

PIAO 2026-2028

PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

BOZZA

ASL2

Sommario

PREMESSA	5
Legenda	7
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL' AMMINISTRAZIONE	8
GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASL2	9
1.1. MISSION E VISION	11
1.1.2. La Mission.....	11
1.1.3 Vision	12
Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	14
2.1 VALORE PUBBLICO	14
2.1.1. Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico	15
2.1.2. Accessibilità Fisica	18
2.1.3. Accessibilità Digitale	20
2.1.4. Semplificazione e Digitalizzazione	21
2.1.5. Pari opportunità e equilibrio di genere	22
2.2. OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE	23
2.2.1 Il Piano della Performance	23
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (ai sensi della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013).....	39
2.3.1 PROCESSO DI ADOZIONE - LA STRATEGIA DI PREVENZIONE, GLI OBIETTIVI, LA DEFINIZIONE DI CORRUZIONE	39
2.3.2 I SOGGETTI INTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	41
2.3.2.1 Il Direttore Generale.....	41
2.3.2.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	42
2.3.2.3 I Referenti del RPCT ed i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza	44
2.3.2.4 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante	46
2.3.2.5 Antiriciclaggio-Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio	46
2.3.2.6 Organismo Indipendente di Valutazione	46
2.3.2.7 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)	47
2.3.2.8 Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO).....	47
2.3.2.9 Il Responsabile gestione delle liste di attesa	47
2.3.2.10 I dipendenti dell'Azienda ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.....	48
2.3.3 I SOGGETTI ESTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	48
2.3.4 GLI STRUMENTI DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE	49

2.3.5 L'ANALISI DEL CONTESTO	50
2.3.5.1 Il contesto esterno	50
2.3.5.2 Il contesto interno	54
2.3.6 LE MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE.....	60
2.3.6.1 La trasparenza.....	60
2.3.6.2 La tracciabilità dei procedimenti	62
2.3.6.3 Il Codice di comportamento	62
2.3.6.4 La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	64
2.3.6.5 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....	66
2.3.6.6 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali.....	66
2.3.6.7 L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario	67
2.3.6.8 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage).....	67
2.3.6.9 La formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	69
2.3.6.10 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).....	70
2.3.6.11 La formazione	73
2.3.6.12 I patti di integrità negli affidamenti	74
2.3.6.13 Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.....	75
2.3.6.14 Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione	75
2.3.8 La “mappatura” dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	77
2.3.9 MONITORAGGIO ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE	78
2.3.10 Obiettivi strategici 2026 in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.....	80
2.3.11 La trasparenza amministrativa	83
2.3.12 Organizzazione dei flussi informativi – la pubblicazione informatizzata dei dati.....	84
2.3.13 Interconnessione tra performance e sez. 2.3 del PIAO	85
2.3.14 Controlli	85
2.3.15 Responsabilità	85
2.3.15.1 Responsabile della Prevenzione.....	86
2.3.15.2 Dipendenti (in caso di violazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza) ..	86
2.3.15.3 Dirigenti (in caso di omissione totale o parziale o ritardi nelle pubblicazioni prescritte)	86
Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	87
Sottosezione 3.1 – Struttura organizzativa	87
Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile	90
Sottosezione 3.3 – Piano triennale dei fabbisogni di personale	97
Sezione 4. MONITORAGGIO	106

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....	106
4.2 MONITORAGGIO PREVENZIONE E CORRUZIONE	106
Sezione 5. ALLEGATI	107
5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3	107
5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3	107

PREMESSA

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

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

In particolare, il Piano si pone un duplice obiettivo:

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

Ha valenza triennale ed è chiamato a definire più profili:

- obiettivi della performance;
- gestione del capitale umano;
- sviluppo organizzativo;
- obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne;
- trasparenza ed anticorruzione;
- pianificazione delle attività;
- individuazione delle procedure da semplificare;
- accesso fisico e digitale;
- parità di genere.

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

In particolare, si richiamano i seguenti provvedimenti:

- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione di adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", che dispone per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO la soppressione dei seguenti adempimenti:
 - Piano dei fabbisogni (ex art. 6, comma 2 d.lgs. 165/2001);
 - Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del d.lgs. 165/2001);
 - Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del d.lgs. 150/2009);
 - Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della l. 190/2012);
 - Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
 - Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del d.lgs. 198/2006);
 - Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della l. 244/2007)
- D.M. 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".

La Regione Liguria, recepite le linee guida Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche, persegue e rafforza gli indirizzi destinati alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del PIAO:

- privilegiando la valenza strategica del Piano;

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

La Regione Liguria, infine, ha inteso attuare con Legge Regionale 12/12/2025 n. 18 recante “Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT))” una profonda riforma della sanità ligure portando, dal 1° gennaio 2026, alla costituzione di una unica Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) che si articola in cinque Aree Sociosanitarie Locali (ASL 1, 2, 3, 4, 5) frutto della incorporazione delle Aziende Sanitarie Locali in ATS Liguria.

Con particolare riferimento al PIAO, il comma 15 dell’art. 33 (Disposizioni finali e transitorie) della sopracitata Legge Regionale così recita: *“In sede di prima applicazione, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell’ATS Liguria risulta dalla composizione dei PIAO delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute. In particolare, la sezione del PIAO 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 Direttore Generale dell’Area Salute e Servizio Sociali della Regione Liguria ha trasmesso, con nota prot. 2025-0592677 del 12/12/2025 ai Direttori Generali della AA.SS.LL. 1, 2, 3, 4, 5, dell’Ospedale Policlinico San Martino, dell’E.O. Ospedali Galliera e al Commissario straordinario di Liguria Salute, una nota con *“Indicazioni per la predisposizione del PIAO 2026-2028”*.

Legenda

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AVCP	Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture
CCD	Centro di Controllo Direzionale
CIVIT	Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche
COT	Centrali Operative Territoriali
D.G.R.	Deliberazione della Giunta Regionale
ECM	Educazione continua in medicina
FAD	Formazione a distanza
FOIA	Freedom of information act
FSC	Fondo per lo Sviluppo e la Coesione
NdV - OIV	Nucleo di Valutazione - Organismo Indipendente di Valutazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PNLGA/PRGLA	Piano Nazionale/Regionale di Governo delle Liste di Attesa
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (<i>Next Generation EU</i>)
PSSR	Piano Sociosanitario Regionale
RPCT	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
RPD/DPO	Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer
SC/SSD/SS	Struttura Complessa / Semplice Dipartimentale/ Semplice
SMVP	Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
Stakeholder	Soggetti portatori d'interesse della comunità di riferimento dell'Amministrazione
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
Whistleblower	Il dipendente pubblico ¹ (compresi i lavoratori ed i collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi che operano in favore dell'amministrazione pubblica) che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla L. 30 novembre 2017, n. 179

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

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL' AMMINISTRAZIONE

L'ASL2, già costituita ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 517/1993 con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 8 del 28/02/2008, in qualità di azienda ha mantenuto, fino al 31/12/2025, personalità giuridica pubblica, autonomia patrimoniale, contabile, regolamentare e imprenditoriale. La sede è in Savona, Piazza Sandro Pertini n. 10.

Il sito web ufficiale è www.asl2.liguria.it

Tabella 1: Scheda Anagrafica

Denominazione	ASL2-Area Sociosanitaria Locale 2 della ATS Liguria-Azienda Tutela Salute Liguria
Sede	Piazza Pertini, 10 - 17100 Savona
Codice Fiscale / P. IVA	02421770997
Forma giuridica	Azienda pubblica di carattere sanitario e sociosanitario
Organi di vertice: Direttore Generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Direttore Sociosanitario f.f.	Dott. Marco Damonte Prioli Dott.ssa Maria Elena Galbusera Dott.ssa Michele Orlando Dott. Marco Damonte Prioli
Coordinatore ASL2-Area sociosanitaria locale 2 Dipartimenti e Distretti	Dott.ssa Monica Cirone n. 7 Dipartimenti Sanitari n. 1 Dipartimento Attività Territoriale e della Riabilitazione n. 1 Dipartimento Prevenzione n. 1 Dipartimento Salute mentale e dipendenze n. 1 Dipartimento Programmazione Sanitaria e Governo Clinico n.3 Dipartimenti interaziendali n. 1 Dipartimento Tecnico-Amministrativo n. 4 Distretti
Sito web	www.asl2.liguria.it
PEC	protocollo@pec.asl2.liguria.it
URP	urp@asl2.liguria.it

La Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 23/08/2024 recante “Nuovo Atto di autonomia aziendale e Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.) dell’Azienda Sociosanitaria Ligure 2. Presa d’atto e recepimento di intervenuta esecutività” rinvia all’adozione di specifici provvedimenti aziendali l’attivazione del POA, pertanto, si intendono richiamati tutti i successivi atti in argomento. L’[Organigramma aziendale](#) aggiornato al 31/12/2025 è consultabile sul sito aziendale.

GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASL2

La ASL2 opera su un territorio coincidente con la provincia di Savona, con una popolazione complessiva di 267.064 abitanti (popolazione al 01/01/2025)², distribuiti in 69 comuni, suddivisi in 4 distretti.



Figura 1: ASL2 e relativi Distretti e comuni

Dai dati ISTAT³ al 01/01/2025, la Regione Liguria risulta in Italia quella con il più alto indice di vecchiaia⁴, pari a 283,2 e di dipendenza strutturale⁵, pari a 65,3.

La Provincia di Savona segna valori ancor più critici rispetto alla Regione Liguria infatti:

- l'indice di vecchiaia è pari a 307,9;
- valore dell'indice di dipendenza strutturale è pari a 66,7;

² <http://dati.istat.it/>

³ <http://dati.istat.it/> - <https://esploradati.istat.it/>

⁴ L'indice di vecchiaia è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio.

⁵ L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

- l'età media degli abitanti è la più alta d'Italia: 50,4 anni rispetto ai 46,8 anni della media nazionale con un tasso di inattività⁶ nel 2024 pari al 32,7%.

Questi aspetti determinanti sulle caratteristiche demografiche della popolazione provinciale sono evidenziati in Figura n. 2 sulla Popolazione assistibile 2025. Per inciso nella provincia di Savona nel 2025 erano presenti ben 148 ultracentenari pari allo 0,055% del totale dei residenti. Il territorio, suddiviso in 69 Amministrazioni comunali, si estende per una superficie di 1.546 km², con una densità di circa 172 abitanti/km². La provincia di Savona, sul cui territorio opera l'assistenza e si esplica l'azione della ASL2, ha una popolazione complessiva di 267.064 abitanti al 01.01.2025 (vedi Tabella 1), distribuiti in 69 comuni, suddivisi in quattro Distretti: Savonese (116.267 ab.), Albenganese (59.781 ab.), Finalese (53.293 ab.) e Distretto delle Bormide (37.723 ab.).

