Generali/Direttore di Struttura		entro 30 giorni dall'adozione Annuale Facilitatore di struttura	
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)	Non applicabile			
		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)	Non applicabile			
		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)	Non applicabile			
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 leque n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'atto di nomina	Annuale RPCT	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT	
			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 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'approvazione	Annuale RPCT	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	entro 5 giorni dall'accertamento	Semestrale RPCT	
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e S.C. Affari Generali/R.P.C.T. e Direttore della Struttura	entro 5 giorni dalla comunicazione	Annuale RPCT	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e S.C. Affari Generali/R.P.C.T. e Direttore della Struttura	entro 5 giorni dalla comunicazione	Annuale RPCT	

		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	automatizzato - RPCT		Semestrale RPCT
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	http://www.dati.gov.it/	Tempestivo	S.C. Sistemi Informativi Aziendali/Direttore della Struttura	entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	Annuale Facilitatore di struttura
		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/Direttore della Struttura	entro 20 giorni dall'adozione	Annuale Facilitatore di struttura
		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/Direttore della Struttura	http://www.dati.gov.it/	Annuale Facilitatore di struttura
	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		Servizi competenti		Annuale RPCT

Sottosezione
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA
(PIAO 2026-2028)

Sommario

Introduzione/Parte generale.....	3
Organi e soggetti coinvolti nell' Azienda Tutela della Salute Liguria Area Sociosanitaria Locale 3.....	3
Processo e modalità di predisposizione della Sezione	8
Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo che tengano conto anche degli obiettivi di VP.....	9
Anagrafica	11
Analisi del contesto	12
Contesto esterno.....	12
Contesto interno.....	15
Organizzazione.....	15
Procedimenti disciplinari attivati in corso 2025.....	15
Mappatura dei processi e gestione del rischio	16
Metodologia	17
Indicatori di rischio corruttivo.....	21
Programmazione delle misure generali	38
Valore Pubblico	45
Obiettivi 2026.....	45
Trasparenza.....	46
Monitoraggio misure generali e specifiche 2025.....	50
Monitoraggio obiettivi strategici anno 2025	60
Allegato.....	61

Introduzione/Parte generale

Occorre innanzitutto premettere che, alla data di redazione della presente sottosezione, il Servizio Sanitario della Regione Liguria è oggetto di riforma sostanziale da parte dell'Ente regionale, competente in materia di tutela della salute. Pertanto, si segnala sin d'ora che all'interno della presente sottosezione potrebbero essere presenti riferimenti ad assetti organizzativi o situazioni operative suscettibili di modifiche, anche rilevanti, intervenute successivamente.

La presente sottosezione del PIAO 2026-2028 definisce le misure e le azioni volte alla prevenzione della corruzione e alla promozione della trasparenza all'interno Azienda Tutela della Salute Liguria Area Sociosanitaria Locale 3 (di seguito denominata ATSL ASL3).

Essa integra e coordina le strategie di prevenzione con la pianificazione della performance in un'ottica di miglioramento continuo dell'integrità e dell'efficienza amministrativa.

I contenuti sono elaborati nel rispetto della Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., del D.L. n. 80/2021 e della Legge n. 113/2021, nonché del PNA 2025.

Organi e soggetti coinvolti nell' Azienda Tutela della Salute Liguria Area Sociosanitaria Locale 3

Coordinatore Area Sociosanitaria Locale 3	➤ Individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ATSL ASL3, impegnandosi a tutelarne l'indipendenza ➤ Adotta il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ATSL ASL3 ➤ Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche sulla base delle indicazioni di Regione Liguria ➤ Riceve la Relazione Annuale del RPCT dell'ATSL ASL3 redatta ai sensi art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012.
RPCT - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Area Sociosanitaria Locale 3	➤ Elabora e propone il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ora confluito come sottosezione specifica del PIAO (art. 1 c. 8 L. n. 190/2012) ➤ Trasmette al Coordinatore Area Sociosanitaria Locale 3 la Relazione annuale ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 relativa agli obiettivi perseguiti e ai risultati raggiunti ➤ Segnala al Coordinatore Area Sociosanitaria Locale 3 e all'OIV eventuali "disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 1 c. 7 L. n. 190/2012) ➤ Dà avvio ad appositi audit interni alle Direzioni dell'ATSL ASL3 competenti, segnalando eventuali criticità al Coordinatore Area

	Sociosanitaria Locale 3 ➤ Verifica l'attuazione di misure generali e specifiche ➤ Effettua, ai sensi dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013, attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. ➤ Cura la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento, il suo aggiornamento, in collaborazione con l'Ufficio Disciplinare e il monitoraggio dell'attuazione dello stesso (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013) ➤ Vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi che, per quanto riguarda gli enti del SSN, concerne la Direzione Strategica e la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa ➤ Collabora alla realizzazione della Giornata della Trasparenza ➤ Si avvale del "Servizio di sostegno tematico e funzionale alla prevenzione della corruzione e trasparenza", di cui alla deliberazione ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 597 del 28/12/2023 ➤ Ai sensi del Codice di comportamento ATSL ASL3, può "in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono costituire – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza".

Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio	Il Gestore Antiriciclaggio è il soggetto individuato e delegato dal Coordinatore Area Sociosanitaria Locale 3 a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF, sezione dedicata alla materia de quo in Banca d'Italia. Al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera il Gestore quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette segnalate. L'ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3, con deliberazione n. 268 del 20.05.2020 ha adottato il Regolamento "Disposizioni e Procedure Interne in Materia di Comunicazione di Operazioni Sospette di Riciclaggio e di Finanziamento del Terrorismo" nel quale sono parimenti indicati i Responsabili delle segnalazioni che coincidono con i Direttori delle strutture che instaurano rapporti contrattuali/di servizio o che effettuano transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione. La dott.ssa Natascia Massocco, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con deliberazione dell'ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 300 del 12.07.2023, è stata individuata quale "Gestore" delle segnalazioni delle operazioni sospette (SOS) di riciclaggio ai sensi del D. Lgs. n. 231/2007 e s.m.i..

Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	➤ Coincidono con i Direttori dei Dipartimenti rientranti nelle aree a rischio ➤ Rappresentano gli anelli di congiunzione tra il RPCT e i dirigenti delle strutture ATSL ASL3 ➤ Coordinano le attività di analisi delle singole strutture, verificando

	che i compiti in materia di prevenzione della corruzione in capo ai dirigenti siano eseguite correttamente. ➤ Sono direttamente responsabili degli esiti di monitoraggio sul livello di adempimento delle attività e misure di competenza dei dirigenti sotto – ordinati.
Facilitatori	Figure con significative conoscenze dell'organizzazione interna e dei processi di competenza, individuate tra i dipendenti con deliberazione ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 597/2023. ➤ Agevolano le procedure e i tempi degli adempimenti in capo ai Referenti (facilitatori di Dipartimento) ed ai Dirigenti responsabili di Struttura (facilitatori di Struttura). ➤ Coordinano il gruppo di lavoro interno per svolgere le attività collegate alla gestione del rischio di corruzione.
Dirigenti	➤ Sono responsabili del rispetto degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento, della trasparenza e dell'attuazione della gestione del rischio interna al proprio ufficio e delle conseguenti misure di prevenzione specifiche di propria competenza ➤ Sono tenuti al raggiungimento degli obiettivi di performance ➤ Verificano, in corso d'anno, l'avvenuta attuazione delle misure generali e specifiche di propria competenza ➤ Informano il proprio Referente delle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza con particolare riferimento agli esiti di monitoraggio.
OIV – Organismo Indipendente di Valutazione	➤ Fornisce supporto, nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza, per l'individuazione e la valutazione delle misure ulteriori nella fase del trattamento, all'interno del processo della gestione del rischio ➤ Fornisce supporto nelle attività di monitoraggio sul rispetto dei contenuti da parte del RPCT della sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO; ➤ Esprime il parere obbligatorio sul Codice di Comportamento; ➤ Attesta, ai sensi art. 14, co. 4, lett. g), D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, la coerenza e la completezza dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione trasparente del sito ATSL ASL3, ex D. Lgs. n. 33/2013, con conseguente rilascio da parte di ANAC di ricevuta di assolvimento della trasmissione della valutazione effettuata; ➤ Verifica la coerenza della sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale; ➤ Tiene conto, nell'ambito della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa sia individuale, degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza; ➤ Verifica il contenuto della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza; L'avv. Laura Oliveri, iscritta nell'elenco presso il Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la Valutazione della Performance, era stata nominata quale Titolare dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ex Azienda sanitaria Locale 3, in forma monocratica, per il triennio 2024 – 2026 con deliberazione n. 241 del 15/05/2024.

UPD - Ufficio Disciplinare	➤ Riceve i procedimenti disciplinari ed eventuali ulteriori segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate, con particolare riguardo alle violazioni dei Codici ➤ Predispone, con cadenza periodica, schede di sintesi nelle quali vengono diffusi in forma anonima, i seguenti dati: • le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare; • i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e dei procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato; • le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate; ➤ Attiva il relativo procedimento disciplinare in caso di violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 ➤ Cura e propone, sulla base degli esiti di cui all' art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento in collaborazione con il RPCT.

URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico	➤ Rappresenta il primo punto di ascolto e informazione per i cittadini ➤ Si occupa dell'attività di tutela tramite la gestione di reclami ed elogi, presentati direttamente dagli utenti, tramite associazioni di volontariato e/o Organismi diversi (es. Difensore Civico), inerenti ai servizi svolti e/o di pertinenza dell' ATSL ASL3. ➤ Gli uffici sono a disposizione degli utenti, oltre che, presso le postazioni fisiche indicate, anche tramite e-mail (urp@asl3.liguria.it e tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it), telefono (linee telefoniche indicate sul sito ATSL ASL3), messaggistica privata legata ai social, Facebook (pagine ASL3 Genova e Centro Giovani ASL3), YouTube, Instagram (ASL3Genova), LinkedIn. ➤ L'attività dei reclami è relativa alle segnalazioni pervenute all' ATSL ASL3 sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e vengono gestiti, con percorso certificato RINA ISO 9001, mediante richiesta alle Strutture, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami, si esplicano inoltre le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche, al coordinamento dei rapporti con le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992

RASA - Responsabile Anagrafe Unica Stazione Appaltante	➤ Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [Stazione Appaltante] ➤ L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione" (PNA 2016). L'attuale RASA è stato individuato con deliberazione ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 17/2020 nella persona della dott.ssa Daniela Gavaciuto, afferente al Dipartimento Tecnico.

DPO /RPD – Data	➤ Valuta e organizza la gestione del trattamento di dati personali,

Protection Officer Responsabile della Protezione dei Dati	nonché la protezione, all'interno dell'ATSL ASL3, affinché questi siano trattati in modo lecito e pertinente. ➤ Supporta il RPCT nella valutazione dei trattamenti di dati connessi alle misure anticorruzione e agli adempimenti di pubblicazione, fornendo pareri sulla conformità al GDPR. ➤ Fornisce pareri sugli obblighi di pubblicazione, sulla proporzionalità dei dati diffusi e sulle misure di anonimizzazione o oscuramento. In ATSL ASL3 il ruolo in oggi è affidato al Direttore Dipartimento Amministrativo, avv. Giovanna Depetro, individuata con atto dirigenziale area 3 n. 2 del 9.1.2026.

RTD - Responsabile della Transizione Digitale	➤ Promuove il passaggio alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale ed aperta, ai sensi del CAD (Codice di Amministrazione Digitale) In ATSL ASL3 il ruolo in oggi è affidato al Direttore f.f. S.C. Sistemi Informativi Aziendali, dott.ssa Laura Ravera, individuata con atto dirigenziale area 3 n. 2 del 9.1.2026.
Responsabile della Conservazione Sostitutiva	➤ Stabilisce le politiche complessive del sistema di conservazione, ai sensi della vigente normativa e standard internazionali (Linee guida AgID) ➤ Collabora con il Responsabile della protezione dei dati per assicurare che le politiche di conservazione siano compatibili con il GDPR e con la normativa sulla protezione dei dati. In ATSL ASL3 il ruolo in oggi è affidato al Direttore f.f. S.C. Sistemi Informativi Aziendali, dott.ssa Laura Ravera, individuata con atto dirigenziale area 3 n. 2 del 9.1.2026.

Gruppo di lavoro interaziendale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria	Con deliberazione della Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021 è stato ridefinito il ruolo del <i>Gruppo di Lavoro interaziendale</i> per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza istituito da Alisa nel 2016, prevedendo che la sua attività afferisca direttamente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali, al fine di: ➤ implementare in modo uniforme le direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario ➤ rafforzare la collaborazione con il RPCT di Regione Liguria. Il gruppo è composto dal Direttore dell'Area Salute e Servizi Sociali o suo delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di A.Li.Sa e delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del S.S.R., dal RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino con funzioni di coordinamento strategico. Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 3/07/2023 ad oggetto "Gruppo di lavoro interaziendale 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 <i>Tavolo di lavoro ristretto</i> che prevede la partecipazione di ASL3, ASL4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, E.O. Ospedali Galliera e 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 del Tavolo di lavoro ristretto è affidato, anch'esso, al RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

	che riferisce al Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali.
Dipendenti	➤ Osservano le disposizioni riportate nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO ➤ Segnalano al proprio Responsabile di Struttura eventuali situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001; ➤ Osservano, specificamente, le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento ATSL ASL3. I dipendenti afferenti alle strutture inserite nelle aree a maggior rischio corruttivo: ➤ forniscono il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il proprio facilitatore di riferimento, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro; ➤ relazionano al proprio dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali e a qualsiasi anomalia accertata, indicando, per ciascun procedimento che ha comportato sfioramento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990 e ss.mm.ii.
Collaboratori esterni	Tutti i collaboratori esterni, dai consulenti alle ditte appaltatrici, sono tenuti a rispettare, per quanto loro compatibili, i contenuti e gli obblighi presenti nella presente sezione e nel Codice di Comportamento che vengono loro trasmessi, per via telematica, all'avvio della attività di collaborazione/consulenza.
I portatori di interesse (Stakeholder)	Tra i Portatori di Interesse o Stakeholder, si annoverano anche le seguenti categorie, interessate o direttamente coinvolte nelle attività dell'ATSL ASL3: i media, gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi dell'ATSL ASL3, le Associazioni di volontariato e le Associazioni dei malati. In particolare, le associazioni di Tutela, Malattia e Volontariato sono rappresentate nel Comitato Misto Consultivo (C.M.C.) con il quale l'ATSL ASL3 comunica attraverso modalità e canali permanenti. I rilievi e le criticità segnalate dal Comitato su richiesta dell'URP, possono essere oggetto di approfondimento con il RPCT.

Processo e modalità di predisposizione della Sezione

La presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2026-2028 è elaborata in coerenza con la normativa vigente e le linee guida nazionali, sotto il coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell' ATSL ASL3.

Il processo prevede l'analisi del contesto, la valutazione dei rischi e l'aggiornamento delle misure di prevenzione e trasparenza, includendo, altresì, un monitoraggio periodico dell'attuazione delle azioni programmate.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo che tengano conto anche degli obiettivi di VP

La Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali – Regione Liguria, con nota R.U. 196293 del 24.12.2025, ha confermato gli obiettivi strategici proposti del Gruppo di Lavoro Interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza per l'anno 2026, come di seguito declinati.

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato. A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- *Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo.*
- *Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo intraziendale degli RPCT – Sanità).*
- *Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.*
- *Promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.*

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 intraziendale degli RPCT Sanità) e di buona amministrazione, anche prevedendo l'istituzione di appositi gruppi di lavoro tra gli enti.*
- *Progettare ulteriori evoluzioni dei cruscotti informativi di indicatori (KPI) finalizzati al monitoraggio anche di indicatori e ambiti di "buona amministrazione" quali: rispetto tempi procedurali, applicazione misure anticorruzione, applicazione obblighi di pubblicazione, rilevazioni di customer satisfaction per utenti esterni e interni, rispetto tempi pagamento fatture commerciali.*

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.*

Anagrafica

Le indicazioni necessarie per conoscere e rivolgersi ad ATSL ASL3 sono pubblicate nella Sezione 1) "Anagrafica" del PIAO, alla quale si rinvia.

Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) ATSL ASL3

Dott.ssa Natascia Massocco – Dirigente Amministrativo Direttore Struttura Complessa ATSL ASL3 Aggiornamento e Formazione – nominata RPCT ATSL ASL3 con atto dirigenziale Area 3 n. 2 del 9.1.2026

Contatti	e-mail	prev.corr@asl3.liguria.it
	telefono	010 849 7504

Analisi del contesto

Contesto esterno

Per una approfondita analisi del contesto esterno in cui opera ATSL ASL3 si rimanda alla Sottosezione 2.1) "Valore Pubblico" del PIAO 2026-2028.

Per una breve disamina delle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente economico e sociale nel quale ATSL ASL3 si trova ad operare si ritiene, tuttavia, utile un richiamo, rispettivamente, alla relazione pubblicata da Banca d'Italia sull'economia ligure e la pubblicazione inerente l'attività svolta e i risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia in Liguria.