	2024		2025		2024	2025		
DISTRETTO SANITARIO	M	F	M	F	TOTALE	TOTALE	Δ 2024-25	Δ % 2024-25
ALBENGANESE	29.163	30.757	29.135	30.646	59.920	59.781	139	-0,23%
FINALESE	25.774	27.668	25.736	27.557	53.442	53.293	149	-0,28%
SAVONESE	55.864	60.806	55.842	60.425	116.670	116.267	403	-0,35%
VALBORMIDESE	18.534	19.055	18.648	19.075	37.589	37.723	-134	0,36%
TOTALE ASL2	129.335	138.286	129.361	137.703	267.621	267.064	557	-0,21%

Tabella 1: Andamento popolazione residente 2024/2025 per distretto/sexo

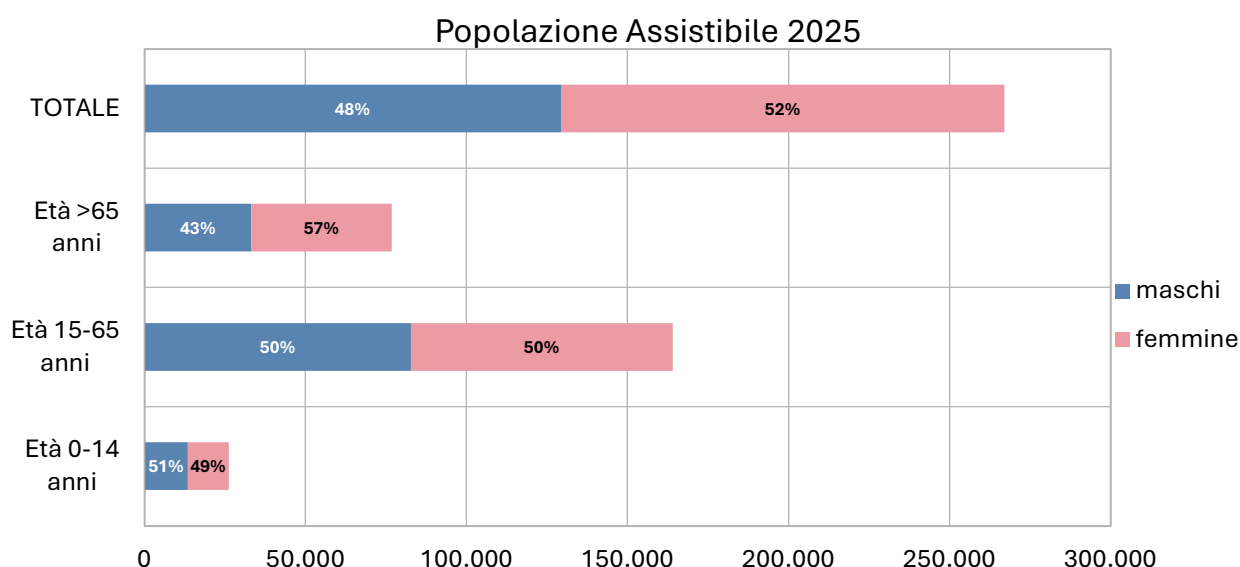


Figura 2: Popolazione assistibile per fascia di età

⁶ Gli inattivi sono le persone in età 15-64 anni che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o in cerca di occupazione. Il *tasso di inattività* è il rapporto tra le persone inattive e la corrispondente popolazione di riferimento.

1.1. MISSION E VISION

1.1.2. La Mission

L'ASL2 garantisce la tutela della salute come diritto di cittadinanza.

L'ASL2 assicura l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale e sociosanitario più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono in quanto portatrici di bisogni di salute, espressi in forma individuale o collettiva.

La risposta alla domanda sociosanitaria della popolazione assistita è attuata tramite la promozione della salute ed interventi appropriati di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, consolidando l'integrazione sociosanitaria in una logica di appropriato utilizzo delle risorse.

La mission perseguita è fondata su:

- promozione della tutela degli assistiti;
- globalità dell'intervento sociosanitario e clinico-assistenziale;
- integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali;
- equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario; riconoscimento dei diritti dei pazienti e dei loro familiari entro cui definire i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i correlati livelli organizzativi.

Per raggiungere tali fini l'ASL2 si avvale delle strutture sanitarie e sociali, anche di diritto privato, accreditate, presenti sul proprio territorio e concorre per la quota di spettanza alla gestione di attività e servizi socioassistenziali unitamente ai singoli Enti territoriali attraverso specifici accordi, favorendo la valorizzazione delle risorse umane e professionali dei propri operatori.

L'ASL2 promuove la salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione volti a contrastare le patologie trasmissibili ed infettive, le patologie croniche e gli incidenti, implementando azioni di sanità pubblica che tengano conto dell'analisi dei dati epidemiologici disponibili, dei sistemi di sorveglianza e prevedano l'integrazione di diversi soggetti interessati per la condivisione dei risultati e la concertazione di interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti della salute.

Rientrano nell'ambito dei compiti dell'ASL2 la garanzia della continuità delle cure e l'assistenza territoriale ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione. In tal senso, la soddisfazione della domanda sanitaria, mediante la produzione e l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali, domiciliari e di prevenzione, avviene con lo svolgimento di attività orientate:

- alle azioni di sviluppo di un'ampia cultura della salute;
- agli interventi di prevenzione-educazione per impedire l'insorgere della malattia rivolti al singolo paziente, ai suoi familiari, al personale ed in altri specifici ambiti;
- alla diagnosi ed alla cura di patologie acute e/o cronico-degenerative;

- al recupero psico-fisico e funzionale del paziente anche in caso di forme di invalidità temporanea o permanente.

Le attività dell'ASL2 sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e tecnologie a disposizione nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

L'ASL2 svolge attività formative in area sanitaria, sociale e della prevenzione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente e convenzionato, nonché attività di studio e ricerca, nel rispetto delle competenze istituzionali. L'ASL2 risponde altresì ad esigenze di formazione di altri Enti, Società ed Associazioni svolgendo attività di formazione riconosciuta e/o finanziata, nel rispetto degli indirizzi di programmazione, regionale, nazionale e comunitaria.

L'ASL2, al fine di perseguire la sua missione mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati. In quest'ottica si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale e gestionale.

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

1.1.3 Vision

L'ASL2, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa allo scopo di:

- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento valorizzando la vocazione per acuti dei presidi ospedalieri;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socioassistenziali;
- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'ASL2 incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il case mix trattato e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'ASL2 nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale.

A tale scopo l'ASL2 agisce sul piano gestionale per:

- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro famigliari sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della

cortesie e della disponibilità del personale, oltre che della rapidità nella gestione delle pratiche amministrative e del confort alberghiero;

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell'ASL2 ed assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico- assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- partecipare alla realizzazione ed implementazione del sistema delle reti cliniche regionale attraverso i dipartimenti interaziendali regionali;
- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali utili alla produzione di informazioni per supportare il processo decisionale strategico e direzionale oltre che rendere evidenti i risultati raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, a Regione, agli Enti interessati ed ai cittadini.

Le funzioni attribuite all'ASL2 (DEA II livello, Unità Spinale Unipolare, Area Neurologica, Area Oncologica, etc.) indirizzano la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle esperienze scientifiche migliori e più avanzate.

Sezione 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

La *mission* istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico.

Un'amministrazione genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale.

Il "Valore Pubblico" si riferisce all'impatto positivo che l'organizzazione ha sulla comunità e sul benessere collettivo, al di là della sola prospettiva economica. In questo contesto, perciò, il valore pubblico comprende sia gli aspetti sociali che sanitari, considerando il complessivo benessere delle persone e la loro qualità di vita.

In tempi di costante contrazione di risorse e di esigenze sociali crescenti, si crea Valore Pubblico quando si riescono a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini e *stakeholders* in generale). Le esperienze degli ultimi anni inoltre evidenziano che per generare Valore Pubblico occorra porre attenzione agli aspetti economici, ai fattori ambientali e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse.

L'amministrazione deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo orientato al cittadino, dando attuazione ai principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità dei servizi erogati in coerenza con i bisogni e tenendo conto del livello delle risorse disponibili a garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Diventa quindi essenziale individuare metodi di misurazione e rappresentazione del Valore Pubblico creato, individuando obiettivi generali da declinare in sotto obiettivi specifici che possano essere monitorati tramite appositi indicatori sui quali predisporre opportuni target di miglioramento.

La creazione di Valore Pubblico può essere analizzata su tre livelli differenti: a livello individuale, a livello organizzativo e a livello istituzionale. Il Valore Individuale si basa sul contributo di dirigenti e dipendenti alla creazione di Valore Pubblico da parte dell'amministrazione. Il Valore organizzativo si riferisce alla capacità dell'organizzazione di ottenere risultati in termini di efficienza, economicità ed efficacia e qualità dei servizi erogati. Il Valore Istituzionale si riferisce alla capacità delle istituzioni di produrre e mantenere risultati nel lungo termine.

Un esempio di quanto appena descritto è lo sviluppo della Telemedicina, la quale aumenta l'efficienza organizzativa e garantisce maggiore accessibilità alle cure (Livello individuale e organizzativo), producendo così benefici per la salute dei cittadini (Livello istituzionale).

Il PIAO (Piano Integrato di Attività e di Organizzazione) rappresenta dunque il principale strumento di programmazione integrata e finalizzata alla creazione di Valore Pubblico.

Il PIAO è connesso anche al disegno organizzativo dell'ASL2, da cui derivano gli assetti organizzativi con sono realizzate le proprie attività e intende:

- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in ASL2;

- garantire interventi e prestazioni adeguate rispetto ai bisogni, efficacia dei risultati ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Al fine di perseguire il mantenimento e miglioramento dei servizi erogati, l'ASL2 individua nel PIAO gli obiettivi generali e specifici da perseguire a cui saranno connessi gli obiettivi assegnati alle strutture.

Tra gli obiettivi del PIAO trovano spazio anche il miglioramento dell'accessibilità sia fisica che digitale dell'ASL2 e la semplificazione e la reingegnerizzazione delle varie procedure, aspetto che è emerso come fattore fondamentale di facilitazione dell'accesso ai servizi e del lavoro da remoto nel corso della pandemia Covid-19.

2.1.1. Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico

Il perseguimento del Valore Pubblico deve essere connesso ad obiettivi strategici, a loro volta connessi ad obiettivi operativi, da monitorare tramite di indicatori che ne misurino gli andamenti nel tempo e il conseguimento di risultati.