Banca d'Italia

Economie regionali L'economia della Liguria Aggiornamento congiunturale

"IL QUADRO DI INSIEME

Nel 2025 in Liguria è proseguita la debole crescita registrata nell'anno precedente; secondo l'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, nel primo semestre il prodotto è aumentato dello 0,6 per cento (fig. 1.1). In base al Sondaggio congiunturale sulle imprese industriali e dei servizi (Sondtel) condotto dalla Banca d'Italia, nei primi tre trimestri dell'anno la produzione industriale (approssimata dal numero delle ore lavorate) è aumentata moderatamente, mentre il fatturato e le quantità vendute sono rimasti pressoché stabili; anche gli investimenti attesi per il 2025 dovrebbero attestarsi sugli stessi livelli del 2024. Le previsioni a breve termine degli operatori, su cui incidono elevati margini di incertezza, sono improntate a prudenza. L'attività edilizia ha rallentato ulteriormente; il comparto ha continuato a trarre vantaggio dall'avanzamento dei lavori relativi alle principali opere pubbliche, finanziati anche con le risorse messe a disposizione dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Nel settore immobiliare sono aumentate le transazioni sia nel comparto abitativo sia in quello non residenziale. Secondo il sondaggio della Banca d'Italia, nel complesso del terziario il fatturato delle imprese è cresciuto leggermente. Nei primi 7 mesi del 2025 le presenze turistiche si sono innalzate di poco rispetto al corrispondente periodo dello scorso anno: il lieve calo registrato nella componente straniera è stato più che compensato dall'incremento in quella domestica. Il numero dei passeggeri in transito nei porti regionali è salito, grazie al segmento delle crociere. Il traffico commerciale marittimo espresso in tonnellate è diminuito, mentre il numero dei container movimentati ha continuato a crescere. La situazione economico-finanziaria delle imprese è rimasta favorevole: oltre i quattro quinti delle aziende liguri prevedono di conseguire un utile nel 2025 e la liquidità, sebbene in leggero calo rispetto allo scorso anno, si è mantenuta su livelli elevati nel confronto storico. In un contesto caratterizzato dalla riduzione dei tassi di interesse, nei primi sei mesi dell'anno la domanda di nuovi prestiti si è rafforzata e i finanziamenti al comparto produttivo hanno ripreso ad aumentare. Con riferimento alla capacità

di rimborso delle imprese, il flusso di nuove posizioni che presentano anomalie nei pagamenti è rimasto invariato, mentre la rischiosità dei crediti non deteriorati è migliorata.

Dopo la stabilizzazione registrata nel 2024, il numero degli occupati è tornato a espandersi, in particolare nella componente femminile e negli indipendenti. Le attivazioni di nuove posizioni lavorative alle dipendenze sono aumentate leggermente: l'incremento ha riguardato soprattutto i contratti a tempo indeterminato e i lavoratori più giovani. Il numero delle persone in cerca di lavoro ha continuato a diminuire, contribuendo a determinare una riduzione del tasso di disoccupazione; il ricorso alle forme di integrazione salariale è risalito, pur mantenendosi su livelli bassi nel confronto storico. La crescita degli occupati ha sostenuto il reddito delle famiglie, il cui andamento ha favorito un moderato incremento dei consumi in termini reali, nonostante il leggero rialzo dell'inflazione. La domanda di nuovi prestiti si è rafforzata e i mutui per l'acquisto di abitazioni sono tornati ad aumentare; il credito al consumo ha continuato a crescere.

Nell'ambito del risparmio finanziario, i depositi di famiglie e imprese liguri si sono, nel complesso, stabilizzati: alla contenuta espansione dei primi è corrisposta una riduzione dei secondi. I titoli a custodia presso il sistema bancario, valutati ai valori di mercato, sono aumentati, riflettendo sia il rialzo delle quotazioni, sia nuovi flussi di investimento.”¹

Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento DIA

"La Liguria è una Regione con una forte attrattiva economica, dovuta principalmente alla sua strategica posizione geografica e al robusto tessuto imprenditoriale. La sua vicinanza a importanti aree del Nord Italia, alla Costa Azzurra e al Nord Europa, nonché la facilità di accesso ad altri continenti grazie al sistema portuale di Genova, La Spezia e Vado Ligure, la rendono un crocevia fondamentale per il commercio. Tuttavia, questa stessa posizione la espone anche ai traffici illeciti, in particolare a quelli legati al narcotraffico, che sfruttano proprio gli scali marittimi regionali per il transito di sostanze stupefacenti.

Nel 2024, l'attività economica in Liguria ha mostrato segni di stabilizzazione, con una crescita contenuta del PIL dello 0,8%. La domanda invariata di prestiti da parte delle imprese e la flessione del credito per il comparto produttivo segnerebbero un indebolimento delle prospettive di crescita, disegnando nel complesso un contesto economico-finanziario regionale caratterizzato dall'incertezza. Anche i traffici mercantili marittimi hanno subito una riduzione riflettendo la staticità del commercio internazionale dovuta alla debolezza della domanda globale e alle tensioni geopolitiche. Ciò nonostante, il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti continuano a rappresentare, particolarmente per le organizzazioni mafiose che operano su scala internazionale, una delle principali fonti di arricchimento proprio in considerazione della presenza

¹ www.bancaditalia.it/media/notizia/l-economia-della-liguria-aggiornamento-congiunturale-novembre-2025

lungo la costa ligure di importanti scali portuali. Il territorio della Liguria appare sul piano criminale caratterizzato dalla presenza strutturata di consorterie mafiose riferibili quasi esclusivamente alla 'ndrangheta, sebbene sia emersa l'operatività anche di organizzazioni criminali straniere, perlopiù albanesi e sudamericane, specializzate nel narcotraffico. Gli esiti di importanti inchieste giudiziarie hanno consentito nel corso degli anni di delineare la presenza nella Regione di una struttura organizzativa della 'ndrangheta, che costituisce una macroarea denominata Liguria, alla quale fanno riferimento altre unità periferiche, i cd. locali. Seppure strettamente collegati al Crimine di Polsi (frazione di San Luca-RC), i locali di Genova, Lavagna (GE) e Ventimiglia (IM) sono dotati di un'autonomia strategico-operativa che gli consente un potere decisionale in diversi settori criminali. Recentemente si è avuta contezza giudiziaria anche di un ulteriore rilevante insediamento operativo a Bordighera (IM). Secondo alcune ricostruzioni investigative, il locale di Genova assumerebbe anche il ruolo di Camera di controllo regionale, denominata Liguria. Tale struttura rivestirebbe la funzione di raccordo tra il Crimine reggino e le unità periferiche liguri. Il locale di Ventimiglia, invece, svolgerebbe la funzione di Camera di passaggio, a garanzia di una sorta di "continuità" operativa e strategica con le analoghe proiezioni ultra nazionali presenti in Costa Azzurra (Francia). Le 'ndrine operanti in Regione hanno evidenziato una particolare propensione all'infiltrazione silente del tessuto economico/imprenditoriale ligure come dimostrano i provvedimenti interdittivi antimafia emessi nella Regione nel 2024.

Le cosche calabresi in Liguria hanno da sempre dato prova di "mimetismo" criminale, intrecciando rapporti di reciprocità con esponenti collusi del mondo imprenditoriale, delle professioni e con funzionari pubblici infedeli, acquisendo nel tempo un patrimonio relazionale indispensabile per realizzare i propri interessi criminali. Tuttavia, queste non hanno rinunciato all'uso della violenza ricorrendo negli anni ad atti intimidatori finalizzati a superare le resistenze opposte ai tentativi di condizionamento, rivolti finanche ad amministratori locali. In Liguria dal 2014 al 2023 sono stati, infatti, perpetrati ben 185 episodi minatori, dei quali 10 nei confronti di Sindaci, 3 di Consiglieri comunali e 1 di Amministratori regionali.

L'interesse criminale prevalente per le mafie presenti nel territorio ligure è da sempre rappresentato dal business connesso al traffico di stupefacenti che nella regione assume il carattere preminente della transnazionalità poiché la Liguria rappresenta un hub logistico nel Mediterraneo per la gestione strategica a livello mondiale dei flussi di stupefacenti. Non solo la presenza di grandi scali marittimi di Genova, La Spezia e Vado Ligure ma anche la naturale connotazione di varco transfrontaliero terrestre verso la Francia e la Spagna rendono la Regione una porta di ingresso in Italia della rotta del narcotraffico proveniente dai Paesi del nord Africa. Il porto di Genova è considerato dai principali cartelli internazionali della droga un attracco privilegiato per la sua posizione di centralità nel Mediterraneo, di livello pari agli altri porti internazionali del Nord Europa e, dal punto di vista della necessità di eludere i controlli delle forze di polizia, una valida alternativa a quello di Gioia Tauro (RC). Per ciò che concerne il confine terrestre, il valico di Ventimiglia (IM) rappresenta il naturale canale di transito di corrieri provenienti dal nord Africa che, lungo la direttrice di terra Spagna-Francia-Italia, importano

grandi quantità di hashish e marijuana principalmente provenienti dal Marocco. Con riferimento alla presenza di consorterie di altra matrice, nel 2024 non sono emerse evidenze circa la stanzialità di altre organizzazioni mafiose storiche. Tuttavia, si è talvolta registrata, in Regione, la presenza di elementi contigui alla camorra⁶⁴⁸ e, come evidenziato precedentemente, alla mafia siciliana⁶⁴⁹ attivi sia nei settori leciti dell'economia sia in traffici illegali. In Liguria, inoltre, risultano presenti anche sodalizi stranieri, spesso costituiti da extracomunitari irregolari per lo più di origine africana, sudamericana e dell'Est Europa principalmente dediti allo spaccio di stupefacenti. Proprio nel remunerativo settore del narcotraffico si sono riscontrate forme di collaborazione, sebbene allo stato non siano emersi rapporti strutturati e consolidati, tra la criminalità organizzata italiana e gruppi stranieri. Nello specifico, sono emerse sinergie operative per lo più all'interno di contesti 'ndranghetisti e gruppi criminali albanesi. Infine, proprio in virtù della natura transfrontaliera della Liguria, si registrano fenomeni di immigrazione clandestina verso i Paesi del nord Europa ad opera di organizzazioni criminali straniere dedite alla tratta di esseri umani.

Dalla Prefettura di Genova sono stati adottati 3 interdittive antimafia e 1 diniego di iscrizione alla white list.⁷²

Contesto interno

Organizzazione

Per le informazioni inerenti l'analisi dell'organizzazione ATSL ASL3 si rinvia alla Sottosezione del PIAO 3.1) "Organizzazione e capitale umano".

Procedimenti disciplinari attivati e in corso

Procedimenti Disciplinari anno 2025*		
	Procedimenti attivati	Violazione Codice di Comportamento
Dirigenza	5	1
Comparto	22	1
Personale Convenzionato	5	0
Totale 2025	32	2

*Dati aggiornati al 2.12.2025

⁷² <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali>

Mappatura dei processi e gestione del rischio

La mappatura dei processi rappresenta una fase fondamentale del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Attraverso tale attività, l'ATSL ASL3 individua i processi e i procedimenti più esposti al rischio corruttivo, con particolare riferimento a quelli che implicano un elevato grado di discrezionalità decisionale, la gestione di risorse economiche o l'interazione diretta con soggetti esterni.

L'attività di mappatura è stata condotta secondo criteri uniformi, tenuto conto della struttura organizzativa e delle funzioni assegnate a ciascuna direzione, della natura dei procedimenti gestiti e delle fasi critiche di ciascun processo, delle aree di rischi specifiche individuate da ANAC per il settore sanitario.

Tabella 1 – Elenco delle principali aree di rischio

Amministrazioni ed enti interessati	Aree di rischio	Riferimento
Tutti	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario corrispondente ad autorizzazioni e concessioni	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici con particolare riferimento alle fasi delle procedure di approvvigionamento	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA 23 (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Incarichi e nomine	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte

		generale Par. 6.3 lettera b)
	Affari legali e contenzioso	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
Aziende ed enti del SSN	Attività libero professionale	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Liste di attesa	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' 24 dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Rapporti con soggetti erogatori	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016

Metodologia

La mappatura dei processi individuati in ATSL ASL3 si articola in:

1. Descrizione delle fasi/azioni (sono descritte le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte);
2. Tempistiche fasi/azioni (sono indicate le tempistiche, se previste dalla norma o da procedure interne, sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte);
3. Perimetro di competenza delle varie fasi/azioni (esterno all'ATSL ASL3 o interno);
4. Esecutore dell'attività (è indicato se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto);

Esecutore della fase (denominazione dell'ufficio competente allo svolgimento della fase/azione).

La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione

Identificazione del rischio

Nella stessa matrice di mappatura è presente un'ulteriore sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, che si articola in:

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

Il rischio di corruzione da individuare presenta due caratteristiche da considerare: il soggetto destinatario del processo che potrebbe ricavare dei vantaggi illeciti e l'oggetto del beneficio.

Per modalità di comportamento si intende il comportamento corruttivo, ovvero la "traduzione" del rischio nelle azioni concrete che da potenziale lo trasformano in effettivo; quindi il comportamento è quella prassi operativa, che potrebbe essere adottata, non conforme alle norme o comunque rientrante in quel concetto di corruzione allargato, collegato alla malamministrazione o alla disparità di trattamento nei confronti di soggetti esterni ovvero tra i dipendenti dell'ATSL ASL3.

Come per la mappatura, anche la ricognizione dei rischi (eventi di rischio e comportamenti corruttivi) è riportata all'interno delle schede dei processi.

Tali schede costituiscono il registro dei rischi.

Riguardo ai "Fattori abilitanti" si è ritenuto di non proporre un elenco chiuso di fattori abilitanti ma di lasciare che ogni Struttura li potesse individuare al fine di rendere l'analisi più realistica. Successivamente, sono stati aggregati in "macro – fattori". Essi costituiscono anche un quadro del contesto interno potenziale presente in ATSL ASL3:

Fattori abilitanti

- ✓ Assenza di meccanismi di controllo ex post
- ✓ Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche) /assenza di criteri preordinati e/o di regole
- ✓ Assenza/scarsità del personale/impossibilità a garantire la rotazione del personale/Accentramento di funzioni ad un unico operatore
- ✓ Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)
- ✓ Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)
- ✓ Eccessiva discrezionalità
- ✓ Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)
- ✓ Inadeguata diffusione della cultura della legalità
- ✓ Mancanza di controlli
- ✓ Mancanza di trasparenza
- ✓ Mancata verifica conflitti di interesse
- ✓ Pressione commerciale
- ✓ Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze)
- ✓ Sopralluogo effettuato da un unico operatore/mancanza rotazione del personale

Analisi del rischio

La metodologia di analisi del rischio impiegata 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.

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, è stato individuato un set di variabili (parametri) caratterizzati da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento:

PARAMETRI INDICATORI DELLA 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 INDICATORI DELL' 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 ATSL ASL3 mentre le altre sono riservate al RPCT):

- Misurazione (qualitativa) del valore di ciascuna delle variabili (P e I), sopra indicate, attraverso valutazioni espresse 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";
- Valutazione complessiva (sintesi del valore sintetico: giudizio di probabilità e giudizio di impatto) dei due indicatori (probabilità e impatto) da parte del RPCT attraverso l'impiego di un indice di posizione, la "moda" (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. In caso i valori assegnati alle variabili di un determinato processo siano troppo bassi, è stato innalzato il valore in modo da evitare una sottostima del rischio complessivo e rendere coerente il giudizio sul rischio rispetto alla eventuale presenza di rischi e dalle risultanze del trattamento del rischio;

- Attribuzione di un livello di rischio, da parte del RPCT, a ciascun processo considerato, in base al valore dei due indicatori (probabilità e impatto) sulla base di una matrice di rischio che risulta strutturata applicando, anche in questo caso, la “moda”, ai giudizi di probabilità e di impatto della fase precedente. La matrice, di seguito riprodotta, risulta articolata su cinque livelli di 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

Ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell’ATSL ASL3 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. Nel calcolo del rischio è stato adottato un criterio improntato alla prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio, al fine di escludere dal trattamento del rischio quei processi che invece necessiterebbero di adeguate misure correttive.

Il trattamento del rischio

Il rischio, cioè l’individuazione di concrete misure per affrontare i rischi individuati nella fase precedente, è stato trattato con l’ausilio di una matrice composta dalle seguenti sezioni:

- Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is):** qualora l’analisi evidenziasse una copertura sufficiente a contrastare i fattori abilitanti non è stato richiesto di procedere alle fasi successive
- Analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure presenti e il loro grado di incidenza sulle cause del rischio:** in questa sezione della matrice è stato richiesto di individuare delle proposte correttive per contrastare i rischi e di valutare se le stesse fossero realizzabili.

c) **Selezione e progettazione delle misure:** In caso dalle analisi a) e b) risultassero misure sostenibili con i tempi e le risorse a disposizione le stesse devono essere adeguatamente progettate onde evitare che le stesse si riducano a delle previsioni astratte precisando le fasi, i tempi i soggetti responsabili e gli indicatori. L'accento è posto sull'importanza di programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascun ufficio. I dati richiesti in questa sezione sono stati i seguenti: fase per l'attuazione della misura, risultato atteso, tempi di realizzazione, ufficio responsabile; indicatori.