La pianificazione strategica dell'ASL2 si basa sulle linee e sugli obiettivi di indirizzo definiti dai principali atti programmatori e regolatori nazionali e regionali.

In primis, con particolare riferimento al triennio in essere, nell'ambito del Valore Pubblico, gli obiettivi sono orientati a consolidare le azioni connesse al Missione 6 Salute del PNRR. Le due componenti principali di tale Missione sono:

- Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale": il potenziamento e la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale per garantire cure più accessibili e vicine ai cittadini, attraverso la creazione di Case della Comunità, sviluppo degli Ospedali di Comunità e rafforzamento della telemedicina per migliorare l'accesso alle cure, soprattutto nelle aree remote;
- Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario": la digitalizzazione e l'aggiornamento tecnologico delle strutture sanitarie, anche attraverso lo sviluppo di piattaforme per la condivisione dei dati clinici come il Fascicolo Sanitario Elettronico, e investimenti nella ricerca e nella formazione del personale sanitario.

La programmazione, inoltre, si rifà ai seguenti principali atti:

- il Piano Nazionale della Prevenzione vigente e la conseguente programmazione regionale;
- Il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) e il relativo Piano Regionale di Governo della Liste d'Attesa (PRGLA) vigenti;
- Il DM n. 70/2015 con riferimento agli standard ospedalieri;
- il DM n. 77/2022, il quale mira a migliorare l'efficienza, l'accessibilità e l'integrazione dei servizi sanitari promuovendo una maggiore capillarità dei servizi sul territorio al fine di garantire assistenza più vicina ai cittadini e ridurre la pressione sugli ospedali. Prevede un'organizzazione basata su una rete di strutture di prossimità, tra cui le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le COT (centrali Operative Territoriali). L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'introduzione di standard minimi di assistenza con relativi indicatori di qualità per valutare l'efficacia dei servizi territoriali. Viene inoltre incentivato l'uso della telemedicina per migliorare l'accesso ai servizi e monitorare i pazienti a distanza, utilizzando soluzioni come il teleconsulto e la teleassistenza, utili per ridurre i tempi di

attesa e permettere una gestione a distanza delle patologie croniche. Il DM 77/2022 prevede inoltre un potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, per garantire un supporto adeguato a domicilio, con particolare attenzione ai pazienti anziani e con patologie croniche. L'obiettivo è aumentare la copertura dell'ADI, con standard che prevedono l'assistenza domiciliare per il 10% della popolazione over 65. Integrazione con i servizi sociali promuovendo una forte collaborazione tra sistema sanitario e servizi sociali, in modo da rispondere in modo coordinato alle necessità sanitarie e assistenziali dei pazienti, soprattutto quelli in condizioni di fragilità. Questo richiede una rete operativa di attori locali e professionisti che possano intervenire in modo tempestivo ed efficace.

- il PSSR 2023-2025, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 19/2023 e s.m.i. atto di riferimento principale a livello regionale circa la programmazione del SSR, che descrive le seguenti direttrici di sviluppo (Capitolo 1.3) e i seguenti Strumenti di governance (Capitolo 1.3.8):
 - Ridefinizione della mission dell'ospedale e del territorio nel nuovo layout indicato dal PNRR e dalle sue riforme;
 - Prossimità nella prevenzione, nella domanda, nella risposta, nella "cura";
 - Integrazione sociosanitaria nelle scelte di policy sanitaria e sociale;
 - Investimenti: ospedali e case di comunità (OdC e CdC), centrali operative territoriali (COT) e tecnologie;
 - Nuovi profili e innovazione dei modelli assistenziali ed organizzativi;
 - Interazione nei percorsi di assistenza;
 - Sviluppo di un ecosistema informativo sociosanitario;
 - Dinamiche di flusso e risposte operative del sistema Emergenza-Urgenza;
 - Segnali di warning e attivazione delle sinergie interistituzionali di risposta alle emergenze;
 - Sorveglianza e risposta agli eventi pandemici o potenzialmente pandemici;
 - Implementazione del modello "visual-hospital" regionale;
 - La determinazione del fabbisogno e degli standard per il personale sanitario SSR;
 - La governance delle prestazioni ambulatoriali: appropriatezza e transizione al digitale;
 - Il governo dell'assistenza farmaceutica, integrativa, protesica e dei dispositivi medici;
 - La gestione del percorso del paziente chirurgico - con particolare riferimento alle liste d'attesa degli interventi chirurgici programmati;
 - La governance ed il monitoraggio delle attività dei DMT (Disease Management Team);
 - La governance delle strutture sociosanitarie e il percorso di dimissione ottimale;
 - La gestione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e della presa in carico territoriale.
- Le D.G.R. n. 436/2024 e D.G.R. n. 800/2024 recanti strategie d'intervento finalizzate all'implementazione del livello di efficientamento del sistema sanitario regionale;

- La D.G.R. n. 481/2025 “Progetto di recupero della mobilità passiva fuori regione ex L.R. 10/95 - Programma operativo 2025-2026” inerente agli obiettivi di produzione per le ASL per gli anni 2025 e 2026;
- La D.G.R. con cui la Giunta Regionale assegna annualmente gli obiettivi alle Direzioni delle Aziende del SSR (per l'anno 2025, la D.G.R. n. 274/2025).

In coerenza con il contesto di riferimento, sulla base degli indirizzi sopra richiamati, gli obiettivi individuati sono declinati in piani ed obiettivi operativi sia attraverso il processo di budget, sia attraverso un più ampio sistema di monitoraggio di indicatori.

La creazione di valore pubblico verrà per tanto perseguita tramite azioni mirate sulle seguenti aree:

- **Efficienza**: riferita ad azioni di efficientamento organizzativo volte a ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, tecniche ed economiche;
- **Appropriatezza clinica e organizzativa**: riferite ad azioni volte all'utilizzo congruo delle risorse (per esempio, utilizzo appropriato dei setting assistenziali; miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva);
- **Efficacia**: riferita ad azioni volte al miglioramento degli esiti e alle azioni orientate a tal fine;
- **Equità**: riferita ad azioni volte alla garanzia di accesso ai servizi sanitari da parte degli assistiti.

Di seguito si riportano le principali **priorità di intervento** con cui s'intende perseguire la creazione di valore pubblico e il miglioramento nelle aree sopra elencate.

Il ciclo della performance è sviluppato intorno a tali obiettivi strategici/interventi prioritari e utilizza gli strumenti (sistema di misurazione e valutazione della performance - SMVP - e processo di budget, di cui si fornirà maggiore dettaglio nel paragrafo 2.2), al fine di orientare conseguentemente l'azione delle strutture operative.

Ambiti e azioni prioritarie:

1. Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza;
2. Riduzione dei tempi di attesa;
3. Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali;
4. Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva;
5. Potenziamento delle attività di prevenzione;
6. Standard del personale e utilizzo delle dotazioni;
7. Digitalizzazione;
8. Accessibilità fisica;
9. Completamento progettualità di rinnovo delle grandi apparecchiature;
10. Qualità dei dati e consolidamento del Sistema di Gestione della Qualità (SGQ);
11. Presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ASL2;
12. Sviluppo professionale;
13. Valorizzazione comunicazione interna ed esterna e la trasparenza;
14. Equilibrio economico e finanziario;
15. Nuovo Ospedale S. Corona.

Nei successivi paragrafi 2.1.2, 2.1.3 e 2.1.4 verranno illustrati gli obiettivi da perseguire nel corso del triennio 2026-2028 con particolare riferimento alle aree di accessibilità fisica e digitalizzazione. Nel paragrafo 2.2 saranno meglio delineati gli obiettivi connessi alle azioni prioritarie sopraelencate e il processo di misurazione e valutazione della performance.

2.1.2. Accessibilità Fisica

Questo paragrafo indica gli interventi per l'accessibilità fisica previsti dall'ASL2 volti all'eliminazione delle barriere architettoniche dagli spazi in uso all'Asl2, incluso quelle senso-percettive, ovvero tutti gli ostacoli fisici che non permettono la completa mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che hanno una capacità motoria ridotta o impedita, temporaneamente o permanentemente.

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la "Missione 6 – Salute" suddivisi in:

- Missione 6 C1 1.1 Case della comunità (CDC) e presa in carico della persona;
- Missione 6 C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
- Missione 6 C1 1.2.2 Implementazione di un nuovo sistema organizzativo Centrali Operative Territoriali (COT).

Attraverso i fondi messi a disposizione dal PNRR sono stati eseguiti, e sono in fase di conclusione, lavori edili di ristrutturazione sui presidi esistenti ed in parallelo a questi si è provveduto ad eseguire specifici interventi volti a favorire l'accessibilità dell'utenza sul territorio, attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche per le persone con disabilità motoria e delle barriere senso-percettive per le persone non vedenti ed ipovedenti.

Sia le strutture ospedaliere e sanitarie in fase di ristrutturazione sia i presidi non interessati dai lavori edili, ma dove sarà possibile attuare interventi sull'esistente, verranno adeguati alla normativa vigente compatibilmente con le tempistiche ed alle risorse economiche a disposizione.

Per quanto riguarda la disabilità motoria, negli ultimi trent'anni sono stati realizzati interventi edilizi di adeguamento volti a rendere accessibili e meglio utilizzabili, sia le strutture pubbliche sia quelle private. Negli anni più recenti, tali interventi sono stati integrati con opere finalizzate alla messa a norma rispetto alle barriere senso-percettive.

La missione della S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica di Asl2 è quella di progettare, programmare e successivamente eseguire i lavori alle strutture ospedaliere ed ai presidi a loro connesse, necessari per poter dare ampia accessibilità alle persone con disabilità visiva, attraverso il sistema di segnali e percorsi tattili integrati LOGES-VET-EVOLUTION (LVE) in grado di dare loro autonomia e sicurezza. Il suo aspetto particolarmente innovativo sta nella sua capacità a fornire, oltre alle indicazioni tattili, anche informazioni vocali integrandolo con il sistema di guida in autonomia, i TAG RFG (Radio Frequency Ground), sensori passivi che sfruttano la tecnologia RFID (Radio Frequency Identification) e contengono le informazioni intercettate dal bastone elettronico che manda successivamente un segnale via bluetooth all'auricolare dell'utilizzatore.

Le piste tattili sono superfici dotate di colori con forte contrasto e di rilievi studiati appositamente per essere percepiti sia sotto i piedi che attraverso il bastone per non vedenti, da installare sul piano di calpestio, per consentire alle persone non vedenti ed ipovedenti "l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo".

Sono state già installate apposite piastrelle in PVC, che potranno essere posate anche su pavimentazioni esistenti, il cui sistema di segnali e piste tattili fornisce informazioni direzionali e avvisi situazionali. Nello specifico sono sei codici tattili che a seconda del loro posizionamento possono dare indicazioni differenti. Mentre sui totem, a parete, o sulle porte, vengono indicate le informazioni che si vogliono dare attraverso la scrittura in Braille.

Nella relazione del PIAO anno di riferimento 2024, sono stati elencati gli interventi “PNRR Missione 6 – Salute” da realizzare:

- n. 6 Case di Comunità (ambulatori) entro marzo 2026:

- Albenga - Santa Maria Misericordia;
- Finale Ligure - Ruffini;
- Cairo - San Giuseppe;
- Savona - via Collodi;
- Vado Ligure - via Costa;
- Pietra Ligure - Santa Corona.

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

Si rende necessario rendere agibili le strutture a tutti i cittadini, rendendo le strutture accessibili anche a persone disabili. Sono state adattate le aree comuni della CDC di Albenga installando il corrimano nei corridoi, e gli accessori per disabili nei servizi igienici; al Ruffini di Finale Ligure, dove i lavori sono stati più invasivi, sono state posate le piste tattili e la mappa tattile all’ingresso della struttura. Nelle altre Case di Comunità i lavori sono in corso di esecuzione e si prevede l’inserimento di ausili per il superamento delle barriere architettoniche e sensoriali.

- n. 2 Ospedali di Comunità entro marzo 2026:

- Albenga - Santa Maria Misericordia;
- Cairo - San Giuseppe.

La funzione degli Ospedali di comunità è quella di costituire un ponte tra il domicilio e l'ospedale in senso stretto. I destinatari sono infatti pazienti che hanno bisogno di un ricovero solo di breve durata e per un intervento di intensità media. Lo scopo principale è quello di assistere al meglio chi non potrebbe rimanere a casa, alleggerendo al contempo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti in genere.

Si rende necessario rendere agibili le strutture a tutti i cittadini, rendendo le strutture accessibili anche a persone disabili.

- n. 3 COT (Centrale Organizzativa Territoriale) entro giugno 2024:

- Finale Ligure - Ruffini;
- Savona - via Collodi;
- Cairo - San Giuseppe.

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

Si trovano all’interno di altre strutture sanitarie (CDC e ODC) di conseguenza accessibili anche a persone con disabilità.

Il piano di abbattimento delle barriere architettoniche motorie e sensoriali dell'ASL2 si integra strettamente con due obiettivi strategici e di performance previsti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il primo obiettivo riguarda la comunicazione esterna, finalizzata a promuovere una conoscenza diffusa, chiara e trasparente dei servizi e delle offerte sanitarie dell'ASL2. Garantire un'informazione accessibile è fondamentale per rendere i servizi sanitari effettivamente fruibili da tutte le categorie di utenza, senza alcuna discriminazione. Il secondo obiettivo è quello delle pari opportunità, intese come eliminazione di ogni ostacolo fisico, percettivo o culturale che possa limitare la partecipazione attiva alla vita lavorativa e sociale, sia per i dipendenti che per gli utenti dell'ASL2.

La necessità di programmare interventi mirati si inserisce in una visione strategica a lungo termine, volta a promuovere il miglioramento strutturale e funzionale delle sedi pubbliche dell'ASL2. Questo significa non solo adeguare gli edifici e gli spazi esistenti alle normative vigenti in materia di accessibilità, ma anche anticipare le esigenze future, assicurando che ogni intervento sia progettato per rispondere in modo inclusivo ai bisogni di persone con disabilità, sia motoria che sensoriale. Questo impegno si traduce nell'obiettivo di rendere gli ambienti sanitari non solo conformi alla legge, ma pienamente funzionali e accoglienti per tutti i cittadini.

Le disposizioni legislative in materia di accessibilità, tra cui la Legge n. 13/1989, il D.M. 236/1989, e il D.P.R. 503/1996, sanciscono chiaramente che ogni immobile, pubblico o privato, residenziale o lavorativo, debba essere dotato di attrezzature, ausili e strumenti necessari a rimuovere ogni tipo di barriera architettonica. Tali strumenti non sono soltanto obblighi normativi, ma rappresentano anche un impegno verso l'uguaglianza e la giustizia sociale.

L'ASL2, nei suoi interventi edili e infrastrutturali, si è sempre attenuta a queste disposizioni normative, dimostrando una costante attenzione alle esigenze di accessibilità dei propri utenti. Questo approccio continuerà a essere perseguito con determinazione, prevedendo interventi mirati al miglioramento degli spazi sanitari, affinché ogni presidio di competenza diventi un luogo inclusivo e accessibile, rispecchiando pienamente i principi di equità, autonomia e rispetto per la dignità di ogni persona.

2.1.3. Accessibilità Digitale

In questo paragrafo sono riportati gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale individuati da ASL2 per ampliare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili a tutti gli utenti, in modo inclusivo, anche per coloro che necessitano di configurazioni particolari. Per quanto attiene il tema dell'accessibilità digitale ASL2 ha effettuato nell'ultimo triennio numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare specifiche piattaforme.

Nel corso del 2025 sono state portati avanti e ormai in fase avanzata di completamento gli interventi finanziati dal PNRR, in particolare legati alla missione M6 C2 1.1.1 AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO, relativo all'aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali e agli interventi relativi alle infrastrutture e progetti di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri.

In particolare, nel corso del 2025 è in fase di completamento l'aggiornamento dell'intero parco pc di ASL2 e sono stati ammodernati i principali software (in particolare il sistema informativo ospedaliero), per renderli più flessibili e fruibili sui moderni sistemi operativi.

Nel corso del 2025 è stata inoltre collaudata la piattaforma regionale di telemedicina, di cui ASL2 è pilota per l'ambito del teleconsulto.

Sempre nel 2025 è stata completata la migrazione di gran parte dei sistemi critici di ASL2 verso il datacenter regionale di Liguria Digitale, aumentando la resilienza e la sicurezza del sistema informatico.

Per quanto attiene il tema dell'accessibilità digitale ASL2 ha effettuato nell'ultimo triennio numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare. In particolare, nel 2025 sono stati attivati:

- PS Tracker: per il monitoraggio da parte dei caregiver della situazione degli accessi PS
- Salute Simplex: applicazione mobile che raggruppa la maggior parte dei servizi regionali e di ASL per il cittadino (es. prenotazioni CUP, portale referti, cambio medico)

ASL2 aderisce inoltre, come gli altri Enti del SSR, al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale aggiornando giornalmente le modalità di conferimento dei dati secondo gli standard previsti a livello nazionale e regionale per le diverse tipologie di referti e documenti clinici previsti dal piano regionale. Nel corso del 2025 è stato implementato il Fascicolo Sanitario Elettronico (nell'ambito delle progettualità nazionali FSE 2.0), per cui ASL2 oltre ai referti di laboratorio, radiologia, lettera di dimissione e verbali di pronto soccorso trasmette anche i certificati vaccinali e le schede di somministrazione singola seduta vaccinale.

2.1.4. Semplificazione e Digitalizzazione

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

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

Il processo di digitalizzazione di ASL2 avviene su diversi fronti:

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

1. Nell'ambito dei processi amministrativi sono in fase di aggiornamento e completamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di una progettualità regionale che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali delle diverse Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Sono concluse le operatività per la gestione

informatizzata dei procedimenti amministrativi delle Risorse Umane quali il portale del dipendente, già in uso, con l'aumento dei casi informatizzati (richieste di autorizzazioni che prevedono iter amministrativi complessi, ecc.) e della Formazione (realizzata la piattaforma di formazione a distanza FAD).

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

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

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

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

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

2.1.5. Pari opportunità e equilibrio di genere

In questa sezione vengono brevemente sintetizzati gli obiettivi che ASL2 intende perseguire in materia di pari opportunità, parità di genere, inclusione, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, benessere organizzativo, secondo quanto previsto e stabilito dall'art. 48 del Decreto Legislativo n. 198 dell'11/04/2006 (Codice della Pari Opportunità).

Con Deliberazione n. 994 del 07/10/2022 recante "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ai sensi dell'Art. 57 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - individuazione dei componenti di parte pubblica e di parte sindacale" l'ASL2 ha costituito il proprio Comitato Unico di Garanzia.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la

presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'Amministrazione.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive in corso deriva da quanto svolto dal CUG dalla sua costituzione, per le aree: formazione, contrasto alla discriminazione e alla violenza, supporto attraverso il consigliere di fiducia, benessere organizzativo, modalità di comunicazione all'interno dell'Azienda.

Il CUG di ASL2 con il Piano di Azioni Positive in corso intende promuovere attività di formazione, sensibilizzazione e comunicazione nell'ambito del benessere organizzativo-lavorativo. Tali attività hanno lo scopo di promuovere conoscenze e strumenti utili al mantenimento di un ambiente di lavoro sereno e che valorizzi il benessere delle persone, anche in ottica di genere e di pari opportunità. Nell'ottica di una migliore applicazione del Codice di Condotta saranno implementati cicli formativi/informativi relativi alla gestione dei conflitti, della inciviltà lavorativa, delle molestie, stalking/mobbing/bossing con l'obiettivo di rafforzare la conoscenza delle menzionate situazioni di criticità e, al contempo, fornire strumenti e strategie di contrasto.

2.2. OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

Nel presente paragrafo si descrive come ASL2 sviluppa il ciclo della performance intorno agli obiettivi strategici/interventi prioritari citati al paragrafo 2.1 e ne utilizza gli strumenti al fine di orientare conseguentemente l'azione delle strutture operative.

2.2.1 Il Piano della Performance

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

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

Con la definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal D.Lgs. n. 150/2009, è stata introdotta una disciplina organica per la pubblica amministrazione relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito del personale finalizzati all'incremento della produttività. La normativa citata inoltre insiste sulla pubblicizzazione di atti, curriculum, procedure, attestazioni, per una maggiore trasparenza dell'attività, ruolo e competenza, dei dirigenti.

Il sopracitato Piano rappresenta il documento principale di programmazione del Ciclo delle performance disciplinato dal D.Lgs. n. 150/2009.

Più in dettaglio, il Ciclo della Performance, si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti.



Figura 3: Ciclo della performance

Il ciclo di gestione della Performance si svolge con frequenza annuale attraverso l'implementazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che include:

- il processo di budget, con il quale si misura e valuta la performance organizzativa;
- il sistema di valutazione delle performance individuali.