Indicatori di rischio corruttivo

Il cruscotto di indicatori per l'identificazione e la valutazione del rischio, elaborato dal Gruppo interaziendale degli RPCT delle aziende e degli enti sanitari, riportato nel presente paragrafo, viene applicato per il monitoraggio di alcuni settori ritenuti sensibili, al fine di individuare eventuali aree di criticità sulle quali intervenire.

INDICATORI DI RISCHIO CORRUTTIVO



Appalti Pubblici

- Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV)
- Procedure non aperte o ristrette
- Gare con un'unica offerta
- Tempi ristretti per la presentazione delle offerte
- Processi contrattuali con eccessi di spesa rispetto ai prezzi di riferimento
- Processi di proroga e rinnovo dei contratti

Procedure di aggiudicazione che adottano il criterio dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV):

L'uso del criterio OEPV comporta maggiori margini di discrezionalità rispetto al criterio del prezzo più basso, potenzialmente aprendo la strada a favoritismi.

ALTO	- Elevata percentuale di procedure aggiudicate con criterio OEPV rispetto al totale - Criteri di valutazione poco chiari o non coerenti con l'oggetto dell'appalto - Scarso equilibrio tra componente tecnica ed economica, con prevalenza eccessiva della componente qualitativa - Numero limitato di partecipanti alla gara - Assenza o incompletezza di dati/documentazione trasparente nella fase di aggiudicazione
MEDIO	- Ripetitività di aggiudicazioni OEPV a favore degli stessi operatori - Criteri di valutazione definiti ma con margini interpretativi moderati - Equilibrio adeguato tra componente tecnica ed economica - Numero medio di partecipanti alla gara
BASSO	- Documentazione completa e trasparente con motivazioni dettagliate - Uso limitato o mirato del criterio OEPV, con prevalenza di criteri oggettivi - Elevato numero di partecipanti alla gara

Procedure non aperte o ristrette:

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

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

Gare con un'unica offerta:

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

ALTO	- Assenza di concorrenza senza giustificazioni oggettive - Settore con presenza di più operatori - Possibili accordi tra imprese o rapporti privilegiati - Prezzi superiori a quelli di mercato - Rischio di aggiudicazione non ottimale per la PA

MEDIO	- Settore con pochi operatori - Documentazione delle difficoltà di attrarre offerte - Analisi di mercato effettuata e trasparente - Prezzi in linea con il mercato, ma rischio comunque presente
BASSO	- Unicità del fornitore comprovata - Urgenza o motivi tecnici insuperabili - Procedura trasparente e motivata - Controlli ex post e comunicazione agli organi di vigilanza
Tempi ristretti per la presentazione delle offerte: Scadenze troppo ravvicinate tra la pubblicazione del bando e la sua scadenza possono favorire un processo decisionale che penalizza la concorrenza e limita la possibilità di valutare correttamente tutte le offerte.	
ALTO	- Termine inferiore a 10 giorni senza urgenza motivata - Complessità dell'appalto elevata ma tempi molto brevi - Mancata pubblicazione tempestiva di chiarimenti - Esclusione di operatori non "avvisati" - Rischio di favorire soggetti già informati o privilegiati
MEDIO	- Termine vicino al minimo legale (10-15 giorni) - Urgenza documentata e trasparente - Appalto semplice o di valore limitato - Chiarimenti forniti in tempo utile
BASSO	- Termine di almeno 30 giorni - Complessità dell'appalto considerata nella fissazione del termine - Proroghe concesse se richieste informazioni supplementari - Chiarimenti pubblicati almeno 6 giorni prima della scadenza

Processi contrattuali con eccessi di spesa rispetto ai prezzi di riferimento:

Il pagamento di importi significativamente superiori a quelli definiti come "prezzi di riferimento" rappresenta un campanello d'allarme, poiché può celare inefficienze o comportamenti corruttivi nella definizione della base d'asta.

ALTO	- Prezzi pagati ben al di sopra dei prezzi massimi ANAC - Assenza di clausole di revisione prezzi o loro mancata applicazione - Mancanza di trasparenza nella determinazione della base d'asta - Possibili fenomeni di corruzione o collusione - Inefficienze gravi e sprechi di risorse pubbliche
MEDIO	- Prezzi superiori ma motivati da variazioni economiche documentate - Applicazione degli indici ISTAT per revisione prezzi secondo il nuovo Codice Appalti - Documentazione tecnica a supporto delle variazioni - Rischio di inefficienze contenuto ma presente
BASSO	- Prezzi conformi ai prezzi massimi ANAC - Revisione prezzi effettuata con indici ISTAT aggiornati - Trasparenza e correttezza nella base d'asta - Controlli e monitoraggi regolari

Processi di proroga e rinnovo dei contratti:

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

ALTO	- Durata molto superiore al contratto originario - Assenza di clausole di proroga nel bando - Mancanza di motivazioni oggettive - Possibile affidamento diretto senza gara - Violazione dei principi di concorrenza e trasparenza - Responsabilità erariale per gli amministratori

MEDIO	- Clausole di proroga presenti ma usate al limite - Motivazioni documentate ma non strettamente tecniche - Durata proroga contenuta ma significativa - Rischio di abuso ma con qualche tutela formale
BASSO	- Proroga tecnica limitata nel tempo - Motivazioni oggettive e documentate - Rispetto delle condizioni previste dal Codice Appalti (D.Lgs. 36/2023) - Trasparenza e comunicazione agli organi di controllo
Gestione del Personale	
• Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi • Percentuale rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio • Percentuale incarichi annullati o revocati • Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite	
Percentuale incarichi fiduciari/non comparativi	
ALTO	- Incidenza elevata di incarichi fiduciari senza selezione pubblica - Nomine dirette prevalenti rispetto a procedure comparative - Mancanza di pubblicazione di atti motivati e curricula - Elevato rischio di clientelismo, nepotismo e favoritismi - Possibili violazioni del principio di imparzialità e concorrenza

MEDIO	- Incidenza di incarichi fiduciari entro limiti di legge - Procedure di nomina non sempre trasparenti o pubbliche - Motivazioni presenti ma non sempre esaustive - Rischio contenuto ma presente di favoritismi o scelte non ottimali
BASSO	- Incidenza limitata e giustificata di incarichi fiduciari - Procedure selettive e comparative prevalenti - Pubblicazione puntuale di nomine, motivazioni e curricula - Basso rischio di favoritismi e clientelismi - Conformità ai principi di trasparenza e imparzialità
Percentuali rotazioni non effettuate nei ruoli a rischio	
ALTO	- Rotazioni non effettuate o molto ritardate (oltre i tempi previsti) - Assenza di motivazioni documentate o giustificazioni insufficienti - Mancata applicazione delle misure alternative (es. segregazione funzioni) - Scarso o nullo monitoraggio e reporting nel PTPCT/PIAO - Elevato rischio di consolidamento di rapporti clientelari e di corruzione
MEDIO	- Rotazioni effettuate in parte, con alcune eccezioni giustificate - Misure alternative adottate in modo non sistematico - Monitoraggio e reporting presenti ma non sempre completi - Rischio contenuto ma presente di comportamenti non conformi
BASSO	- Rotazioni programmate e realizzate nei tempi previsti - Applicazione coerente delle misure alternative quando necessario - Monitoraggio continuo e report puntuali nel PTPCT/PIAO - Basso rischio di consolidamento di situazioni a rischio di corruzione

Percentuale incarichi annullati o revocati

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

Percentuale sanzioni disciplinari per condotte illecite

ALTO	- Alta incidenza di procedimenti disciplinari conclusi con sanzioni gravi (licenziamenti, sospensioni) - Numerosi eventi critici rilevati e gestiti - Presenza di fenomeni di illegalità o malcostume diffusi - Necessità di interventi strutturali e rafforzamento della prevenzione

MEDIO	- Procedimenti disciplinari attivati ma con circa un terzo conclusi senza sanzioni- Sanzioni applicate in modo proporzionato e selettivo - margini di miglioramento nella prevenzione
BASSO	- Limitato numero di procedimenti disciplinari e sanzioni gravi - Prevalenza di comportamenti conformi alle regole - Sistema di prevenzione e controllo efficace - Basso rischio di fenomeni corruttivi o malcostume
Conflitto di Interessi	
• Numero di conflitti di interesse dichiarati. • Tasso di risoluzione dei conflitti. • Qualità della documentazione e delle procedure di gestione.	
Numero di conflitti di interesse dichiarati: Quanti casi sono stati formalmente segnalati e gestiti.	
ALTO	- Scarso o nullo numero di segnalazioni nonostante il contesto complesso - Mancata adozione di misure preventive e di controllo - Potenziali conflitti non rilevati o non comunicati - Rischio elevato di favoritismi e violazioni di imparzialità

MEDIO	- Segnalazioni presenti ma non sistematiche - Procedure di gestione parzialmente documentate - Alcuni casi di conflitto gestiti correttamente - Rischio contenuto ma presente, soprattutto in assenza di monitoraggi costanti
BASSO	- Segnalazioni coerenti con il volume e la complessità dell'ambito - Procedure chiare e applicate per la gestione dei conflitti - Comunicazioni tempestive e astensioni effettive - Basso rischio di condizionamenti illeciti
Tasso di risoluzione dei conflitti: Percentuale di conflitti di interesse risolti in un arco di tempo definito.	
ALTO	- Ritardi o astensione del personale coinvolto - Procedure di gestione non applicate o incomplete - Elevato rischio di favoritismi e violazioni di imparzialità - Carenze nella vigilanza e controllo
MEDIO	- Procedure di gestione presenti ma non sempre tempestive - Alcune situazioni di conflitto risolte parzialmente - Rischio residuo di condizionamenti o favoritismi - Necessità di migliorare la tempestività e completezza delle misure
BASSO	- Applicazione rigorosa della normativa vigente (es. Art. 16 del D.Lgs. 36/2023) - Astensione immediata del personale in conflitto - Procedure chiare e trasparenti di gestione - Basso rischio di influenze indebite o alterazioni della concorrenza

Qualità della documentazione e delle procedure di gestione:

Valutazione qualitativa delle politiche interne e della loro efficacia.

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

Formazione e cultura dell'integrità

- Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione (PIAO, whistleblowing, pantouflage, codice di comportamento).
- Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione.
- Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.

Livello di conoscenza delle strategie anticorruzione (PIAO, whistleblowing, pantouflage, codice di comportamento).

ALTO	- Personale non formato o informato sulle misure anticorruzione - Mancata diffusione o applicazione del Piano Integrato Anticorruzione e Trasparenza (PIAO) - Ignoranza o scarsa conoscenza degli strumenti di segnalazione (whistleblowing) - Assenza di codici di comportamento o loro mancata osservanza - Elevato rischio di comportamenti illeciti e mancata prevenzione
MEDIO	- Formazione presente ma non sistematica o aggiornata - PIAO adottato ma non pienamente implementato - Strumenti di whistleblowing attivi ma poco utilizzati - Codice di comportamento presente ma non sempre rispettato - Rischio moderato di inefficacia nelle misure di prevenzione
BASSO	- Formazione regolare e aggiornata del personale - PIAO adottato, aggiornato e diffuso - Meccanismi di whistleblowing efficaci e utilizzati - Codice di comportamento chiaro, aggiornato e rispettato - Basso rischio di comportamenti corruttivi e maggiore trasparenza
Percentuale di dipendenti formati su misure di prevenzione della corruzione.	
ALTO	- Formazione non sistematica o sporadica - Mancata copertura dei dipendenti in aree a rischio - Assenza di formazione specifica per ruoli chiave (RPCT, dirigenti) - Scarso impatto sulla cultura organizzativa anticorruzione - Elevato rischio di inefficacia delle misure preventive

MEDIO	- Formazione prevista ma non sempre aggiornata - Copertura parziale del personale, con attenzione maggiore alle aree a rischio - Programmi di formazione differenziati ma non sempre efficaci - Rischio residuo di comportamenti non conformi o di scarsa consapevolezza
BASSO	- Formazione obbligatoria e regolare per tutto il personale - Percorsi formativi specifici per RPCT, dirigenti e personale a rischio - Aggiornamenti annuali o biennali - Monitoraggio e rendicontazione della formazione erogata - Basso rischio di comportamenti illeciti e maggiore efficacia delle misure
Consapevolezza delle misure di prevenzione e capacità di applicarle.	
ALTO	- Personale ignaro o poco informato sulle misure anticorruzione - Mancata attuazione delle misure previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO - Assenza di segnalazioni o interventi disciplinari per inadempienze - Elevato rischio di violazioni e comportamenti non conformi - Mancanza di un sistema di monitoraggio efficace
MEDIO	- Formazione e informazione erogate ma non costantemente- Applicazione delle misure non sempre uniforme o tempestiva - inefficienze
BASSO	- Personale formato e sensibilizzato regolarmente - Misure applicate in modo coerente e documentato - Sistema di monitoraggio e controllo attivo e efficace - Segnalazioni gestite e azioni disciplinari tempestive - Basso rischio di comportamenti illeciti e alta efficacia preventiva

Trasparenza e Accesso Civico

- Tempo medio di pubblicazione dei dati
- Grado di dettaglio dei report pubblici
- Numero di audit e controlli pubblicamente resi noti

Tempo medio di pubblicazione dei dati:

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

ALTO

- Pubblicazione ritardata oltre i termini ragionevoli (es. >180 giorni)
- Mancata definizione di tempi chiari previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO
- Ritardi sistematici nella pubblicazione di dati sensibili (bandi, incarichi, contributi)
- Rischio elevato di opacità e mancato controllo pubblico
- Potenziali fenomeni di corruzione o favoritismi

MEDIO

- Pubblicazione entro 1-6 mesi dalla disponibilità dei dati
- Tempi definiti nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, ma con margini di flessibilità
- Ritardi occasionali ma non sistematici
- Rischio moderato di inefficienze o ridotta trasparenza

BASSO

- Pubblicazione entro 30 giorni dalla disponibilità dei dati
- Definizione chiara e rispettata dei tempi previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO
- Aggiornamento costante e trasparente
- Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Grado di dettaglio dei report pubblici:

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

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

Numero di audit e controlli pubblicamente resi noti:

Frequenza e trasparenza dei controlli interni ed esterni.

ALTO	- Pochi o nessun audit resi pubblici - Mancanza di report o documentazione accessibile - Controlli sporadici o non pianificati - Assenza di misure correttive comunicate - Elevato rischio di opacità, inefficienza e fenomeni corruttivi

MEDIO	- Audit condotti con cadenza almeno annuale o biennale - Report pubblici parziali o non sempre aggiornati - Procedure di monitoraggio presenti ma migliorabili - Trasparenza discreta, ma con margini di miglioramento
BASSO	- Audit pianificati e svolti regolarmente (es. annuali o trimestrali) - Report dettagliati e pubblicati tempestivamente - Integrazione dei risultati nei Piani di monitoraggio e PIAO - Misure correttive comunicate e monitorate - Basso rischio di opacità e comportamenti illeciti

Programmazione delle misure generali

Le misure generali di prevenzione del rischio corruttivo di cui al presente documento intervengono in maniera trasversale sull'intera ATSL ASL3 e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Si rappresenta che la misura della rotazione ordinaria del personale non risulta applicabile in quanto l'ATSL ASL3 presenta una struttura organizzativa complessa, caratterizzata, in diversi ambiti, da personale con elevate competenze tecnico - specialistiche e da posizioni funzionali difficilmente sostituibili.

La rotazione ordinaria, pertanto, non potrebbe essere attuata senza determinare criticità operative e il rischio di pregiudicare la continuità dei servizi sanitari e amministrativi essenziali.

Misure generali di prevenzione progettate per l'anno 2026.