Si distinguono due attività del Ciclo della performance:

- la **misurazione** quantifica il livello di raggiungimento dei risultati attesi, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance organizzativa) e i contributi individuali (performance individuali);
- la **valutazione** riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione e la verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati.

In base al D.Lgs. n. 150/2009, la fase di valutazione deve avere come output finale la Relazione annuale sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano della Performance. Nella Relazione annuale, l'amministrazione inoltre illustra le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

Il SMVP delle performance si ispira ai seguenti indirizzi:

- a) connessione tra gli indirizzi nazionali e regionali di programmazione annuale e pluriennale che rappresentano il primo riferimento per la formulazione delle scelte strategiche;
- b) valorizzazione della dimensione strategica che l'ASL2 intende introdurre nel medio-lungo periodo verso cui orientare le scelte programmatiche di breve periodo;
- c) costante confronto di benchmarking al fine di individuare valori di riferimento regionali, nazionali ed internazionali;
- d) valorizzazione del sistema di budgeting inteso come strumento di programmazione collegato al piano delle performance, traducendo gli indirizzi strategici regionali in obiettivi di struttura;
- e) garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza delle performance, assicurando un adeguato livello di comprensione anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità.

Strumento principale del SMVP è il processo di budget, disciplinato da apposito *“Regolamento Aziendale per il processo di budget e della performance organizzativa”* approvato con Deliberazione n. 935 del 12/12/2025 è articolato in tre fasi principali:

- a) Assegnazione degli obiettivi di budget;
- b) Gestione del budget e delle performance;
- c) Verifica finale del budget.

La fase di Assegnazione degli obiettivi di budget prevede la negoziazione con le singole strutture/Centri di Responsabilità (CdR) e l'individuazione di indicatori per monitorare obiettivi e relativi target da raggiungere. L'esito della definizione puntuale degli indicatori con i quali verranno monitorati gli obiettivi e valutato il loro raggiungimento sarà contenuto nell'atto di adozione delle schede budget assegnate ai CdR che sarà pubblicata sul sito istituzionale alla sezione Amministrazione trasparente/Performance.

Gli indicatori di performance devono avere alcune caratteristiche fondamentali:

- a. *comprensibilità*: indicatore chiaro, contestualizzato, concreto, intellegibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore;
- b. *rilevanza*: indicatore riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate, come *outcome*, *output*, attività, efficienza, efficacia, comportamenti;
- c. *confrontabilità*: indicatore comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto a organizzazioni simili e attività standard;
- d. *fattibilità/misurabilità*: indicatore misurabile nei sistemi informativi, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento;
- e. *affidabilità*: indicatore in grado di rappresentare e misurare efficacemente il fenomeno oggetto di analisi.

Inoltre, risulta auspicabile avvalersi di sistemi di confronto/benchmark a livello regionale, nazionale e internazionale a cui fare riferimento nella definizione degli indicatori, degli standard e dei target da perseguire, tra cui:

- Ministero della Salute con il *Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)*, finalizzato al monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- AGENAS con il *Programma Nazionale Esiti (PNE)*, strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo e di azioni volte al miglioramento dell'efficacia e dell'equità tramite la misurazione e la valutazione di indicatori di esito, di volume e di appropriatezza;
- Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che tramite il *Laboratorio Management e Sanità (MeS)* ha sviluppato un sistema multidimensionale di valutazione della performance dei servizi sanitari (il c.d. *bersaglio* e il c.d. *pentagramma* con cinque fasce di valutazione) delle Regioni aderenti;
- altri sistemi di valutazione e indicatori derivanti dagli atti programmatori nazionali e regionali già menzionati nel paragrafo 2.1.1.

In riferimento al triennio 2026-2028 e alla programmazione del ciclo di performance dell'anno 2026, come riportato nel paragrafo 2.1, le priorità di intervento di ASL2 sono individuate nelle seguenti azioni, in linea con quanto indicato dalle D.G.R. n. 274/2025 n. 481/2025. Sulla base di tali priorità saranno formulati gli obiettivi delle strutture e gli indicatori da assegnare nel processo di budget:

1. Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza

ASL2 perseguirà azioni di ottimizzazione della mission delle strutture in coerenza con quanto previsto dal PSSR 2023-2025 e s.m.i., anche alla luce della programmazione regionale prevista in merito agli Ospedali di Comunità. Si riporta la tabella inclusa nel PSSR 2023-2025 riferita alle strutture di ASL2 (pp. 109).

Struttura	Sistema Emergenza-Urgenza	Mission
Santa Maria della Misericordia, Albenga	PPI	Ospedale integrato con il presidio di Santa Corona ed orientato all'attività di elezione. Sede di Ospedale di Comunità e Casa di Comunità.
Santa Corona*, Pietra Ligure	DEA II livello	Ospedale di riferimento per l'area ottimale del Ponente ligure per l'attività in emergenza-urgenza di ASL 1 e ASL 2 e per l'elevata complessità. Presidio di riferimento Regionale per la Riabilitazione intensiva ed estensiva.
San Giuseppe, Cairo Montenotte	PPI	Struttura a forte integrazione con il territorio ad orientamento lungodegenziale e ambulatoriale, sede di Ospedale di comunità e Casa di comunità.
San Paolo, Savona	DEA I livello	Ospedale di I livello di riferimento per l'elevata complessità assistenziale in integrazione con il presidio Santa Corona.

*Compreso il completamento della progettazione del Nuovo Ospedale S. Corona

Si evidenziano le azioni volte all'Ottimizzazione della mission delle strutture di Albenga e Cairo Montenotte, con particolare riferimento all'incremento dell'attività chirurgica.

Sono inoltre obiettivi:

- l'incremento della produzione, come da obiettivi indicati dalla D.G.R. n. 481/2025;
- il maggior supporto della rete dei servizi alle attività di Pronto Soccorso e il potenziamento complessivo dell'Area Emergenza-Urgenza (incluso obiettivi di cui alla D.G.R. n. 274/2025);
- l'ottimizzazione e il potenziamento dei servizi di diagnostica e laboratorio (D.G.R. n. 800/2024);
- la tempestività e l'appropriatezza dell'attività di consulenza su specifici percorsi.

2. Riduzione dei tempi di attesa

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, si perseguiranno obiettivi di: incremento/mantenimento delle prestazioni ambulatoriali erogate, con particolare riferimento alle prestazioni incluse nel PNGLA; rispetto dei tempi di attesa per priorità; revisione dei percorsi di follow up tramite l'implementazione delle agende di secondo livello, anche secondo gli indirizzi e le priorità regionali. Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, verranno presidiati il rispetto dei tempi di attesa dell'attività chirurgica elettiva secondo le priorità e la tempestività degli interventi chirurgici urgenti per percorsi quali le fratture di femore ed altri eventualmente individuati.

3. Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali

Il potenziamento delle attività territoriali seguirà gli indirizzi di cui al D.M. n. 77/2022 e alle connesse progettualità PNRR della Missione 6 Component 1. In particolare:

- Attivazione ed efficientamento delle Case di Comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali Operative Territoriali, come previsto nei piani operativi dei rispettivi progetti PNRR;
- Implementazione dei percorsi di telemedicina come da progettualità PNRR;
- Potenziamento delle Cure Domiciliari e Palliative;
- Potenziamento della continuità assistenziale e della presa in carico dei soggetti fragili;
- Implementazione della Medicina di Iniziativa e sviluppo di piani di promozione della salute e di empowerment di comunità (incluso potenziamento della figura dell'IfoC).

4. Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva

Sul tema dell'efficienza e dell'appropriatezza prescrittiva saranno attuate:

- Azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica e farmaceutica rivolte ai prescrittori, anche interni (incontri/commissioni ad hoc, monitoraggio dati e attività di formazione);
- Potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia;
- Azioni volte al miglioramento dell'efficienza farmaceutica attraverso specifiche progettualità inerenti alla farmacovigilanza, alla riconciliazione farmacologica e al farmacista counselor di reparto.

5. Potenziamento dell'attività di prevenzione

Si perseguiranno azioni di potenziamento/presidio nell'ambito della prevenzione con particolare riferimento a:

- le coperture vaccinali pediatriche e le vaccinazioni rivolte alla popolazione adulta (inclusi gli operatori sanitari);
- l'estensione e l'adesione agli screening;
- il mantenimento della qualifica sanitaria di indenne degli allevamenti per tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovicaprina, leucosi bovina enzootica (come da obiettivo di cui alla D.G.R. n. 274/2025);
- le ulteriori azioni connesse agli obiettivi e controlli previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), comprensive anche di attività rivolte alla popolazione.

6. Standard del personale e utilizzo delle dotazioni

Verrà monitorato l'incremento/presidio dei livelli di efficienza nell'utilizzo delle risorse tecniche (posti letto, sale operatorie, apparecchiature), delineando gli standard organizzativi del personale al fine di analizzare le ricadute sulla dotazione organica, sulla turnistica e sui fabbisogni.

7. Digitalizzazione

Per le azioni previste si rimanda a quanto indicato ai paragrafi 2.1.3 e 2.1.4.

8. Accessibilità fisica

Per le azioni previste si rimanda a quanto indicato al paragrafo 2.1.2.

9. Completamento progettualità di rinnovo delle grandi apparecchiature

Si proseguirà e completerà la progettualità PNRR prevista nella Missione 6 Component 2 di rinnovo delle grandi apparecchiature.

10. Ottimizzazione qualità dei dati e consolidamento SGQ

Saranno monitorati costantemente la qualità dei dati raccolti ai fini della rendicontazione delle attività erogate e dei fabbisogni per supportare la programmazione e il controllo direzionale e operativo. Verranno inoltre implementate azioni volte al consolidamento del Sistema di Gestione Qualità (SGQ).

11. Presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ASL2

In merito al presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di ASL2 saranno attuati specifici interventi tecnici di rinnovo/progettazione/adeguamento nelle strutture, attività di formazione e riorganizzazione di processi lavorativi.

12. Sviluppo professionale

ASL2 proseguirà le attività finalizzate allo sviluppo professionale delle competenze degli operatori, che saranno incluse nel Piano della Formazione.

13. Valorizzazione comunicazione interna ed esterna, trasparenza e anticorruzione

ASL2 proseguirà le attività finalizzate alla valorizzazione della comunicazione interna ed esterna, che saranno incluse nel Piano della Comunicazione. Nell'ambito della anticorruzione e trasparenza,

saranno inoltre attuati controlli e azioni definiti dal Gruppo interaziendale degli RPCT (vedasi sezione 2.3).