MISURA GENERALE	Descrizione	Riferimenti normativi	Responsabile dell'attuazione	Note operative/Strumenti di attuazione	Indicatori	Tempi di attuazione
Adozione e aggiornamento del PIAO	Redazione e aggiornamento annuale del Piano, con integrazione della sezione su rischi corruttivi e trasparenza	L. 190/2012 - D.L. 80/2021 - D.Lgs. 33/2013	Coordinamento Area Sociosanitaria Locale 3 / RPCT	Coordinamento con S.C. Programmazione e Controllo	Adozione provvedimento entro termine stabilito	31/01/2026
Codice di comportamento	Applicazione e diffusione del Codice di comportamento integrativo innovato ai sensi D.P.R. 81/2023	D.P.R 62/2013 e s.m.i.	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane RPCT Tutte le strutture dell'ATSL ASL3	Formazione e pubblicazione in intranet ATSL ASL3	Applicazione del Codice e verbali delle varie strutture degli incontri di formazione e diffusione del Codice stesso	31/12/2026
Formazione su etica e integrità	Percorsi formativi periodici in materia di anticorruzione e trasparenza	PNA - D.Lgs. 165/2001	S.C. Aggiornamento e Formazione / RPCT	Partecipazione ai corsi su piattaforma Moodle: "Whistleblowing: dalla teoria alla pratica" "La legge n. 190: i piani e le misure anticorruzione" "Aggiornamento e integrazione del Corso La legge n. 190: i Piani e le misure di prevenzione della corruzione e codice di comportamento" "Incompatibilità, inconferibilità e conflitto d'interessi" "Antiriciclaggio - Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alla Aziende Sanitarie"	N. partecipanti iscritti e n. partecipanti che hanno concluso i corsi	31/12/2026

Gestione conflitti di interesse	Raccolta e aggiornamento delle dichiarazioni rese dagli interessati	D.Lgs. 39/2013 art. 20	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto all'assunzione o al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 D. Lgs. n. 39 DEL 08/04/2013 e Delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 833/2016 (da rendere da parte di: DIRIGENTI del ruolo PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO all'atto dell'assunzione/del conferimento dell'incarico o in caso di variazione dell'incarico precedentemente conferito e, relativamente all'incompatibilità, anche mediante aggiornamento con cadenza ANNUALE) Modulo 1BIS	N. dichiarazioni trasmesse a redazione sito per la pubblicazione in Amministrazione Trasparente	31/12/2026
	Raccolta e aggiornamento delle dichiarazioni rese dagli interessati	D.Lgs. n. 33/2013 art. 14 comma 1 lett. d) e lett. f)	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa alla assunzione di altre cariche presso enti pubblici o privati e altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica (da rendere ai sensi dell'art. 14 comma 1 lett. d) e lett. e) del d.lgs. n. 33/2013 da parte dei direttori dipartimenti, strutture complesse e strutture semplici dell'ATSL ASL3 Modulo 9	N. dichiarazioni trasmesse a redazione sito per la pubblicazione in Amministrazione Trasparente	31/12/2026
	Procedura interna inerente la verifica delle dichiarazioni sulla inconferibilità dei dirigenti PTA	D.Lgs. 39/2013	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane / RPCT	Applicazione verifiche previste da procedura	N. dichiarazioni sottoposte a verifica	31/12/2026

Prevenzione del pantouflage	Applicazione delle misure volte a prevenire conflitti di interesse post - impiego	D.lgs. 165/2001 art. 53, comma 16 ter	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane / RPCT	Applicazione procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage)	Relazione su attività svolta trasmessa a RPCT	31/12/2026
Whistleblowing	Gestione delle segnalazioni di illeciti con tutela del segnalante	D.Lgs. 24/2023	RPCT	Piattaforma informatica dedicata	Report su segnalazioni (anche archiviate)	31/12/2026
Rotazione straordinaria del personale	Attuazione della rotazione straordinaria nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari, o in presenza di situazioni di rischio corruttivo o di pregiudizio per l'imparzialità dell'azione amministrativa	D.Lgs. 165/2001	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane / RPCT	Monitoraggio annuale dell'applicazione e rendicontazione nel PIAO	Report relativo all'eventuale rotazione	31/12/2026

Sulla base dell'analisi dei rischi e delle caratteristiche organizzative dell' ATSL ASL3, sono individuate le seguenti **misure specifiche** di prevenzione della corruzione

MISURA SPECIFICA	Descrizione	Riferimenti normativi	Responsabile dell'attuazione	Note operative/Strumenti di attuazione	Indicatori	Tempi di attuazione
Antiriciclaggio*	Applicazione Regolamento	D.Lgs. 231/2007 art. 10	Responsabili della segnalazione antiriciclaggio	Compilazione semestrale delle griglie di controllo da parte delle strutture individuate nel Regolamento	Griglie trasmesse a RPCT entro 15 gg. successivi al semestre di riferimento	30/06/2026 31/12/2026
Patti di integrità	Applicazione del Patto di integrità nelle procedure di gara e negli affidamenti, per garantire legalità, trasparenza e correttezza dei rapporti con gli operatori economici	L. 190/2012 - PNA- D.Lgs. 36/2023 - Linee guida ANAC	SS.CC. Dipartimento Tecnico e SC Gestione e Programmazione delle Forniture	Clausola nei bandi e contratti, controlli a campione	Verifica a campione dei Patti mediante acquisizione copia presso strutture interessate	31/12/2026

Identificazione Titolare effettivo	Introduzione della verifica del titolare effettivo per operatori economici che instaurano rapporti contrattuali con l'ATSL ASL3	D.Lgs. 231/2007	SS.CC. Dipartimento Tecnico e SC Gestione e Programmazione delle Forniture	Integrazione del Patto di Integrità con modulo per identificazione del Titolare Effettivo	Verifica a campione del modello mediante acquisizione copia presso strutture interessate	31/12/2026
Gestione conflitti di interesse nell'area contratti	Raccolta e aggiornamento delle dichiarazioni rese dagli interessati	D. Lgs. 36/2023	SS.CC. Dipartimento Tecnico e SC Gestione e Programmazione delle Forniture	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ex art. 47 DPR 28.12.2000, n. 445) attestante l'assenza di conflitti di interessi da rilasciare da parte del RUP per ogni singola gara e da parte dei dipendenti all'atto dell'attribuzione dell'incarico Modulo 18	Verifica a campione delle dichiarazioni rese mediante acquisizione copia	31/12/2026
Mappatura fattispecie sgravio	Applicazione modelli di identificazione e trattamento degli sgravi		S.C. Bilancio e Contabilità	Riscossione da parte di Agenzia delle Entrate (per conto di Asl 3) di determinati pagamenti tramite avviso di pagamento (e successiva eventuale cartellizzazione)	Report trasmessi a RPCT	31/12/2026
Check list disciplina rimborsi	Applicazione modelli di identificazione e trattamento dei rimborsi		S.C. Bilancio e Contabilità	Procedura Rimborso Utente per prestazione non erogata	Report trasmessi a RPCT	31/12/2026
Rotazione del personale	Rotazione del personale con funzione di Segretario verbalizzante nelle commissioni per le procedure selettive e di acquisizione del personale		S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Verifica del numero di adesioni al bando per la funzione di segretario verbalizzante nelle commissioni per le procedure selettive e di acquisizione del personale. Alternanza segretari che svolgono le funzioni per cui è previsto un corrispettivo e quelle a titolo gratuito	N. dei partecipanti al bando	31/12/2026
Liste di attesa	"Accesso dei soggetti HIV positivi con diagnosi di AIDS nelle Strutture ": Aggiornamento periodico delle segnalazioni; Numero di inserimenti nelle liste di attesa suddivisi per Strutture residenziali.		S.C. Ser.D RPCT	Prosecuzione misure attivate nel controllo degli inserimenti nelle Case Alloggio AIDS ed alle loro ricadute.	Trasmissione relazione semestrale a RPCT da parte del Responsabile S.C. Ser.D	30/06/2026 31/12/2026

Smart working	Applicazione del Regolamento in materia di smart working		S.C. Aggiornamento e formazione S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Corretta applicazione delle disposizioni regolamentari	N. contratti attivati e n. contratti chiusi per anno di riferimento	31/12/2026
Cruscotto di indicatori per l'identificazione e valutazione del rischio nelle aziende sanitarie	Applicazione del cruscotto di indicatori progettato dal Gruppo interaziendale regionale degli RPCT		RPCT	Individuazione del processo mappato e applicazione cruscotto	N. processi ai quali applicare il cruscotto di indicatori	31/12/2026

N. 19 AZIONI PROGRAMMATE PER IL 2026

* Antiriciclaggio

L'articolo 10, comma 4, del D.Lgs. n. 231/2007 prevede che, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche Amministrazioni comunichino all'Unità di informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

Con deliberazione DG n. 268 del 20/05/2020 dell'ex Azienda Sociosanitaria Ligure n. 3 ha approvato le **"Disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo"** 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.

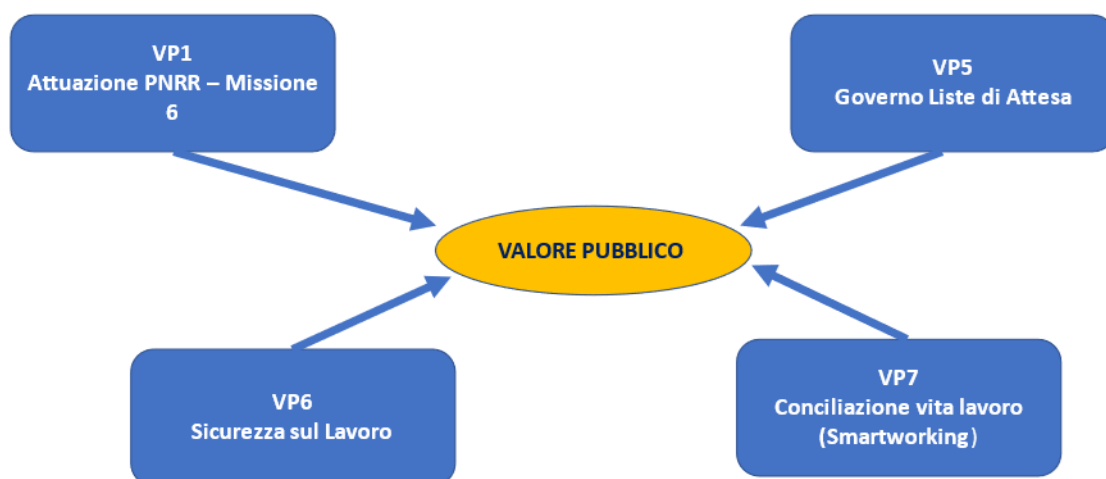
L'UIF ha assunto competenze anche in ordine all'elaborazione di istruzioni ed indicatori di anomalia adeguati per le PP.AA., allo scopo di ridurre i margini di incertezza delle valutazioni soggettive connesse alle comunicazioni di operazioni sospette.

Le strutture dell'ATSL ASL3, inserite in area a rischio riciclaggio individuate dalla normativa (procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione; - procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici; - procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati), hanno comunicato gli indicatori di anomalia potenzialmente riscontrabili nei processi di rispettiva competenza. All'interno delle strutture sono stati individuati, altresì, gli operatori di primo livello, che si occupano dei processi/procedure considerati a rischio riciclaggio (con l'obbligo di avvisare tempestivamente il Gestore in caso di presenza di indicatori di anomalia).

Con cadenza semestrale i facilitatori di struttura comunicano al Gestore Antiriciclaggio, mediante la compilazione di specifiche griglie di controllo riportanti gli indicatori di anomalia, l'eventuale presenza, nei processi di competenza, di detti indicatori.

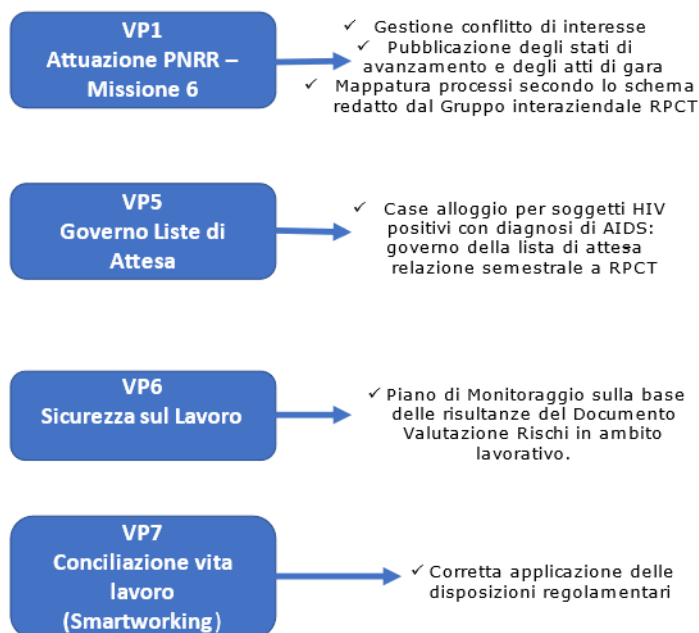
Valore Pubblico Obiettivi 2026

Gli indicatori di valore pubblico contribuiscono alla definizione degli obiettivi strategici e sono integrati nella presente sottosezione del PIAO 2026 – 2028.



Misure di prevenzione rischi corruttivi

MISURE DI PREVENZIONE



Trasparenza

La trasparenza, nel nostro ordinamento, è stata elevata a livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, come previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. Ciò comporta che le amministrazioni e gli enti sono tenuti a garantire l'accessibilità totale alle informazioni detenute, favorendo la partecipazione dei cittadini e il controllo democratico sull'operato delle istituzioni.

Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati.

L'attività di pubblicazione di informazioni sul sito ATSL ASL3 è affidata all'Ufficio Comunicazione attraverso la collaborazione della società ICT di Regione Liguria "Liguria Digitale s.p.a."

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 è garantita dall'utilizzo della piattaforma web denominata "Redmine", che si basa su di un sistema di apertura di richieste informatizzato in modo da consentire automaticamente la loro tracciabilità. In tal modo, l'ufficio che ha inviato la richiesta è in grado, in ogni momento, di conoscerne lo stato di avanzamento, con la certezza che la pratica verrà correttamente evasa.

A seguito di richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria, l'Ufficio Comunicazione inserisce nella sottosezione del sito web istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" così come precisata dal richiedente, i file senza alterarne i contenuti, la grafica e senza modificarne l'estensione.

La tempistica di conclusione della richiesta varia a seconda dei seguenti fattori:

- la chiarezza nell'esposizione del problema da parte dell'operatore;
- l'urgenza e la complessità dell'intervento: se la richiesta riguarda il semplice aggiornamento dei dati, essa è evasa nell'arco di poche ore; viceversa se riguarda, ad esempio, una modifica strutturale di una sezione di Amministrazione Trasparente, i tempi vengono preventivamente stabiliti dai tecnici, informando l'interessato;
- le priorità dell'intervento (nel caso, ad esempio, sia obbligatoria per legge la pubblicazione di un certo documento entro un determinato periodo di tempo, viene assegnata la precedenza a questo intervento).

Tale modalità consente al RPCT di monitorare efficacemente i flussi di trasmissione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 da parte degli uffici responsabili, di verificare i tempi di pubblicazione, di intervenire qualora sorgessero problemi di comunicazione, di ritardo o altre criticità.

Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi

Come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 sono indicati i soggetti tenuti all'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l'aggiornamento di "Amministrazione Trasparente". Ai fini del controllo da parte del Responsabile sugli adempimenti previsti per la dirigenza in termini di obblighi di trasparenza, è fondamentale l'instaurazione di un rapporto di interlocuzione e di stretta collaborazione tra i dirigenti ed il Responsabile.

Per rafforzare ulteriormente questo rapporto di collaborazione in ATSL ASL3 sono stati nominati:

- i Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza come descritto nella parte *Organi e Soggetti coinvolti* della presente sottosezione;
- i Facilitatori come descritto nella parte *Organi e Soggetti coinvolti* della presente sottosezione.

Di seguito si precisano nel dettaglio i compiti dei vari soggetti in ordine alla puntuale esecuzione delle disposizioni di cui alla normativa sulla trasparenza amministrativa.

Ogniqualvolta si ravvisa l'obbligo di pubblicazione dei dati, i dirigenti sono tenuti a:

- inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente all'Ufficio Comunicazione all'indirizzo e-mail redazione.sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo a prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito ATSL ASL3 nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it, i dirigenti responsabili di struttura, per il tramite dei coordinatori, sono tenuti a:
 - ✓ specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
 - ✓ riportare nell'oggetto della mail la dicitura "Amministrazione Trasparente", specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto - sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
 - ✓ trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell'ATSL ASL3, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;
 - ✓ trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;
 - ✓ verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;

- ✓ trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;
- ✓ inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- ✓ comunicare al proprio Referente le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

Secondo le indicazioni previste nella tabella sulla programmazione della trasparenza, i soggetti chiamati a svolgere attività di monitoraggio interno hanno il compito di verificare periodicamente la presenza e l'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicità obbligatoria, segnalando al proprio coordinatore o dirigente eventuali criticità.

I Referenti, in particolare, devono predisporre adeguate misure organizzative in modo da assicurarsi che i propri Dirigenti subordinati abbiano trasmesso tutti i dati a pubblicità obbligatoria, di competenza del proprio Dipartimento (ovvero una volta acquisiti dai propri dirigenti trasmetterli direttamente).

Qualora i Referenti o i Dirigenti ad essi sotto-ordinati risultassero inadempienti, anche parzialmente, agli obblighi ed ai compiti a loro spettanti dalla normativa e dalle disposizioni presenti sulla sezione "trasparenza" del presente Piano, il RPCT ha la facoltà di segnalare tali casi all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al vertice dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 c. 5 D.Lgs. n. 33/2013).

Ciascun dirigente si fa carico, altresì, di ottemperare al generale divieto di diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute dei singoli interessati. Per i beneficiari di provvidenze di natura economica, occorre che non siano diffusi ulteriori dati non pertinenti, quali, ad esempio, l'indirizzo di abitazione, il codice fiscale, le coordinate bancarie. A questo proposito si rinvia all'art. 5 e all'art. 6 del Regolamento Generale per la protezione dei dati personali n. 679/2016.

Sono state recepite le disposizioni del D.Lgs. n. 82/2005 art. 68 (Codice dell'amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto. A tal riguardo, la presente sottosezione fa proprie le indicazioni presenti nelle Linee Guida dell'ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l'altro, prevedono che i dati debbano essere:

- ✓ pubblicati in almeno uno dei formati aperti: pdf (non immagine), odf, xml ecc... (avendo cura di creare queste estensioni mediante l'utilizzo dei programmi "Libre-office" recentemente installati a seguito dell'attivazione del programma "Civilia" per la gestione degli atti amministrativi).

- ✓ raggiungibili direttamente dalla pagina nella quale le informazioni di riferimento sono riportate.

MISURE DA ATTUARSI NEL 2026

Misura generale	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Note operative/Strumenti di attuazione	Indicatori	Tempi di attuazione
Trasparenza	Gestione delle istanze di accesso civico e generalizzato (FOIA)	RPCT e S.C. AA.GG.	Garanzia tempi di risposta conformi agli standard normativi e una corretta applicazione delle esclusioni e dei limiti a tutela dei dati personali	n. accessi x Struttura	30/06/2026 31/12/2026
	Aggiornamento della tabella "Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori"	Tutte le Strutture dell'ATSL ASL3	Inserimento dei dati come da tabella	Aggiornamento e completezza dati	31/12/2026
	PNRR Missione 6 – Stato avanzamento lavori	Tutte le strutture che utilizzano i fondi PNRR	Pubblicazione tabella riepilogativa stato avanzamento lavori	Trasmissione a RPCT della tabella riepilogativa, entro 15 gg. successivi al semestre di riferimento	30/06/2026 31/12/2026

Monitoraggio misure generali e specifiche 2025

Esiti del monitoraggio del precedente periodo di vigenza del PIAO.

MISURA GENERALE E SPECIFICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	N. AZIONI DA ATTUARE NEL 2025	AZIONE		INDICATORI	SOGGETTO RESPONSABIL E	ATTUATA	RISULTATO DEL MONITORAGGIO		
Formazione	3	Verifica dei partecipanti ai corsi attivati l’anno precedente (conflitto di interesse e antiriciclaggio)	con cadenza annuale	Numero partecipanti e valutazioni ottenute	RPCT e suo collaboratore	SI	Monitoraggio al 21/11/2025		
							Corso FAD	N. iscritti	N. iscritti che hanno concluso il corso
							Incompatibilità, inconferibilità e conflitto d'interessi	712	487
							Antiriciclaggio Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alla Aziende Sanitarie 2025	380	216

							La gestione del rischio di corruzione - Aggiornamento 2025	552	275
		Attuazione della fase consultiva obbligatoria ai fini dell'adozione del nuovo Codice di Comportamento tramite eventi di sensibilizzazione sul tema		Numero dei dipendenti coinvolti	RPCT	SI	Il RPCT ha dato diffusione dell'avvio della fase consultiva obbligatoria mediante pubblicazione dell'avviso sul sito internet e su intranet ATSL ASL3. La fase consultiva si è svolta dal 1° agosto al 30 settembre 2025.		
		Incontro con facilitatori dipartimentali e di struttura calendarizzato nel Piano formativo 2025		Partecipazione all'incontro	RPCT	SI	L'incontro con i facilitatori di struttura si è svolto in data 21.3.2025 per una durata di n. 3 ore		
Codice di Comportamento	1	Adozione del Codice di Comportamento aggiornato		Adozione nuovo codice	RPCT S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Nuovo Codice di comportamento recepito con Delibera ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 652 del 12.12.2025.		
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	1	Verifica a campione di moduli compilati sul conflitto di interessi per verifica completezza dati.	con cadenza annuale	Numero moduli verificati	RPCT	SI	Nell'ambito degli audit attivati presso le strutture coinvolte sono state visionate n. 60 dichiarazioni, redatte in modo puntuale e completo rispetto ai dati richiesti.		
Incarichi extra istituzionali	1	Aggiornamento nuovo regolamento in materia di attività extraistituzionali		Aggiornamento del Regolamento	RPCT S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti		

Inconferibilità /incompatibilità ex D. Lgs. N. 33/2013	2	Applicazione procedura interna per la verifica delle dichiarazioni sulla inconferibilità/incompatibilità dei dirigenti ex D.Lgs. n. 39/2013 al fine di dare attuazione in concreto alle verifiche richieste dalla normativa	con cadenza annuale	Numero verifiche effettuate	RPCT	SI	La procedura è stata applicata per tutte le figure richieste
		Compilazione dei moduli sull'incompatibilità da parte dei dirigenti afferenti all'Area Funzioni Locali in servizio	con cadenza annuale	Numero moduli pubblicati in Amministrazione Trasparente	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Per l'anno 2025 sono stati pubblicati n. 23 moduli
Rotazione del personale	2	Verifica del numero di adesioni al bando per la funzione di segretario verbalizzante nelle commissioni per le procedure selettive e di acquisizione del personale	con cadenza annuale	Numero totale adesioni	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	N. 4 assistenti amministrativi (ADA) hanno aderito al bando e, successivamente, n. 1 candidato ha rinunciato all'incarico.
		Alternanza segretari che svolgono le funzioni per cui è previsto un corrispettivo e quelle a titolo gratuito	con cadenza annuale	Numero di segretari che hanno partecipato a commissioni sia con corrispettivo economico sia a titolo gratuito.	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Risultano complessivamente n. 9 unità - n. 6 Collaboratori Amministrativi (APSF) e n. n. 3 Assistenti Amministrativi (ADA) -che hanno partecipato alle commissioni, sia con corrispettivo economico sia a titolo gratuito

Pantouflage	1	Verifica applicazione procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage)	con cadenza annuale	Numero verifiche effettuate	RPCT	SI	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 con prosecuzione nel 2025 con l'attivazione di un audit in data 13 maggio 2025 Le verifiche sono state effettuate in conformità alle "Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sullo svolgimento dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. Pantouflage)" - trasmesso alla competente Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane con nota prot.RU n. 65776 del 24.04.2025
Whistleblowing	1	Gestione delle segnalazioni ricevute come definito dal Regolamento	con cadenza annuale	Numero segnalazioni ricevute	RPCT	SI	Dal 1.1. al 04.12.2025 sono state ricevute n. 21 segnalazioni ed evase n. 20 per istruttoria ancora in corso alla data di compilazione della presente tabella
Antiriciclaggio	1	Compilazione trimestrale delle griglie di controllo da parte delle strutture individuate	con cadenza trimestrale	Numero griglie di controllo condivise in cartella di rete	Responsabili della segnalazione antiriciclaggio	SI	Invio griglie di controllo da parte di alcune delle strutture dell'ATSL ASL3 individuate quali Responsabile della segnalazione nel vigente Regolamento.

Patti di integrità	1	Integrazione del Patto di Integrità con modulo per identificazione del Titolare Effettivo	con cadenza annuale	Numero Patti di integrità corredati del modulo TE sottoscritti dall'operatore economico	SS.CC. Dipartimento Tecnico e S.C. Gestione e Programmazione delle Forniture	SI	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 e sono successivamente proseguite nel 2025. Nel corso degli audit è stato verificato: • l'effettivo inserimento dei Patti d'integrità nella documentazione richiesta per la partecipazione alle procedure di affidamento; • la sottoscrizione delle clausole da parte degli operatori economici • la presenza dei dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo/destinatario di cui all'art 1 c. 2 lett. pp) del D. Lgs. 231/2007. 30 ottobre 2025 Struttura coinvolta SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico Le verifiche hanno evidenziato la puntuale attuazione della misura.
Regolamentazione dettagliata dei criteri previsti dal C.C.N.L. dell'Area Sanità del 19.12.2019 - triennio 2016 - 2018, in particolare vincolando a un punteggio i criteri di cui all'art. 19 c. 9 lett. C) del suddetto C.C.N.L.	1	Regolamento per il "Conferimento incarichi di Responsabilità di Strutture Semplici o Strutture Semplici Dipartimentali, afferenti alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Sociosanitaria"		Adozione Regolamento	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti

Predisposizione tabella relativa a equiparazioni ed equipollenze dei titoli di studio dipendenti ruolo sanitario e ruolo sociosanitario	1	Procedure selettive interne per la progressione dall'Area dei professionisti della salute e dei funzionari all'Area del personale di Elevata Qualificazione, al fine dell'assegnazione di incarichi di posizione o per il conferimento di incarichi di funzione organizzativa o di incarichi di funzione professionale		Adeguate formazione degli operatori del Settore sviluppo professionale delle risorse umane in merito a equiparazione ed equipollenza titoli di studio dipendenti ruolo sanitario e ruolo sociosanitario, relativamente ad ammissione a selezione per conferimento incarichi	S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	NO	A causa della complessità organizzativa delle attività previste e della necessità di coordinare più gruppi di lavoro, la misura non risulta attuata nei tempi previsti
Aggiornamento del Regolamento relativo al sistema di gestione diretta del rischio RCT/O ai sensi della L.R. n. 28/2011.	1	Gestione stragiudiziale richieste risarcitorie conseguenti a sinistri RCT in regime di autoassicurazione		Pubblicazione nella sezione regolamenti della deliberazione di aggiornamento del regolamento	S.C. Affari Generali	SI	Deliberazione ex Azienda Sociosanitaria Locale n. 3 n. 306 del 18.06.2025 Modifica del protocollo operativo relativo al sistema di gestione diretta del rischio RCT/O ai sensi della L.R. n. 28/2011 approvato con Deliberazione n. 592 del 10/11/2021
Mappatura fattispecie sgravio	1	Riscossione da parte di Agenzia delle Entrate (per conto di Asl 3) di determinati pagamenti tramite avviso di pagamento (e successiva eventuale cartellizzazione)		Creazione modelli di identificazione e trattamento degli sgravi	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Modello trasmesso a RPCT con mail del 31.10.2025 La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale

Creazione di check list disciplina rimborsi	1	Procedura Rimborso Utente per prestazione non erogata		Creazione modelli di identificazione e trattamento dei rimborsi	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Modello trasmesso a RPCT con mail del 31.10.2025 La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale
Calendarizzazione comunicazione alle strutture	1			Adozione Bilancio d'Esercizio	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	Bilancio di esercizio 2024 approvato con deliberazione n. 277 del 30.5.2025
Mappatura periodica dei protocolli	1	Scarico protocolli esterni in entrata su piattaforma <i>Folium</i>		Evidenza di controlli periodici alle scadenze stabilite	S.C. Bilancio e Contabilità	SI	La procedura sarà applicata a partire dal 1° gennaio 2026 con cadenza trimestrale
Piano di Monitoraggio sulla base delle risultanze del Documento Valutazione Rischi in ambito lavorativo	1	Redazione Piano		Pubblicazione in Amministrazione Trasparente	S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione	SI	Periodicamente il DVR viene aggiornato e pubblicato in rete. Ultimi aggiornamenti <i>in itinere</i>

Trasparenza	1	Accesso civico	Estrazione fascicoli on line di richieste di accesso civico confrontandoli con i dati FOIA	n. accessi x Struttura	RPCT e S.C. AA.GG.	SI	Gli accessi sono stati rilevati con cadenza semestrale tramite il portale dedicato e successivamente pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, garantendo l'anonimizzazione delle informazioni non soggette a divulgazione obbligatoria
	1	Ascolto e confronto con la società civile	Incontri finalizzati all'adozione del nuovo Codice di Comportamento	1 incontro nell'anno	RPCT	SI	L'ipotesi preliminare di aggiornamento del Codice di Comportamento è stata sottoposta a consultazione pubblica dal 31 luglio fino al 30 settembre, periodo di pubblicazione sul sito istituzionale di ATSL ASL3 e sulla intranet di area 3. A seguito della consultazione pubblica, si è provveduto a integrare nel documento finale i contributi ritenuti coerenti con le finalità e i principi del Codice.
	1	Aggiornamento sezione "consulenti e collaboratori" e "incarichi conferiti e autorizzati"	Aggiornamento sezione <i>consulenti e collaboratori e incarichi conferiti e autorizzati</i>	Profilazione personalizzata per ogni ufficio coinvolto	Uffici che incaricano consulenti e S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	SI	Dati inseriti su portale PerlaPA e pubblicati in forma sintetica in Amministrazione Trasparente
	1	Aumentare la trasparenza della gestione delle risorse finanziate dal PNRR	Aggiornamento elenchi dati progetti PNRR	n. aggiornamenti	RUP dei progetti PNRR	SI	Tabelle su stato avanzamento lavori pubblicate con cadenza trimestrale in Amministrazione Trasparente alla sottosezione Altri contenuti/PNRR

1	Aggiornamento della tabella "Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori"	Inserimento dei dati richiesti dall'all.to n. 2A del PAIO 2024 - 2026	n. dati aggiornati	Tutte le Strutture dell'ATSL ASL3	SI	Tabella aggiornata entro il 30/11/2025
1	Aggiornamento Amministrazione Trasparente ai sensi deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024	Pubblicazione dati secondo le linee guida indicate da ANAC per le seguenti sezioni di AT: Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis D.lgs. 33/2013) - Sezione: Dati sui Pagamenti. Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13 d.lgs. 33/2013) - Sezione: Articolazione degli Uffici Obblighi di pubblicazione concernenti i	n. aggiornamenti	RPCT e Strutture dell'ATSL ASL3 competenti nelle materie indicate	SI	Le sottosezioni di cui alla delibera ANAC n. 495/2024 sono state aggiornate entro il termine stabilito e sulla base dei modelli forniti con gli allegati schemi di pubblicazione e trasmessi parimenti all'OIV per parere.

			dati relativi ai controlli sull'organizza zione e sull'attività dell'amminist razione (art. 31 d.lgs. n. 33/2013) - Sezione: Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performanc e			

Monitoraggio obiettivi strategici anno 2025

Regione Liguria, nell'ambito degli incontri svolti a fine 2024 ha ritenuto di indicare, per il 2025, i seguenti obiettivi strategici, ratificati dalla Coordinatrice del Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza in data 16.1.2025.

Si dà atto delle attività realizzate in coerenza con gli obiettivi individuati per il 2025.

OBIETTIVO STRATEGICO 2025	AZIONI / OBIETTIVI	ATTIVITÀ SVOLTA
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	- Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti - Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo. - Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC	È stata predisposta una scheda già elaborata da ASL5 per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR. La scheda si compone di diverse sezioni relative alla descrizione dei processi, identificazione dei rischi – indicatori di rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche di prevenzione del rischio. I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzatura, software). Nella sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Altri contenuti PNRR viene pubblicata la rendicontazione semestrale dei progetti in essere e il monitoraggio sull'utilizzo dei fondi stanziati e sullo stato di attuazione dei progetti stessi.
2 – Promozione della cultura dell'integrità e formazione La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione	Programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l'istituto del whistleblowing e la normativa antiriciclaggio.	È stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento. È stato predisposto il materiale per il corso sulla normativa e sulle disposizioni attuative riguardanti il whistleblowing che verrà erogato nel corso del 2026.

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

Allegato

Allegato unico contenente:

- ✓ Mappatura dei processi ATSL ASL3
- ✓ Mappatura dei processi PNRR ATSL ASL3
- ✓ Tabella degli obblighi di pubblicazione – Amministrazione Trasparente ATSL ASL3



PIANO PERFORMANCE

2026 – 2028

***ALLEGATO 2 DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2026/2028 (PIAO 2026/2028)***

Gennaio 2026

INDICE

1.	Il Piano della Performance	3
2.	Gli indicatori di Valore Pubblico e il Piano della Performance	3
2.1	Gli obiettivi del Direttore Generale e delle Aziende	7
3.	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	7
4.	L'Albero della Performance	9
4.1	Legenda indicatori	10
4.2	Obiettivi strategici ed indicatori	11
5.	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget	20
6.	La misurazione e valutazione della performance organizzativa e la Relazione annuale	20
7.	Il collegamento con il sistema di valutazione della performance individuale	21
8.	Il coordinamento con il PTPC 2026 – 2028 e con il piano Privacy	22
9.	La trasparenza del ciclo della performance	23
10.	La collocazione del Piano della Performance	23

1. Il Piano della Performance

Il Piano della Performance, è il documento di programmazione aziendale di durata triennale, previsto dell'articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. nell'ambito del ***Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)*** adottato dall'Azienda Socio Sanitaria Ligure 3 (ASL 3), con deliberazione n. 10 del 19 gennaio 2022 e aggiornato con deliberazione n. 70 del 22 febbraio 2023, con il quale, nel quadro delle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i risultati attesi nel medio- lungo periodo.