14. Equilibrio economico e finanziario

Ai sensi della D.G.R. n. 274/2025 sarà perseguito l'obiettivo di rispetto dei tempi di pagamento (ex L. n. 145/2018, art. 1, c. 865). Saranno inoltre attivate azioni al fine del perseguimento dell'equilibrio economico, anche per il tramite di azioni di incremento/consolidamento del rapporto ricavi/costi dei centri di responsabilità.

15. Nuovo Ospedale S. Corona

Saranno svolte le attività finalizzate all'affidamento della progettazione per la riqualificazione funzionale e strutturale del presidio Santa Corona di Pietra Ligure (D.G.R. n. 577/2025).

Di seguito vengono inquadrati più in dettaglio le azioni e gli interventi per il potenziamento delle attività di prevenzione e dell'attività territoriali e distrettuali.

Potenziamento dell'attività di prevenzione

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

Il PNP sostiene il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i macro-obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment e capacity building*, raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

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

Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:

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

Il documento, rappresentando quindi la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica, investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di costo-efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali. Il Piano adotta infine un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi

standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

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

In riferimento all'area della Prevenzione, si prosegue il monitoraggio degli indicatori declinati su alcune aree dal Nuovo Sistema di Garanzia⁷.

Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali

Con il DM 77/2022 viene definito un nuovo modello organizzativo che mira ad una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

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

- La riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il potenziamento e la creazione di struttura della rete di prossimità quali le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC) e con la costituzione delle COT, nodo di coordinamento di sistema;
- 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 di Comunità (CdC) rappresenta anche il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multiprofessionali 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 rappresenta la sede in cui si realizzano la gestione e il coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, nonché il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL, deputato alla facilitazione dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

La Casa di Comunità secondo il PNRR è il punto di riferimento continuativo per la popolazione, quale riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la presa in carico (PIC) delle persone a maggiore intensità assistenziale. Si tratta di strutture, in rete con il sistema informativo sanitario, in cui operano equipe multiprofessionali composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Infermieri di Comunità e altri professionisti della salute. Rappresenta il punto di integrazione con i Servizi Sociali

⁷ Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

del territorio, i servizi per la Salute Mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Al suo interno sono previsti servizi polispecialistici, diagnostici, punto CUP, prelievi, vaccinazioni, screening.

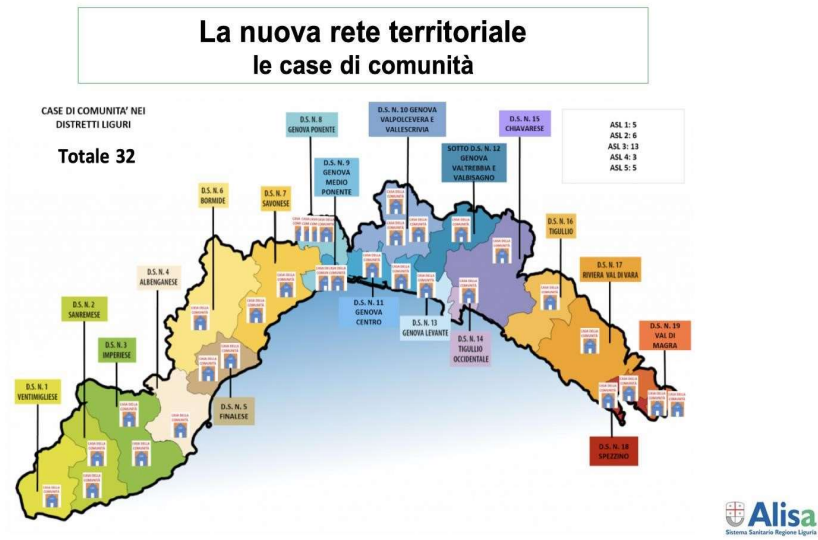


Figura 4: Distribuzione delle CdC nei Distretti Liguri

ASL	Numero di CdC	Sede della CdC	Numero
ASL2	6	Distretto N° 4 Albenganese	1
		Distretto N° 5 Finalese	2
		Distretto N° 6 Bormide	1
		Distretto N° 7 Savonese	2

Tabella 2: Dettaglio distribuzione CdC nei Distretti dell’ASL 2

L’Ospedale di comunità è una struttura sanitaria intermedia della rete territoriale, tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, funzionali a 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, a gestione prevalentemente infermieristica con presenza di un medico almeno 4,5 ore al giorno (6 giorni su 7).

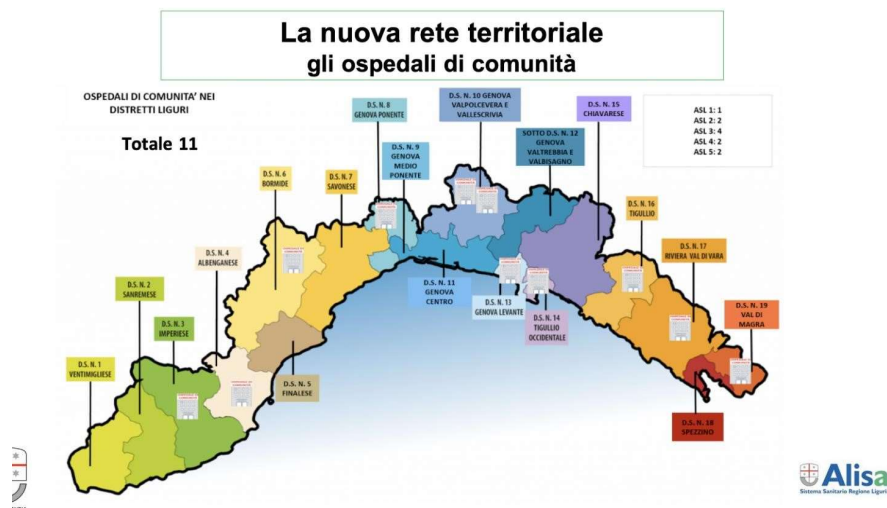


Figura 5: Distribuzione degli Ospedali di Comunità nei Distretti Liguri

ASL	Numero di OdC previste	Sede della OdC	N.ro previsto
ASL 2	2	Distretto N° 4 ALBENGANESE E Distretto N° 5 FINALESE	1
		Distretto N° 6 BORMIDE E Distretto N° 7 SAVONESE	1

Tabella 3: Dettaglio distribuzione OdC nei Distretti dell'ASL 2

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma informatica comune ed integrata con i principali applicativi di gestione e di interconnessione con tutti gli enti/strutture del territorio. La COT garantisce il coordinamento e il raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

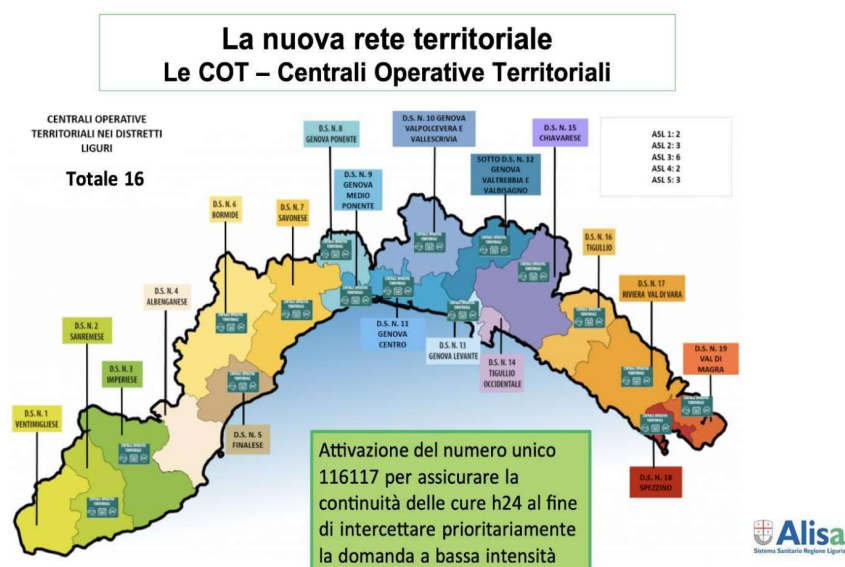


Figura 6: Distribuzione delle Centrali Operative Territoriali nei Distretti Liguri

ASL	Numero di COT	Sede della COT	N.ro
ASL 2	3	Distretto N° 4 Albenganese e Distretto N° 5 finalese	1
		Distretto N° 6 Bormide e Distretto N° 7 Savonese	2

Tabella 4: Dettaglio distribuzione COT nei Distretti dell'ASL 2

Gli obiettivi di Valore pubblico indicati al paragrafo 2.1 (Efficienza, Efficacia, Appropriatezza, Equità) e i connessi obiettivi strategici/interventi prioritari delineati in questo paragrafo saranno perseguiti attraverso specifiche azioni monitorate tramite indicatori che saranno dettagliati nelle schede di budget negoziate con i Centri di Responsabilità.

Le schede di budget, oltre a delineare i sotto-obiettivi e gli indicatori di monitoraggio, individueranno gli specifici target assegnati ai singoli Centri di Responsabilità.

I risultati degli obiettivi di budget costituiscono la performance organizzativa di ASL2, secondo le seguenti aree:

1. **Attività/Produzione**: include gli obiettivi di mantenimento e potenziamento delle attività erogate da parte dell'ASL2;
2. **Costi**: include obiettivi specifici di efficientamento dei costi.
3. **Organizzazione (Efficienza/Appropriatezza/Efficacia)**: include indicatori riferiti all'utilizzo efficiente e appropriato delle risorse e agli indicatori di efficacia (incluse *proxy*);
4. **Qualità/Formazione/Revisioni di processo**: include obiettivi riferibili ai percorsi di formazione, alla predisposizione e revisione di procedure/percorsi (Sistema Gestione Qualità – SGQ), al presidio e mantenimento della qualità dei dati (tempestività, correttezza e completezza).

La seguente tabella riporta gli obiettivi strategici/interventi prioritari declinati in obiettivi operativi con rispettivi indicatori per il monitoraggio del loro perseguimento.

Gli obiettivi e i connessi indicatori potranno essere oggetto di integrazioni e modifiche nel corso del processo di budget e delle negoziazioni con i Centri di Responsabilità, anche alla luce di indicazioni programmatiche a cura degli enti sovraordinati nazionali e regionali.