Con l'adozione del Piano della Performance si intende:

1. Consolidare il ciclo della performance;
2. Evidenziare le dimensioni da misurare e valutare per i diversi livelli di analisi e le correlazioni esistenti;
3. Migliorare la consapevolezza degli obiettivi strategici da parte delle diverse figure professionali che operano all'interno dell'Azienda e con l'Azienda, facilitare l'integrazione fra le articolazioni organizzative aziendali;
4. Orientare l'azione complessiva dell'Azienda in relazione con il contesto ed il sistema degli interlocutori sociali di riferimento;
5. Comunicare ai propri portatori di interesse le priorità e i risultati attesi della performance aziendale, al fine anche di realizzare una maggiore interazione tra la Azienda e gli stessi;
6. Allineare gli strumenti della programmazione strategica e della programmazione economico-finanziario aziendale: in particolare, il presente Piano, verrà pubblicato nell'apposita sezione del sito Internet Aziendale e verrà integrato nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2026 – 2028 così come previsto dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che dovrà essere emanato, entro il 31/01/2026

Il Piano della Performance 2026-2028 rappresenta, uno strumento in continua evoluzione, che segue le esigenze di programmazione aziendale nel loro divenire.

Tutti gli obiettivi contenuti nel presente piano sono presidiati periodicamente attraverso il monitoraggio dei budget assegnati alle strutture e degli obiettivi del Direttore Generale, e se non inseriti negli stessi, sono comunque monitorati in quanto rientrano comunque nel novero degli adempimenti cogenti aziendali in quanto legati alla realizzazione della mission 6 del PNNR.

2. Gli indicatori di Valore Pubblico e il Piano della Performance

Come è noto, il Piano della Performance è inserito all'interno del Piano integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO 2026/2028). In questa sezione verranno illustrati gli indicatori di valore pubblico che sono contenuti all'interno del presente Piano.

Piano della Performance 2026/2028

Gli indicatori di Valore Pubblico rappresentano i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

Nel Presente Piano, come nei precedenti, sono stati inseriti tutti gli indicatori di valore Pubblico: di seguito lo schema che indica le rispettive afferenze. Per comodità sono state create 8 macrocategorie, che ricomprendono più indicatori

VALORE PUBBLICO - MACROCATEGORIE	MACROCATEGORIE
VP1 ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6	VP1A VP1B VP1C VP1D VP1E VP1F
VP2 INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	VP2A VP2B VP2C VP2D VP2E VP2F
VP3 PREVENZIONE (screening e attività di Prevenzione)	VP3A
VP4 ATTIVITA' TERRITORIALI	VP4A
VP5 GOVERNO LISTE DI ATTESA/AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI	VP5A
VP6 SICUREZZA SUL LAVORO	VP6A
VP7 CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working)	VP7A
VP8 CERTIFICAZIONI DI QUALITA'	VP8A VP8B

Di seguito lo schema con gli indicatori di valore pubblico associati alle macrocategorie:

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP1A ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 strutture	<i>Entro febbraio 2026 saranno attivate ulteriori 4 Case della Comunità</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1B ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 organizzazione	<i>Agevolare la presa in carico delle persone mediante un approccio multidisciplinare; valutare tempestivamente il bisogno della persona e accompagnarla alla risposta più appropriata; attivare percorsi di cura basati sull'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali; ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere, favorendo la cura delle persone a livello locale.</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI
VP1C ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 Efficientamento energetico	<i>Prosecuzione interventi efficientamento energetico</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1D ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 accessibilità digitale	<i>Miglioramento accessibilità digitale</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1E ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 attrezzature – acquisto e installazione	<i>100% acquisto e installazione apparecchiature sanitarie nel 2026</i>	DIPARTIMENTO TECNICO
VP1F ATTUAZIONE PNNR MISSIONE 6 la casa come primo luogo di cura	<i>La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le Cure domiciliari prevedono l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Sono previsti trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. (DM77/22)</i>	DISTRETTI SOCIOSANITARI PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E OSPEDALE TERRITORIO

VP2A INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Attività rivolte alla popolazione maschile e femminile</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA
VP2B INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Attività rivolte ai giovani</i>	DIPARTIMENTO FUNZIONALE STILI DI VITA UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2C INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Mantenimento sportelli socio sanitari in collaborazione con Sindacati pensionati</i> <i>Iniziative con Associazioni e stakeholders</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2D INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Abbattimento barriere linguistiche</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2E INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Miglioramento comunicazione interna</i>	UFFICIO STAMPA COMUNICAZIONE E URP
VP2F INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLA CITTADINANZA (iniziative volte alla tutela della salute, corretti stili di vita...)	<i>Continuità attività Centro Antitabacco</i>	SC RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
VP3A PREVENZIONE (screening e attività di Prevenzione)	<i>Attività di screening</i> <i>a) cervice uterina</i> <i>b) tumore mammella</i> <i>c) colon retto</i>	VALUTAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING RADIOLOGIA OSPEDALI P.A. MICONE GALLINO LA COLLETTA E BUSALLA
VP4A ATTIVITA' TERRITORIALI	<i>Attivazione corsi AFA (Attività Fisica Adattata) – sperimentazione di esercizio fisico strutturato presso Associazioni territoriali AFA - Convenzione con UNIGE</i>	DISTRETTI SOCIO SANITARI
VP5A GOVERNO LISTE DI ATTESA/AUMENTO OFFERTA PRESTAZIONI	<i>Monitoraggio tempi di attesa</i> <i>Aumento dell'offerta di prestazioni</i> <i>Implementazione assistenza sanitaria territoriale in attuazione DM 77/2022</i>	DIREZIONE SANITARIA TUTTE LE STRUTTURE OSPEDALIERE TUTTI I DISTRETTI SOCIO SANITARI TUTTE LE STRUTTURE EROGANTI
VP6A SICUREZZA SUL LAVORO	<i>Analisi del rischio condivisa con tutte le strutture aziendali</i>	SPP (SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE)
VP7A CONCILIAZIONE VITA LAVORO (Smart Working)	<i>Lavoro agile</i>	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

MACROCATEGORIA	INDICATORI DI VALORE PUBBLICO 2026 ASSOCIATI	STRUTTURE INTERESSATE
VP8A CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' NORMA UNI EN ISO 9001.	<i>Erogazione di servizi sanitari di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale; servizi di assistenza domiciliare e residenziale; servizi socio-sanitari in regime residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità. progettazione ed erogazione di servizi di formazione accreditata e non accreditata. gestione dei seguenti percorsi interaziendali: percorso diagnostico terapeutico assistenziale della neoplasia della mammella; percorso assistenziale vulnologia rete wound care</i>	STRUTTURE AZIENDALI
VP8B CERTIFICAZIONE AMBIENTALE UNI EN ISO 14001	<i>Piano di Audit programmato per Febbraio 2026</i>	OSPEDALE LA COLLETTA DI ARENZANO

2.1 Gli obiettivi del Direttore Generale e delle Aziende

Ad oggi, gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2026 non sono stati ancora assegnati, pertanto gli stessi entreranno a far parte degli obiettivi aziendali non appena licenziati da ATS Liguria.

In continuità con gli anni precedenti, si porrà l'attenzione su obiettivi già assegnati che sono stati proposti negli anni.

Uno degli obiettivi da raggiungere è costituito dalla realizzazione della missione 6 del PNNR, che vedrà l'attivazione delle Case di Comunità entro il 2026 e la realizzazione degli Ospedali di comunità. Anche gli acquisti e l'installazione delle Grandi apparecchiature procederanno in continuità nel 2026.

L'accessibilità digitale, inoltre, verrà ulteriormente migliorata nel corso dell'anno.

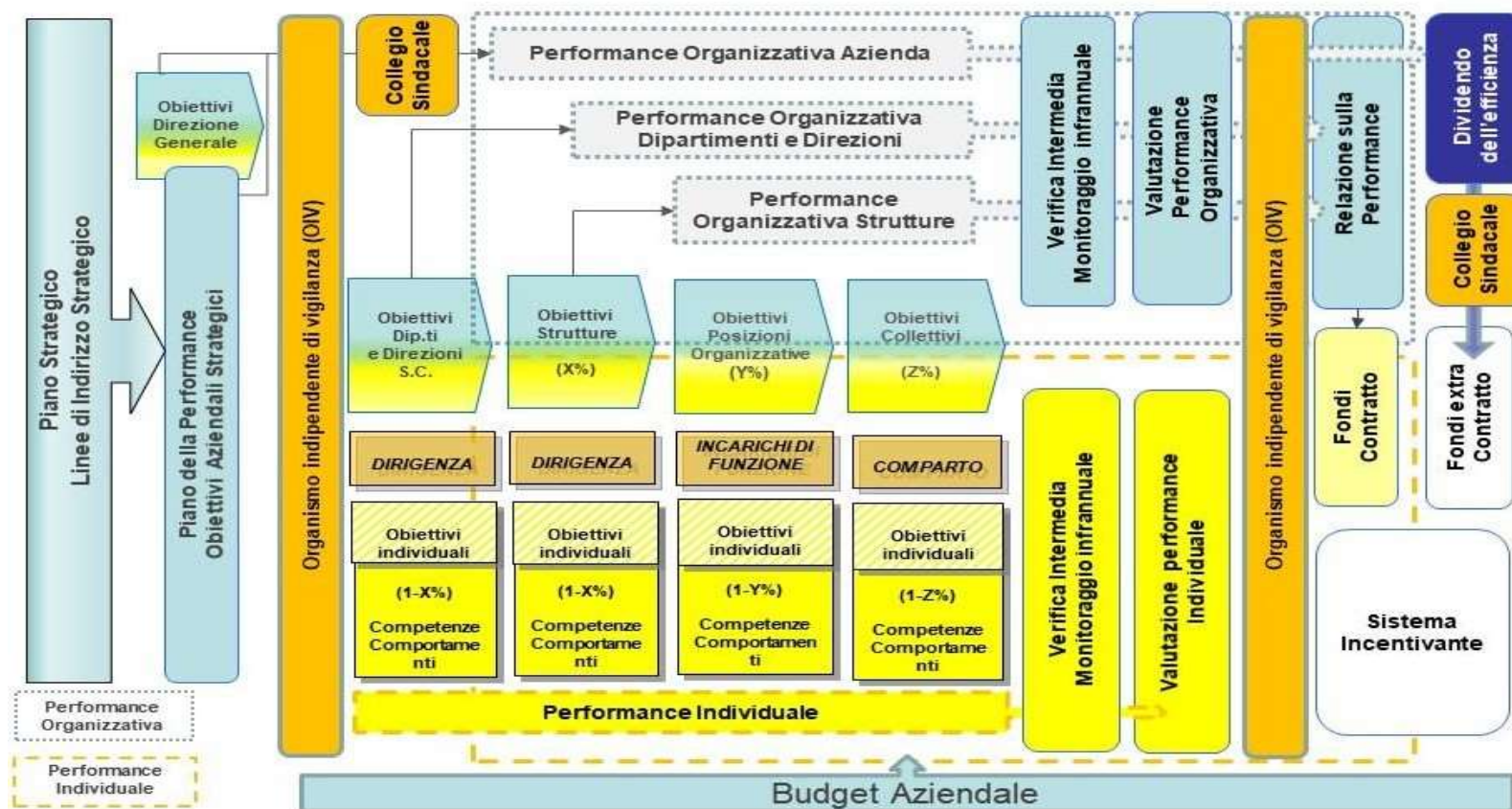
Tutte queste attività sono monitorate da Agenas e l'impegno delle strutture aziendali è concentrato proprio sul rispetto delle tempistiche assegnate.

In relazione alla performance organizzativa particolare attenzione verrà posta al mantenimento dell'equilibrio economico, al rispetto dei tempi previsti per le prestazioni PNGLA, alla riduzione dei tempi di attesa in PS e al recupero della mobilità passiva extra regionale.

3. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

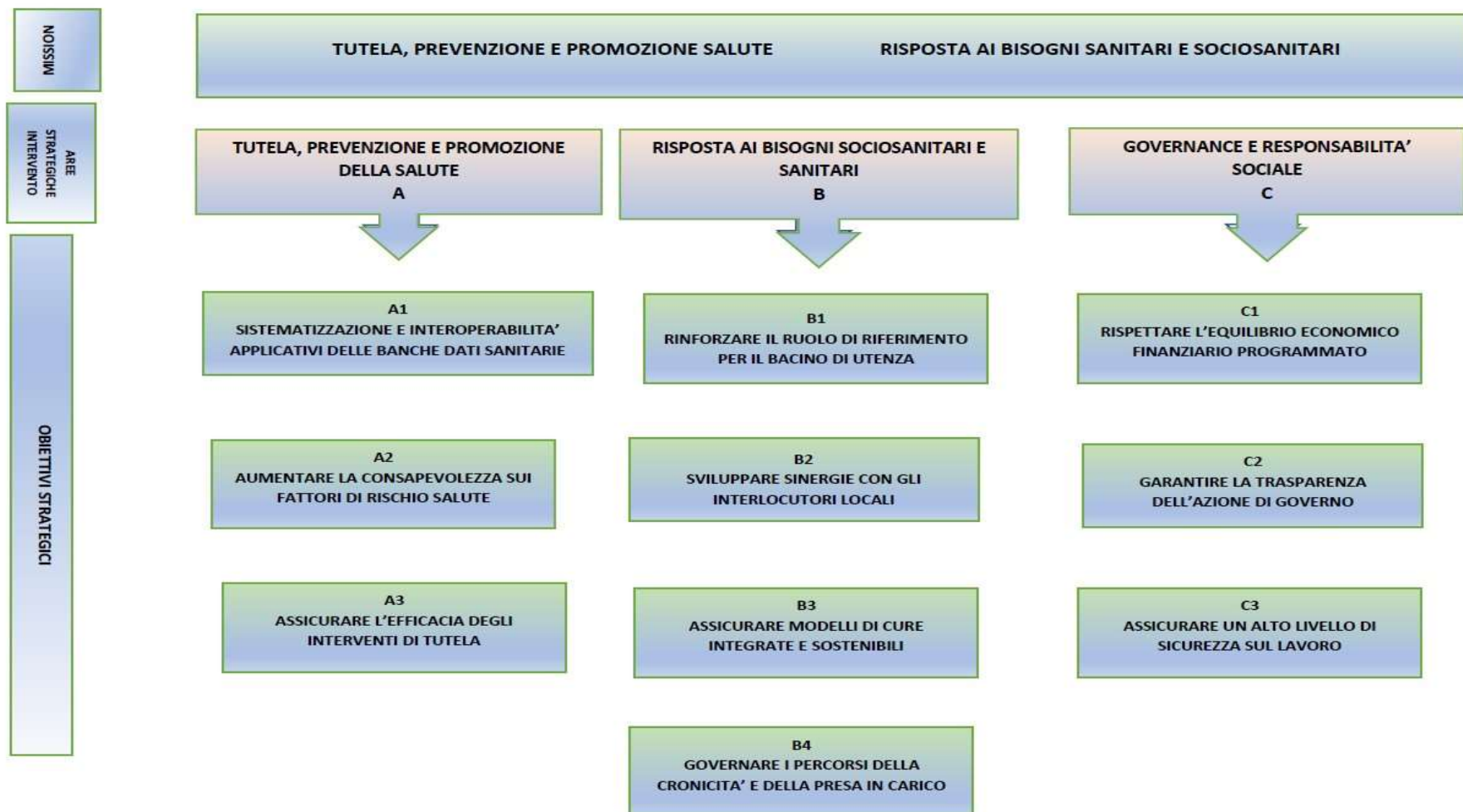
Sintesi grafica della unitarietà di visione e coerenza tra Documento Strategico e Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) organizzativa ed individuale aziendale

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE



4. L'Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta il collegamento tra mandato (mission) aziendale, aree strategiche e obiettivi strategici costituendo una dimensione sintetica ed integrata della articolazione degli obiettivi di performance.



4.1 Legenda indicatori

Indicatori Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019

P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse,Hib)

P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)

P03C: Copertura vaccinale anti-pneumococcica

P04C: Copertura vaccinale anti-meningococcica

P05C Copertura vaccinale anti-HPV

P10Z: Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino

P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale

Altri indicatori:

popolazione bersaglio: popolazione individuata secondo il piano di screening che deve essere contattata dalla ASL per partecipare al programma previsto VP Indicatore di Valore Pubblico

4.2 Obiettivi strategici ed indicatori

AREA A		TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE					
OBIETTIVO STRATEGICO		AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA SUI FATTORI DI RISCHIO SALUTE					
		VP	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
		associato					
INDICATORE	A_1	VP1D	Sistematizzazione e interoperabilità applicativi delle banche dati sanitarie	Adesione ai sistemi regionali di interoperabilità banche dati	Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali	Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali	Rispetto tempistiche adesione/implementazione programmi regionali
INDICATORE	A_1.1	VP1D	Coordinamento aziendale e formalizzazione responsabilità transizione digitale	Adesione alle direttive di cui contenuti della DGR 792/2022	Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla DGR 792/2022	Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla DGR 792/2022	Realizzazione piani di sviluppo delle banche dati secondo i cronoprogrammi previsti dalla DGR 792/2022

AREA A TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE							
OBIETTIVO STRATEGICO							
AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA SUI FATTORI DI RISCHIO SALUTE							
		VP	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
		associato					
INDICATORE	A_2.1	VP3A	campagna vaccinale (escluso COVID)	n. cittadini coinvolti in programmi e iniziative di vaccinazione	indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019 (vedi legenda pag 7)	indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019 (vedi legenda pag 7)	indicatori P01C/P02C/P03C/P04C/P05C Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019 (vedi legenda pag 7)
INDICATORE	A_3.1	VP3A	screening 1° livello	% cittadini che hanno effettuato screening 1° livello (cervice uterina, mammella, colon retto)	100% popolazione bersaglio viene contattata	100% popolazione bersaglio viene contattata	100% popolazione bersaglio viene contattata
INDICATORE	A_3.2	VP3A	screening 2° livello	% cittadini che hanno effettuato screening 2° livello colon retto (colonscopia) a 30 gg dopo SOF (sangue occulto feci) positivo	50% o miglioramento dato 2024	50% o miglioramento dato 2025	50% o miglioramento dato 2026
INDICATORE	A_4.1	VP3A	controlli ufficiali	controlli su animali e alimenti e imprese alimentari filiera ittica e fiere anche in giorno festivo	indicatori P10Z/P12Z Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019	indicatori P10Z/P12Z Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019	indicatori P10Z/P12Z Nuovo sistema di Garanzia D.M. Salute Decreto 12 marzo 2019

AREA A		TUTELA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE					
		OBIETTIVO STRATEGICO					
		ASSICURARE L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI TUTELA					
		VP	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
		associato					
INDICATORE	A_5.1	VP6A	attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore	n. controlli programmati sulle imprese attive presenti sul territorio controlli di sicurezza all'interno dell'azienda (antincendio ascensori, eliporto)	>=85%	>=90%	>=95%
INDICATORE	A_5.1.2	VP6A	attuazione piani di tutela della salute e sicurezza del lavoratore	Esame dei rischi lavorativi ed elaborazione misure di prevenzione	Esame dei rischi lavorativi ed elaborazione misure di prevenzione	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	A_5.2	VP7A	Attuazione di politiche atte alla conciliazione vita lavoro	n. lavoratori agili attivati/n. lavoratori agili potenziali	% => 60% n. lavoratori attivati su lavoratori remotizzabili	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	A_5.3	VP7A	Attuazione di politiche di crescita delle competenze ai sensi della Direttiva del 14/01/2025	N ore di formazione erogate alla dirigenza	Erogazione corsi di formazione alla dirigenza mirati alla implementazione delle competenze in tema di leadership, etica	Erogazione corsi di formazione alla dirigenza mirati alla implementazione delle competenze in tema di leadership, etica	Erogazione corsi di formazione alla dirigenza mirati alla implementazione delle competenze in tema di leadership, etica

AREA B		RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI					
		RINFORZARE IL RUOLO DI RIFERIMENTO PER IL BACINO DI UTENZA					
		VP associato	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	B_1.1	VP5A	incremento attività ospedaliera e ambulatoriale	volumi di produzione	Incremento produzione complessiva del 2%	non prevedibile anno 2026	non prevedibile anno 2027
INDICATORE	B_1.2	VP5A	riduzione tempi di attesa	% aderenza dell'erogazione alle classi di priorità	almeno il 90% su B e D	almeno il 90% su B e D	almeno il 90% su B e D
INDICATORE	B_1.3	VP5A	riduzione tempi di attesa attività di Neuropsichiatria	Miglioramento tempi di attesa rispetto al 2024	Tempi di attesa < 2024	non prevedibile anno 2025	non prevedibile anno 2026
INDICATORE	B_1.4	VP5A	Miglioramento appropriatezza	parti cesarei degenza media area medica ricoveri fuori soglia DRG>2gg over 65	parti cesarei <=15% degenza media area medica <10gg ricoveri fuori soglia <5%	in miglioramento	in miglioramento
INDICATORE	B_1.5	VP5A	Miglioramento appropriatezza	Riduzione consumo albumina	Consumo inferiore al 2024	non prevedibile anno 2026	non prevedibile anno 2027

AREA B		RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI					
		OBIETTIVO STRATEGICO					
		SVILUPPARE SINERGIE CON GLI INTERLOCUTORI SOCIALI					
		VP associat o	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	B_2.1	VP1A	incremento sinergie sui percorsi di cura e assistenza	Attivazione Case di Comunità e progettazione Ospedali di Comunità. Adeguamenti sismici	Consegna n. 9 case di Comunità entro giugno 2025	Avanzamento lavori secondo tempistiche Agenas e Regione Liguria	Avanzamento lavori secondo tempistiche Agenas e Regione Liguria
INDICATORE	B_2.2	VP1B	incremento sinergie sui percorsi di cura e assistenza	Organizzazione Case di Comunità consegnate	n. 9 case di comunità funzionanti entro dicembre 2025	Avanzamento lavori secondo tempistiche Agenas e Regione Liguria	Avanzamento lavori secondo tempistiche Agenas e Regione Liguria

AREA B		RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO SANITARI E SANITARI					
		OBIETTIVO STRATEGICO					
		ASSICURARE MODELLI DI CURE INTEGRATE E SOSTENIBILI					
		VP associato	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	B_3.1	VP1F	Miglioramento dell'integrazione ospedale territorio attraverso il miglioramento della Presa in carico pz. anziano, fragile, minore, disabile Obiettivo PNRR 10% over 65 nel 2026	tasso di Presa In Carico secondo standard predefiniti per operatore, tipologia assistito e complessità territorio (Cure domiciliari e Palliative)	prese in carico al 31/12/2025 = 32.048 prese in carico al 31/12/2024 = 23.257 31/12/2025 Cure Palliative n. 841 PIC 31/12/2024 Cure Palliative n. 740 PIC	=10% >65	Non prevedibile anno 2027
INDICATORE	B_3.2	VP1F	potenziamento IFOC (infermiere di Famiglia e Comunità)	aumentare il numero degli IFOC nei distretti	Attivazione corsi di formazione per raggiungere il target indicato dal DM 77/2022 che prevede 1 IFOC ogni 3000 abitanti per un totale di 230 in ASL 3 per il 2025 previsti n. 4 edizioni	n. 4 edizioni del corso IFOC per arrivare al n. di 230 IFOC sul territorio di ASL 3	Non prevedibile anno 2027

AREA B		RISPOSTA AI BISOGNI SOCIOSANITARI E SANITARI					
		OBIETTIVO STRATEGICO					
		GOVERNARE I PERCORSI DELLA CRONICITÀ E DELLA PRESA IN CARICO					
		VP	DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
		associato					
INDICATORE	B_4.1	VP1F	miglioramento presa in carico paziente cronico attraverso telemedicina	aumento specialità che utilizzano telemedicina e collegamenti con pz cronico	n. di specialità che utilizzano il sistema di telemedicina superiore al 2024	n. di specialità che utilizzano il sistema di telemedicina superiore al 2025	n. di specialità che utilizzano il sistema di telemedicina superiore al 2026
INDICATORE	B_4.2	VP1F	miglioramento presa in carico paziente domiciliare	Aumento telemonitoraggio Cartella paziente domiciliare	n. di pazienti telemonitorati n. di cartelle paziente domiciliare	n. di pazienti telemonitorati >2025 n. di cartelle paziente domiciliare >2025	n. di pazienti telemonitorati >2026 n. di cartelle paziente domiciliare >2026
INDICATORE	B_4.3	VP1F	Miglioramento delle condizioni di lavoro delle persone con disabilità	individuazione aree prioritarie di intervento	Almeno un'azione positiva nel relativo piano	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027

AREA C						
GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE						
OBIETTIVO STRATEGICO						
RISPETTARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO PROGRAMMATO						
		DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	C_1.1	andamento equilibrio economico programmato	monitoraggio mensile CE	<= programmato	<= programmato	<= programmato
INDICATORE	C_1.2	andamento equilibrio economico programmato	Razionalizzazione della spesa strutture accreditate	Rispetto del budget assegnato 2025	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	C_1.3	Tempi di pagamento fatture	monitoraggio mensile	Rispetto tempi di pagamento	Rispetto tempi di pagamento	Rispetto tempi di pagamento

AREA C		GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE				
OBIETTIVO STRATEGICO		GARANTIRE LA TRASPARENZA DELL'AZIONE DI GOVERNO				
		DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	C_2.1	aumento livello di trasparenza	n. informazioni aggiuntive oltre ai contenuti obbligatori	Aumento delle informazioni su Amministrazione Trasparente pubblicate sul sito internet aziendale	>2025	>2026
INDICATORE	C_2.2	aumento consapevolezza delle regole aziendali e del Codice di Comportamento	n. interventi formativi e questionari /anno	Il 90% dei neoassunti partecipa ai corsi obbligatori sul Codice di comportamento e anticorruzione	Il 90% dei neoassunti partecipa ai corsi obbligatori sul Codice di comportamento e anticorruzione	Il 90% dei neoassunti partecipa ai corsi obbligatori sul Codice di comportamento e anticorruzione
INDICATORE	C_2.3	Adempimento obblighi di trasparenza mediante l'utilizzo dei nuovi schemi ANAC per pubblicazioni	Pubblicazione delle schede compilate	Il 90% delle voci viene compilato e pubblicato dalle strutture	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	C_2.4	Adozione degli schemi di pubblicazione di cui alla delibera ANAC 495/2024	Aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" con i nuovi schemi	Entro il 31/12 aggiornamento della sezione "amministrazione Trasparente"	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027

AREA C		GOVERNANCE E RESPONSABILITA' SOCIALE				
OBIETTIVO STRATEGICO		GARANTIRE LA TRASPARENZA DELL'AZIONE DI GOVERNO				
		DESCRIZIONE	CALCOLO	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027
INDICATORE	C_2.5	Aumento livello di sicurezza dati aziendali (privacy)	n. audit /anno	N. Audit su conformità delle attività al DPS aziendale da parte delle strutture aziendali	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	C_2.6	Aumento livello di sicurezza dati aziendali (privacy)	Mappatura del rischio nelle COT (Centrali Operative Territoriali)	Evidenza mappatura del rischio nelle COT Elaborazione misure mitigazione del rischio nelle COT	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027
INDICATORE	C_2.7	Certificazione del sistema di gestione per la qualità norma UNI EN ISO 9001 e certificazione ambientale UNI EN ISO 14001	n. strutture certificate	N. strutture con certificazione confermata N. nuove strutture certificate	Non prevedibile 2026	Non prevedibile 2027

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget

Il processo di discussione dei budget si attiverà nel corso dei primi mesi del 2026.

Il Budget annuale ed i relativi risultati delle strutture operative aziendali sono pubblicati annualmente nella apposita sezione istituzionale aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Delibera Approvazione Schede di Budget e Delibera consuntivazione risultati).

6. La misurazione e valutazione della performance organizzativa e la Relazione annuale

La fase di misurazione permette di quantificare i risultati raggiunti dall'Azienda nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative (performance organizzativa) e i contributi individuali e di gruppi (performance individuali).

Il modello di ***Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)*** adottato dall'Azienda fa riferimento ad un approccio multidimensionale alla misurazione della performance; l'azienda persegue infatti un sistema di misurazione della performance che sempre maggiormente considera l'evidenza dell'impatto e delle connessioni tra gli ambiti: utenza e stakeholder, economico-finanziario, processi ed investimenti, attraverso la scelta di criteri di misurazione e di bilanciamento dei diversi indicatori chiave da utilizzare.

Il Piano della Performance 2026/2028 individua indicatori riferiti alle dimensioni rilevanti da misurare e valutare per i livelli Strategico aziendale, delle articolazioni organizzative dell'Azienda e dei progetti (nel collegato Budget).

La misurazione della performance individuale, che può essere realizzata in momenti diversi rispetto alla performance organizzativa, viene formalizzata con le modalità e gli strumenti previsti dal ***Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance*** individuale.

Con riferimento anche agli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa di cui al D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., le dimensioni di analisi individuate sono:

- efficacia
- efficienza ed appropriatezza organizzativa;
- economicità
- qualità processi
- qualità dell'assistenza
- accessibilità e soddisfazione utenza
- impatto quale orizzonte e traguardo delle performance organizzative e relative conseguenze sulla società

La valutazione dei risultati è contenuta nella relazione annuale della performance pubblicata nella apposita sezione del sito istituzionale aziendale denominata "Amministrazione Trasparente".

7. Il collegamento con il sistema di valutazione della performance individuale

L'azienda si è dotata di un **Sistema di misurazione e valutazione della performance** individuale in conformità alle disposizioni normative del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i. ed alle norme contrattuali.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale è correlato al Piano della Performance sia mediante la assegnazione, la misurazione e la valutazione degli obiettivi delle strutture operative nell'ambito del processo di Budget, sia mediante la valutazione di obiettivi individuali o di gruppo, definiti nell'ambito di un processo a cascata, che permette di mantenere la correlazione tra i diversi obiettivi ed il quadro strategico aziendale di riferimento mappato nell'albero della performance.

Il sistema di valutazione delle prestazioni del personale, nel periodo di riferimento della valutazione che intercorre dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno, si configura come un sistema integrato di misurazione basato sul contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa, sulla assegnazione di specifici obiettivi individuali e sulla valutazione individuale delle competenze dimostrate, dei comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi della performance individuale sono declinati secondo gli strumenti del sistema di valutazione individuale della performance.

Con riferimento ai progetti strategici le dimensioni oggetto di misurazione sono riferite allo stato avanzamento progetti ed al raggiungimento degli obiettivi previsti

8. Il coordinamento con il PTPC 2026 – 2028 e con il piano Privacy

Al fine di garantire la integrazione tra il Budget e gli altri strumenti programmatori aziendali ed in particolare il Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026-2028 e con il piano Privacy, i principali obiettivi, indicatori e target espressi nell'ambito di tale programmazione costituiscono elementi in ingresso del processo di Budget, ai fini della declinazione degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale. Vengono assegnati obiettivi di anticorruzione e di privacy a tutte le strutture aziendali che svolgono attività che possono presentare attività a rischio.

9. La trasparenza del ciclo della performance

In applicazione del D.Lgs. n. 33 del 14.3.2013, art. 10, c. 8, lett. B), nella apposita sezione del sito internet istituzionale aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", <http://www.asl3.liguria.it/>, al link "**amministrazione trasparente > performance**", sono pubblicati:

- il Piano della Performance triennale ed i suoi eventuali aggiornamenti nella sezione contenente il PIAO aziendale;
- Il Budget annuale ed i relativi risultati;
- la Relazione sulla Performance, annuale;
- le Delibere relative al ciclo della performance;
- i risultati della performance individuale (in modo aggregato ed anonimo) all'interno della Relazione sulla Performance

10. La collocazione del Piano della Performance

Il presente Piano della Performance viene adottato nel PIAO aziendale 2026/2028 ai sensi dell'art. 6 D.L. n. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni in L. 6 agosto 2021, n. 113.