Obiettivi Strategici/interventi prioritari	Obiettivi operativi	Sotto-obiettivi operativi	Indicatori
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Incremento Produzione	Incremento attività di ricovero (DGR 481/2025)	Numero e valorizzazione a tariffa dei ricoveri
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Incremento Produzione	Incremento attività chirurgica	N. interventi
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Ottimizzazione Mission Ospedale Albenga	Incremento attività chirurgica presso la sede di Albenga	N. interventi
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Ottimizzazione Mission Presidio Cairo Montenotte	Incremento attività chirurgica ambulatoriale presso la sede di Cairo M.	N. interventi
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Maggior supporto alle attività di Pronto Soccorso	Riduzione della degenza media	Degenza media area medica e area chirurgica
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Maggior supporto alle attività di Pronto Soccorso	Riduzione ricoveri ripetuti	Percentuale di pazienti che effettuano ricoveri successivi entro 30 giorni per stessa MDC
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Maggior supporto alle attività di Pronto Soccorso	Attivazione/potenziamento presa in carico tra PS/OBI e residenzialità/OdC per specifici percorsi	N. pazienti presi in carico nei percorsi individuati
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Maggior supporto alle attività di Pronto Soccorso	Implementazione ambulatori in supporto al PS	N. accessi presso ambulatori a bassa complessità nei periodi di maggior afflusso
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Potenziamento Area EMUR	Gestione tempi di attesa in PS	Tempi di attesa/presa in carico in PS, incluso boarding (DGR 274/2025)
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Ottimizzazione e potenziamento servizi di diagnostica e laboratorio	Azioni in base a indirizzi regionali sulla riorganizzazione dei laboratori (DGR 800/2024)	Implementazione azioni in base a progettualità/ indicazioni regionali
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Azioni di ottimizzazione e potenziamento servizi di diagnostica e laboratorio	Mantenimento/riduzione tempi di refertazione	Tempi di refertazione dei percorsi individuati

Obiettivi Strategici/interventi prioritari	Obiettivi operativi	Sotto-obiettivi operativi	Indicatori
Ottimizzazione e potenziamento in ambito ospedaliero e dell'emergenza-urgenza	Appropriatezza e tempestività dell'attività di consulenza interna	Mantenimento/miglioramento tempistiche di erogazione delle consulenze interne	Percentuale consulenze erogate entro i termini stabiliti
Riduzione dei tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa ambulatoriali	Potenziamento/mantenimento delle prestazioni ambulatoriali per esterni (DGR 274/2025 e DGR 481/2025)	N. prestazioni PNGLA erogate
Riduzione dei tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa ambulatoriali	Incremento prestazioni PNGLA prenotate entro i tempi di attesa per priorità (DGR 274/2025)	Percentuale prestazioni prenotate entro i tempi massimi di attesa per classe di priorità
Riduzione dei tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa ambulatoriali	Revisione dei percorsi dei follow up (anche su indicazioni/priorità regionali)	Implementazione agende ARP di II livello per specifici percorsi
Riduzione dei tempi di attesa	Rispetto tempi di attesa chirurgia elettiva per priorità	Rispetto tempi di attesa chirurgia elettiva per priorità	Tempi di attesa chirurgia elettiva per priorità
Riduzione dei tempi di attesa	Tempestività interventi chirurgici urgenti	Incremento/mantenimento tempestività interventi per frattura di femore e altri percorsi individuati	Tempestività interventi
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Implementazione modelli organizzativi DM77 e PNRR M6C1	Attivazione ed efficientamento Case di Comunità come da pianificazione operativa progettualità PNRR	Rispetto pianificazione
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Implementazione modelli organizzativi DM77 e PNRR M6C1	Attivazione ed efficientamento degli Ospedali di comunità come da pianificazione operativa progettualità PNRR	Rispetto pianificazione
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Implementazione modelli organizzativi DM77 e PNRR M6C1	Implementazione COT	N. percorsi gestiti a regia COT
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Implementazione dei percorsi di telemedicina come da progettualità PNRR	Attivazione/potenziamento percorsi di Telemedicina	N. pazienti presi in carico tramite strumenti di telemedicina

Obiettivi Strategici/interventi prioritari	Obiettivi operativi	Sotto-obiettivi operativi	Indicatori
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Potenziamento delle Cure Domiciliari e Palliative	Incremento prese in carico domiciliari (obiettivo PNRR)	N. prese in carico
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Potenziamento della continuità assistenziale e della presa in carico dei soggetti fragili	Supporto a stili di vita sani	Incremento Corsi AFA
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Implementazione della Medicina di Iniziativa e sviluppo di piani di promozione della salute e di empowerment di comunità	Potenziamento figura IfoC e prevenzione primaria/secondaria della fragilità e interventi proattivi per la gestione delle principali patologie croniche	N. prese in carico gestite da IfoC
Potenziamento delle attività territoriali e distrettuali	Appropriatezza percorsi di residenzialità	Utilizzo appropriato dei posti di residenzialità nei vari ambiti	Permanenza media nei vari ambiti
Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica e Diagnostica	Monitoraggio dati e attività di confronto/formazione con prescrittori su specifiche aree di miglioramento	Incontri/commissioni valutazione e attività formativa rivolti ai medici prescrittori (anche interni)
Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva	Farmacovigilanza e riconciliazione farmaceutica	Implementazione progettualità su Centro di Farmacovigilanza, riconciliazione farmacologica delle terapie prescritte e farmacista di reparto/counselor	Implementazione delle progettualità
Miglioramento efficienza e appropriatezza prescrittiva	Potenziamento distribuzione diretta per primo ciclo di terapia	Attivazione/potenziamento distribuzione diretta su specifici reparti/percorsi per farmaci primo ciclo di terapia	N. percorsi/reparti coinvolti
Potenziamento attività di prevenzione	Potenziamento/presidio coperture vaccinali	Potenziamento/presidio coperture vaccinali pediatriche	Copertura vaccinali obbligatorie
Potenziamento attività di prevenzione	Potenziamento/presidio coperture vaccinali	Potenziamento/presidio coperture vaccinali adulti	Adesione vaccinazione anti-influenzale (operatori sanitari e cittadini)

Obiettivi Strategici/interventi prioritari	Obiettivi operativi	Sotto-obiettivi operativi	Indicatori
Potenziamento attività di prevenzione	Potenziamento/presidio coperture vaccinali	Potenziamento/presidio coperture vaccinali	N. interventi/incontri di sensibilizzazione per la popolazione su vaccinazioni non obbligatorie
Potenziamento attività di prevenzione	Potenziamento/presidio screening	Mantenimento/incremento raggiungimento delle popolazioni target	Estensione e adesione screening Colon, Mammella, Cervic Uterina
Potenziamento attività di prevenzione	Mantenimento della qualifica sanitaria di indenne degli allevamenti per tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovis-caprina, leucosi bovina enzootica (DGR 274/2025)	Rispetto della programmazione con esito verifiche sierologiche compatibili con il mantenimento della qualifica sanitaria	Mantenimento della qualifica Indenne
Potenziamento attività di prevenzione	Azioni connesse agli obiettivi e controlli previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP)	Rispetto degli obiettivi sui controlli individuati da PNP/PRP	N. controlli pari o superiore a quelli previsti
Potenziamento attività di prevenzione	Sensibilizzazione sulle tematiche della prevenzione	Organizzazione eventi di sensibilizzazione per la popolazione	N. eventi di sensibilizzazione rendicontati
Standard del personale e utilizzo delle dotazioni aziendali	Incremento efficienza nell'utilizzo dei posti letto	Mantenimento/incremento occupazione posti letto per Area Medica e Chirurgica	Tasso di occupazione posti letto
Standard del personale e utilizzo delle dotazioni aziendali	Incremento efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie	Mantenimento/incremento utilizzo sale operatorie in base a dotazioni disponibili	Saturazione tempi di sala operatoria
Standard del personale e utilizzo delle dotazioni aziendali	Incremento efficienza nell'utilizzo delle apparecchiature	Mantenimento/incremento utilizzo grandi apparecchiature di radiodiagnostica in base a dotazioni disponibili	Saturazione tempi macchina
Digitalizzazione	Digitalizzazione	Implementazione azioni previste	Rispetto pianificazione
Accessibilità fisica	Accessibilità fisica	Implementazione azioni previste	Rispetto pianificazione

Obiettivi Strategici/interventi prioritari	Obiettivi operativi	Sotto-obiettivi operativi	Indicatori
Completamento progettualità di rinnovo delle grandi apparecchiature	Completamento progettualità PNRR	Implementazione azioni previste	Rispetto pianificazione
Qualità dei dati e consolidamento del SGQ	Qualità dei dati (completezza, correttezza e tempestività)	Corretta rendicontazione informativi (DGR 481/2025)	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi SDO e specialistica ambulatoriale
Presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ASL2	Specifici interventi tecnici di rinnovo/ progettazione/ adeguamento nelle strutture aziendali	Pianificazione e attuazione interventi tecnici	Rispetto pianificazione
Presidio della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ASL2	Attività di formazione	Pianificazione e attuazione interventi formativi	Rispetto pianificazione
Sviluppo professionale	Formazione e sviluppo professionale	Attuazione Piano Formazione	Adesione ai corsi organizzati nell'ambito del Piano Formazione
Valorizzazione comunicazione interna ed esterna all'azienda e Trasparenza	Comunicazione interna ed esterna	Attuazione Piano Comunicazione	Rispetto pianificazione
Valorizzazione comunicazione interna ed esterna all'azienda e Trasparenza	Azioni e controlli Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Attuazione azioni e controlli definiti dal gruppo interaziendale degli RPCT (vedasi sezione 2.3)	Rispetto pianificazione
Equilibrio economico e finanziario	Tempestività di pagamento (DGR 274/2025)	Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	Giorni di ritardo rispetto a quanto previsto dalla normativa
Equilibrio economico e finanziario	Equilibrio economico (DGR 274/2025)	Azioni per il perseguimento dell'equilibrio economico	Attuazione azioni pianificate
Equilibrio economico e finanziario	Equilibrio ricavi/costi	Mantenimento/incremento rapporto tra ricavi e costi dei centri di responsabilità	Rapporto ricavi/costi per centro di responsabilità
Nuovo Ospedale S. Corona	Attuazione progettualità Nuovo Ospedale S. Corona	Affidamento progettazione	Rispetto pianificazione

Tabella 5: Obiettivi e indicatori

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA (ai sensi della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013)

2.3.1 PROCESSO DI ADOZIONE - LA STRATEGIA DI PREVENZIONE, GLI OBIETTIVI, LA DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Nella Sottosezione 2.3 - elaborata alla luce della normativa vigente, degli indirizzi ANAC di cui in particolare il PNA 2022 (in fase di pubblicazione da parte di ANAC il PNA 2025-2027), delle Linee Guida 2025 sul Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) e sul Report del PIAO ed il relativo Manuale Operativo per le Regioni, delle disposizioni di Regione Liguria, con particolare riguardo al Decreto del Direttore Generale di Area Salute e Servizi Sociali n. 2380 del 31/03/2025 recante *“Gruppo di lavoro Interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui alla DGR N. 957/2021, ai D.D.G. n. 7878/2021, n. 4115/2023, n. 4484/2023 e n. 7310/2024: approvazione obiettivi 2025*, nonché delle attività connesse al PNRR, con le connesse progettualità regionali - si intendono illustrare le linee di condotta adottate relativamente al sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione inteso quale strumento per prevenire fenomeni corruttivi, garantire elevati livelli di trasparenza e promuovere la cultura dell'integrità, etica e legalità nella pubblica amministrazione.