Allegati: A) produzione ospedaliera Gennaio Novembre 2025 (dato provvisorio)
B) Produzione ambulatoriale Gennaio Novembre 2025 (dato provvisorio)

ATTIVITA' OSPEDALIERA POU ASL 3 - PERIODO GENNAIO NOVEMBRE 2019-2024-2025 DATO PROVVISORIO

Fonte dati: OSLO - elab in data 15.12.2025

DIP	STRUTTURA_COMPLEXA	N_DIMESSI_2019	N_DIMESSI_2024	N_DIMESSI_2025	IMPORTO_2019	IMPORTO_2024	IMPORTO_2025	DIFF CASI 2024-2025	DIFF VALORI 2024-2025	DIFF % 2024-2025	SCOST COLORE 2024-2025
DIP CHIRURGICO	S.C. CHIRURGIA GENERALE	998	1.256	1.139	4.659.286,00	4.757.552,00	4.707.651,00	-117	-49.901,00	-1%	
DIP CHIRURGICO	S.C. OCULISTICA	721	775	869	935.186,00	857.997,00	1.037.578,00	94	179.581,00	21%	
DIP CHIRURGICO	S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	963	1.465	1.422	5.332.953,00	5.095.055,00	4.795.758,00	-43	-299.297,00	-6%	
DIP CHIRURGICO	S.C. OTORINOLARINGOIATRIA	694	933	1.149	1.636.854,00	1.688.985,00	1.987.353,00	216	298.368,00	18%	
DIP CHIRURGICO	S.C. UROLOGIA	955	939	916	2.610.956,00	2.580.626,00	2.513.588,00	-23	-67.038,00	-3%	
DIP CHIRURGICO	S.S.D. CHIRURGIA TORACICA	221	242	253	1.752.502,00	1.784.941,00	1.863.209,00	11	78.268,00	4%	
DIP CHIRURGICO	S.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE AD INDIRIZZO DI CURA DELLA MACROANGIOPATIA DIABETICA E DELLE LESIONI DEL PIEDE DIABETICO	468	478	475	2.641.800,00	3.493.433,00	3.559.923,00	-3	66.490,00	2%	
DIP CHIRURGICO	S.S.D. DAY E WEEK SURGERY MULTIDISCIPLINARE	1.227	630	568	2.124.209,00	936.555,00	788.818,00	-62	-147.737,00	-16%	
	Totale	6.247	6.718	6.791	21.693.746,00	21.195.144,00	21.253.878,00	73	58.734,00		
DIP EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	CHIRURGIA PLASTICA	718	847	880	1.425.907,00	1.497.481,00	1.505.361,00	33	7.880,00	1%	
DIP EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	S.C. PNEUMOLOGIA (N.B. riduzione pp.II. da 30 Anno 2024 a 20 Anno 2025 per disattivazione posti letto pad 9/0)	939	1.173	988	3.889.862,80	4.095.851,90	3.125.972,80	-185	-969.879,10	-24%	
	Totale	1.657	2.020	1.868	5.315.769,80	5.593.332,90	4.631.333,80	-152	-961.999,10		
DIPARTIMENTO IMMAGINI	S.C. RADIOLOGIA OSPEDALE VILLA SCASSI	298	176	49	240.048,00	164.930,00	13.006,00	-127	-151.924,00	-92%	
DIPARTIMENTO IMMAGINI	Totale	298	176	49	240.048,00	164.930,00	13.006,00	-127	-151.924,00	-92%	
DIP INTERAZIENDALE OSTETRICO GINECOLOGICO E DEL BAMBINO	S.C. NEONATOLOGIA	647	579	552	719.194,94	593.435,83	722.255,76	-27	128.819,93	22%	
DIP INTERAZIENDALE OSTETRICO GINECOLOGICO E DEL BAMBINO	S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.133	1.658	1.698	3.085.371,00	2.499.159,69	2.604.046,00	40	104.886,31	4%	
	Totale	2.780	2.237	2.250	3.804.565,94	3.092.595,52	3.326.301,76	13	233.706,24		
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALE VILLA SCASSI	1.079	977	1.057	5.371.498,00	4.485.918,00	4.492.564,00	80	6.646,00	0%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO, LA COLLETTA E TERRITORIO	800	894	996	3.263.968,00	3.671.471,00	3.783.395,00	102	111.924,00	3%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.C. MEDICINA INTERNA 1 VILLA SCASSI	1.553	1.104	1.086	5.229.291,00	4.161.805,00	4.357.828,00	-18	196.023,00	5%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.C. MEDICINA INTERNA 2 VILLA SCASSI	1.958	1.197	1.172	6.685.445,20	4.869.061,20	4.184.560,00	-25	-684.501,20	-14%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	541	407	479	1.829.567,70	1.857.372,21	2.011.499,20	72	154.126,99	8%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.S.D. ONCOLOGIA SESTRI	287	142	118	765.869,00	570.783,00	542.701,00	-24	-28.082,00	-5%	
DIP MEDICO CARDIOLOGICO	S.S.D. ONCOLOGIA VILLA SCASSI	444	387	409	1.343.679,00	1.106.771,00	1.150.028,00	22	43.257,00	4%	
	Totale	6.662	5.108	5.317	24.489.317,90	20.723.181,41	20.522.575,20	209	-200.606,21		
DIP SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 9 (Csm Fiumara, SPCR P.A. Micone)	194	130	152	884.962,00	868.276,80	851.268,40	22	-17.008,40	-2%	
DIP SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 10 (Csm Valpolcevera, SPDC Villa Scassi)	582	487	493	889.512,00	792.669,00	845.749,00	6	53.080,00	7%	
	Totale	776	617	645	1.774.474,00	1.660.945,80	1.697.017,40	28	36.071,60		
DIP SPECIALITA MEDICHE	S.C. NEFROLOGIA (n.b. Riduzione posti letto per contingentamento)	383	297	288	1.576.675,00	1.208.367,00	1.238.874,00	-9	30.507,00	3%	
DIP SPECIALITA MEDICHE	S.C. NEUROLOGIA	1.230	642	673	4.012.335,88	2.534.856,30	2.378.480,00	31	-156.376,30	-6%	
DIP SPECIALITA MEDICHE	S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	334	249	306	2.307.432,81	1.591.121,89	1.971.899,71	57	380.777,82	24%	
DIP SPECIALITA MEDICHE	S.C. REUMATOLOGIA	220	231	257	811.044,92	585.049,82	689.676,00	26	104.626,18	18%	
	Totale	2.167	1.419	1.524	8.707.488,61	5.919.395,01	6.278.929,71	105	359.534,70		
DIREZIONE SANITARIA-STAFF	S.C. DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	47	14	34	121.372,00	46.687,00	60.680,00	20	13.993,00	30%	
	Totale	47	14	34	121.372,00	46.687,00	60.680,00	20	13.993,00		
REPARTO SLA	REPARTO SLA	205	187	173	1.090.254,50	1.068.414,36	1.011.171,60	-14	-57.242,76	-5%	
	Totale	205	187	173	1.090.254,50	1.068.414,36	1.011.171,60	-14	-57.242,76		
	TOTALE PARZIALE (STRUTTURE PRODUTTIVE)	20.839	18.496	18.651	67.237.036,75	59.464.626,00	58.794.893,47	155	-669.732,53	-1,13%	
STRUTTURE A VOCAZIONE SPECIFICA EMERGENZA URGENZA											
DIP	D_STRUTTURA_COMPLEXA	N_DIMESSI_2019	N_DIMESSI_2024	N_DIMESSI_2025	IMPORTO_2019	IMPORTO_2024	IMPORTO_2025	DIFF CASI 2024-2025	DIFF VALORI 2024-2025	DIFF % 2024-2025	
DIP EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	347	87	95	1.535.843,00	792.649,00	918.763,00	8	126.114,00	16%	
DIP EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	GRANDI USTIONATI	79	98	73	575.685,00	726.468,00	634.515,00	-25	-91.953,00	-13%	
DIP EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	S.C. MEDICINA D'URGENZA	629	265	345	2.011.362,00	919.435,00	1.185.456,00	80	266.021,00	29%	
	TOTALE PARZIALE (STRUTTURE EMERGENZA)	1.055	450	513	4.122.890,00	2.438.552,00	2.738.734,00	63	300.182,00		
	TOT GENNAIO NOVEMBRE 2019-2024-2025	21.894	18.946	19.164	71.359.926,75	61.903.178,00	61.533.627,47	218	-369.550,53	-0,60%	
	DA 30 A 100										
	DA 1 A 29										
	DA - 1 A - 29										
	DA - 30 IN SU										

PRODUZIONE AMBULATORIALE GEN/NOV 2019-2024-2025

DIPARTIMENTO	STRUTTURA COMPLESSA	Nr Prest 2019	Importo 2019	Nr Prest 2024	Importo 2024	Nr Prest 2025	Importo 2025	Diff nr 2024/2025	Diff importo 2024/2025	Diff % Valore 2024/2025	
	S.C. CHIRURGIA GENERALE	1.992	31.165,85	1.831	27.265,15	1.971	36.907,66	140	9.642,51	35%	
	S.C. OCULISTICA	43.597	4.459.799,99	41.302	4.990.207,07	35.374	4.886.112,28	-5.928	-104.094,79	-2%	
	S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13.972	636.622,33	14.440	382.767,01	14.506	485.199,84	66	102.432,83	27%	
	S.C. OTORINOLARINGOIATRIA	18.869	361.522,12	12.020	257.549,69	15.285	371.084,56	3.265	113.534,87	44%	
	S.C. UROLOGIA	5.075	238.679,37	9.955	358.977,98	10.411	324.542,32	456	-34.435,66	-10%	
	S.S.D. CHIRURGIA TORACICA	266	3.135,87	242	3.538,91	257	4.779,01	15	1.240,10	35%	
	S.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE IND CURA MACROANG DIABE E LES P DIAB	2.598	99.461,41	2.532	69.180,62	2.600	82.791,17	68	13.610,55	20%	
	S.S.D. DAY E WEEK SURGERY MULTIDISCIPLINARE	5.687	609.988,53	6.331	850.340,88	6.377	815.827,40	46	-34.513,48	-4%	
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		92.056	6.440.375,47	88.653	6.939.827,31	86.781	7.007.244,24	-1.872	67.416,93		
	S.C. ASSISTENZA DISABILI	123	2.397,35					0	0,00		
	S.C. CURE PALLIATIVE AREA METROPOLITANA	1.429	19.600,18	138	3.504,20	787	25.044,68	649	21.540,48	615%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 10	42.033	727.718,51	25.946	509.380,66	23.098	523.210,40	-2.848	13.829,74	3%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 11	23.094	457.875,92	20.291	426.037,38	20.225	473.603,03	-66	47.565,65	11%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 12	42.823	840.576,73	32.669	682.716,61	28.704	658.020,06	-3.965	-24.696,55	-4%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 13	46.188	787.139,95	42.278	887.184,89	41.651	940.356,80	-627	53.171,91	6%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 8	31.171	530.281,09	22.418	426.145,46	19.687	391.035,91	-2.731	-35.109,55	-8%	
	S.C. DISTRETTO SOCIO SANITARIO 9	41.695	800.894,79	38.420	768.522,88	37.350	844.533,35	-1.070	76.010,47	10%	
	S.C. GERIATRIA	2.486	55.936,92	3.529	74.226,98	4.746	112.096,42	1.217	37.869,44	51%	
	S.S.D. CENTRO RESIDENZIALE E SEMIRESID. PER DISABILI	4.809	51.057,98	3.672	39.636,09	1.850	54.197,18	-1.822	14.561,09	37%	
	S.S.D. INCLUSIONE E RIABILITAZIONE SOCIALE			143	2.791,70	207	4.466,01	64	1.674,31	60%	
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE		235.851	4.273.479,42	189.504	3.820.146,85	178.305	4.026.563,84	-11.199	206.416,99		
	S.C. ANATOMIA PATOLOGICA E ISTOLOGIA PAT	64.592	1.035.635,71	36.073	768.881,89	50.826	1.845.003,71	14.753	1.076.121,82	140%	
	S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	361	6.907,95	1.125	18.670,09	1.182	20.609,62	57	1.939,53	10%	
	S.C. LABORATORIO ANALISI	3.898.173	13.534.939,12	4.655.079	17.123.270,60	4.508.318	20.019.252,31	-146.761	2.895.981,71	17%	
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA		3.963.126	14.577.482,78	4.692.277	17.910.822,58	4.560.326	21.884.865,64	-131.951	3.974.043,06		
	S.C. MEDICINA LEGALE					324	3.265,00	324	3.265,00		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		0	0,00	0	0,00	324	3.265,00	324	3.265,00		
	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1.332	28.210,65	3.326	48.419,84	3.999	55.405,61	673	6.985,77	14%	
	S.C. GRANDI USTIONATI E CHIRURGIA PLASTICA	20.658	265.425,07	18.341	260.177,63	12.172	248.695,17	-6.169	-11.482,46	-4%	
	S.C. PNEUMOLOGIA	25.764	611.743,26	23.294	551.841,78	22.360	579.448,93	-934	27.607,15	5%	
DIPARTIMENTO EMERGENZA ED ACCETTAZIONE		47.754	905.378,98	44.961	860.439,25	38.531	883.549,71	-6.430	23.110,46		
	S.C. RADIOLOGIA OSPEDALE VILLA SCASSI	36.654	1.478.123,00	28.229	1.229.141,00	26.634	1.290.829,00	-1.595	61.688,00	5%	
	S.C. RADIOLOGIA TERRITORIO	35.987	1.109.829,00	29.959	1.169.697,00	32.585	1.061.866,00	2.626	-107.831,00	-9%	
	S.S.D. MEDICINA NUCLEARE	16.541	614.564,00	9.572	380.217,00	9.559	403.602,00	-13	23.385,00	6%	
	SSD RADIOLOGIA OSPEDALI P.A. MICONE GALLINO LA COLLETTA E BUSALLA	56.789	2.097.499,00	56.504	2.284.934,00	48.058	1.926.361,00	-8.446	-358.573,00	-16%	
DIPARTIMENTO IMMAGINI		145.971	5.300.015,00	124.264	5.063.989,00	116.836	4.682.658,00	-7.428	-381.331,00		
	S.C. CONSULTORIO FAMILIARE	33.488	355.259,04	33.200	352.686,55	34.888	432.098,13	1.688	79.411,58	23%	
	S.C. NEONATOLOGIA	3.874	93.418,43	3.723	85.591,59	4.026	90.082,00	303	4.490,41	5%	
	S.C. OSTETRICA E GINECOLOGIA	5.322	157.001,21	6.727	147.248,12	7.391	195.528,45	664	48.280,33	33%	
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE OSTETRICO GINECOLOGICO E DEL BAMBINO		42.684	605.678,68	43.650	585.526,26	46.305	717.708,58	2.655	132.182,32		
	S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALE VILLA SCASSI	6.705	182.754,86	4.416	131.843,70	5.796	189.699,08	1.380	57.855,38	44%	
	S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO, LA COLLETTA E TERRIT	41.497	1.084.076,03	26.702	872.847,29	26.832	916.028,87	130	43.181,58	5%	
	S.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	7.713	273.281,54	9.840	383.322,42	10.087	524.830,17	247	141.507,75	37%	
	S.C. MEDICINA INTERNA 1 VILLA SCASSI	1.393	36.397,67	554	7.897,62	1.769	30.713,41	1.215	22.815,79	289%	
	S.C. MEDICINA INTERNA 2 VILLA SCASSI	2.845	58.481,71	5.755	104.858,06	6.365	117.890,53	610	13.032,47	12%	
	S.C. ONCOLOGIA	3.736	54.729,89	5.742	81.933,95	6.350	115.240,29	608	33.306,34	41%	
	S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	11.065	225.919,48	10.075	182.154,64	12.610	196.827,94	2.535	14.673,30	8%	
	S.S.D. DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA	3.186	47.093,58	3.971	63.378,86	3.912	72.138,67	-59	8.759,81	14%	
	S.S.D. ONCOLOGIA SESTRI	2.449	28.967,26	2.005	25.453,91	1.816	33.833,68	-189	8.379,77	33%	
DIPARTIMENTO MEDICO CARDIOLOGICO		80.589	1.991.702,02	69.060	1.853.690,45	75.537	2.197.202,64	6.477	343.512,19		
	S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			91.646	1.893.406,36	106.265	2.195.434,90	14.619	302.028,54	16%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 10 (Csm Valpolcevera, SPDC Villa Scassi)	1.192	15.230,44	1.507	24.453,14	1.257	27.211,79	-250	2.758,65	11%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 11 (Csm Via Peschiera, SPDC Ospedali Galliera)			617	12.747,22	678	16.637,52	61	3.890,30	31%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 12 (comprensiva attiv psich str penit)			550	11.363,00	556	13.709,04	6	2.346,04	21%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 13 (Csm Levante, Str resid psich Quarto)			519	13.247,41	636	17.802,17	117	4.554,76	34%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 8 (Csm Voltri, Str resid psich Cogoleto)			544	11.239,04	523	12.950,34	-21	1.711,30	15%	
	S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 9 (Csm Fiumara, SPCR P.A. Micone)			560	11.569,60	560	13.730,92	0	2.161,32	19%	
	S.S.D. CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	3.457	44.022,02	8.257	119.875,42	7.829	135.731,67	-428	15.856,25	13%	
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		4.649	59.252,46	104.200	2.097.901,19	118.304	2.433.208,35	14.104	335.307,16		
	DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE			1.032	12.107,88	1.350	19.505,88	318	7.398,00	61%	
	S.C. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	140.522	1.253.679,76	162.316	1.810.779,78	157.038	1.959.276,84	-5.278	148.497,06	8%	
	S.C. NEFROLOGIA	124.096	5.342.134,84	117.852	5.609.964,07	151.166	6.255.617,29	33.314	645.653,22	12%	
	S.C. NEUROLOGIA	23.340	352.801,68	33.306	473.611,72	38.851	809.788,26	5.545	336.176,54	71%	
	S.C. PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE ED EPATOLOGIA ALCOL CORRELATA	627	12.279,57	22.966	335.331,99	24.731	428.619,33	1.765	93.287,34	28%	
	S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	156.521	1.374.112,30	131.925	1.229.176,38	111.362	1.438.682,73	-20.563	209.506,35	17%	
	S.C. REUMATOLOGIA	27.715	463.768,18	40.789	656.815,64	38.598	718.200,59	-2.191	61.384,95	9%	
DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE		472.821	8.798.776,33	510.186	10.127.787,46	523.096	11.629.690,92	12.910	1.501.903,46		
	S.C. DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	119	829,43	2.073	42.443,56	2.860	70.765,69	787	28.322,13	67%	
STAFF DIREZIONE SANITARIA		119	829,43	2.073	42.443,56	2.860	70.765,69	787	28.322,13		

Totale Produzione 5.085.620 42.952.970,57 5.868.828 49.302.573,91 5.747.205 55.536.722,61 -121.623 6.234.148,70 13%

	DA 30 A 100
	DA 1 A 29
	DA - 1 A - 29
	DA - 30 IN SU