Ciò in conformità agli indirizzi forniti a livello regionale dal Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza operante presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali di regione Liguria, istituito con D.G.R. n. 957 del 28/10/2021, nonché dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 15 del 12/01/2024 che ha fatto proprie le indicazioni del PNA 2022 di ANAC:

- il principale obiettivo delle Pubbliche Amministrazioni consiste nella creazione di valore pubblico secondo le indicazioni contenute nel D.M. 24 giugno 2022;
- il medesimo può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni di creazione, e per la creazione, del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente;
- tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza previsti come contenuto obbligatorio dei PTPCT e, quindi, anche della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- questi vanno programmati dall'organo di indirizzo in modo che siano funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico;
- pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- l'organo di indirizzo continua a programmare tali obiettivi alla luce delle peculiarità di ogni amministrazione e degli esiti dell'attività di monitoraggio sul piano.

Il Gruppo Interaziendale ha predisposto per il 2026 il documento denominato *“Rapporto sulle attività svolte nel 2025”*, frutto di un lavoro di condivisione e confronto, che rendiconta il lavoro svolto con il monitoraggio sull'attuazione degli obiettivi ed individua le strategie di prevenzione, le attività e le progettualità formative per il 2026. Il documento, anticipato via mail ai componenti del Gruppo in data 20/11/2025 (nota prot. ASL2 n. 116494 del 20/11/2025) dal Coordinatore del

Gruppo interaziendale degli RPCT, è stato altresì trasmesso al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali per gli atti consequenziali e costituisce allegato alla presente Sottosezione (All.to 1).

Per il corretto funzionamento del sistema, e l'attuazione delle previsioni della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza, è essenziale il ruolo svolto dalle Direzioni strategiche che devono consentire al RPCT di esercitare concretamente la propria funzione:

- coinvolgendo e responsabilizzando tutti coloro che a vario titolo partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione, anche affidando obiettivi specifici da inserire nel sistema delle performance in particolare ai Responsabili delle strutture maggiormente esposte al rischio corruttivo;
- implementando le specifiche misure organizzative di prevenzione;
- assicurando al medesimo il posizionamento organizzativo e gli strumenti operativi adeguati.

La Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO:

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

Obiettivo del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza è la tutela dell'interesse pubblico dal rischio corruttivo rafforzando le buone prassi a presidio dell'agire amministrativo, contribuendo a garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, rendendo trasparenti le procedure ed imparziali le decisioni così da aumentare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

La Trasparenza, utile a prevenire e/o contrastare fenomeni corruttivi, è da intendersi quale accessibilità alle informazioni concernenti tutti gli aspetti dell'agire della P.A. così da favorire forme diffuse di controllo sul rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa.

Del pari l'accezione del termine corruzione⁸ nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza, più ampio della fattispecie penalistica disciplinata dagli artt. 318 e s.s. del codice penale, ricomprende le situazioni nelle quali nell'agire amministrativo si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere affidatogli per ottenere vantaggi privati: vi rientrano tutte quelle

⁸ Vedi anche Convenzione ONU contro la Corruzione (UNCAC) adottata a Merida dalla Assemblea Generale del 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato italiano con L. 3 agosto 2009 n.116, presente anche nel PNA 2019.

situazioni che, a prescindere dalla loro rilevanza penale, mettono in evidenza un malfunzionamento nella pubblica amministrazione (c.d. *maladministration*).

Sotto questo profilo si può definire “*corruzione*” il comportamento soggettivo di un pubblico funzionario, o di un soggetto incaricato di pubblico servizio, che al fine di ottenere vantaggi privati propri, o di terzi, assume una decisione a rilevanza pubblicistica abusando dei poteri a lui affidati e condizionando impropriamente l’azione dell’amministrazione, sia che tale azione abbia successo sia che rimanga a livello di tentativo.

Al fine di rendere efficace ed efficiente il sistema di prevenzione, fondato sulla gestione del rischio e sulla trasparenza (cui si affiancano le altre misure generali individuate da ANAC: gestione del conflitto di interessi, codici di comportamento, formazione, accesso civico, rotazione del personale, whistleblowing, patti di integrità, divieto di pantouflage), occorre privilegiare misure di semplificazione e di procedimentalizzazione dell’azione sviluppando una cultura organizzativa fondata sull’integrità ed attuando, nel contempo, il continuo monitoraggio (effettuato dapprima dal Responsabile dell’attuazione della misura e poi dal RPCT con la struttura di supporto) dell’effettiva attuazione e adeguatezza delle misure adottate, nonché la valutazione delle stesse sotto il profilo della efficacia con la misurazione periodica della funzionalità del sistema; ciò per individuare le modifiche necessarie e garantire il continuo miglioramento.

2.3.2 I SOGGETTI INTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza è pertanto fondato sul coinvolgimento, e la piena consapevolezza, di tutte le componenti aziendali circa gli obiettivi perseguiti e le misure di prevenzione adottate, sia in fase di individuazione che in quella di attuazione e monitoraggio. Particolare attenzione va pertanto prestata per assicurare la massima partecipazione, e collaborazione, dei Direttori e di tutto il personale coinvolto nel sistema delineato nella presente Sottosezione 2.3 al fine di garantire il supporto degli organi di indirizzo.

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

- il Direttore Generale quale Organo di indirizzo dell’Azienda;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e tutti i Dirigenti per l’area di rispettiva competenza;
- il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante;
- il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio;
- l’Organismo Indipendente di Valutazione;
- l’Ufficio Procedimenti Disciplinari, UPD;
- il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO);
- il Responsabile gestione delle liste di attesa;
- i Componenti del Servizio Ispettivo aziendale;
- i Dipendenti dell’Azienda e i Collaboratori a qualsiasi titolo dell’Azienda.

2.3.2.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- a) individua il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza ed il suo sostituto, per l’ipotesi di assenza temporanea, impegnandosi a tutelarne l’indipendenza;

- b) adotta il PIAO, i suoi aggiornamenti, ne dispone la pubblicazione sul sito aziendale e l'eventuale trasmissione alle autorità competenti ai sensi della normativa vigente;
- c) definisce e adotta gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza anche sulla base delle indicazioni della Regione Liguria;
- d) valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- e) tiene conto in sede di nomina del RPCT, e del sostituto per l'ipotesi di assenza temporanea, delle competenze e dell'autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni assegnate adoperandosi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo anche con adeguati percorsi formativi e di aggiornamento;
- f) crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento dell'attività garantendo poteri di impulso nonché le condizioni per l'operatività in assenza di condizionamenti nelle valutazioni, salvaguardando l'operatività del criterio di rotazione triennale della funzione, con una eventuale unica proroga ed avendo riguardo a non individuare il responsabile della predisposizione di altre sezioni del PIAO quale RPCT;
- g) assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane, strumentali, finanziarie e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- h) promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
- i) riceve la relazione predisposta dal RPCT e di cui all'art. 1 comma 14 della L. 190/2012.

Il Direttore Generale della ASL2, Dott. Michele Orlando, è stato nominato con D.G.R. n. 1368 del 27/12/2023.

2.3.2.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il RPCT è la figura che la normativa delinea per il coordinamento delle attività correlate alla prevenzione della corruzione: con Deliberazione n. 956 del 24/12/2024 è stata incaricata a far data dall'1/01/2025 l'Avv. Patrizia Satragno.

La nomina è stata comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione e pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale.

L'incarico di RPCT si configura come aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto, nel rispetto del limite temporale di tre anni per assicurare il rispetto del criterio di rotazione/alternanza nel ruolo.

Le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza possono essere revocate in ogni caso con provvedimento motivato da comunicarsi all'ANAC che, entro i successivi trenta giorni, può formulare, qualora ritenga la revoca correlata ad attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione, una richiesta di riesame.

Compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione:

- a) elaborare la proposta della Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
- b) curare la diffusione della conoscenza delle procedure di cui all'art. 54 bis D.Lgs 165/2001 e le disposizioni della L. 190/2012, in particolare quanto alla *"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"*;

- c) verificare l'idoneità e l'efficace attuazione della presente Sottosezione segnalando alla Direzione Generale e all'OIV eventuali disfunzioni e ricevendone riscontro unitamente a quello conseguente la relazione sui risultati svolti, ex art. 1 c. 14 L. 190/2012;
- d) vigilare sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- e) curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento, il monitoraggio della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale in raccordo con il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- f) individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi del valore pubblico, dell'etica pubblica e della legalità.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione trasmette alla Direzione Generale la relazione recante i risultati svolti, ai sensi dell'art. 1 c. 14 L. 190/2012, di cui cura la pubblicazione sul sito web, e riferisce inoltre sull'attività, qualora richiesto dal Direttore Generale.

Il RPCT nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri fattispecie che:

- possano presentare rilevanza disciplinare per mancata attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione: ne dà tempestiva informazione affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare;
- siano suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa: presenta tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale;
- possano assumere rilievo penale: le rappresenta alla competente Procura della Repubblica e ne dà tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Responsabile collabora con il Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza istituito presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali di Regione Liguria per l'uniforme applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e la trasparenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria e promuovere la cultura della legalità.

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali.

Per il caso di assenza temporanea non superiore a sei mesi, con Deliberazione del Direttore Generale viene individuato un sostituto: lo stesso deve impegnarsi a perseguire gli obiettivi, e gli obblighi, contenuti nella sezione di riferimento del PIAO nonché le indicazioni del RPCT titolare.

Per periodi superiori a sei mesi, viene nominato un nuovo Responsabile con adozione di formale atto di conferimento dell'incarico.

Compiti del Responsabile della trasparenza

Ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 il Responsabile della Trasparenza svolge un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nonché segnalando alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento.

Ai sensi del comma 4 del predetto art. 43, il Responsabile per la trasparenza di concerto con i Dirigenti Responsabili degli uffici dell'amministrazione *"...controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal presente decreto..."*.

2.3.2.3 I Referenti del RPCT ed i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

2.3.2.3 a) In considerazione del carattere complesso dell'organizzazione amministrativa e sanitaria di ASL2, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, il ruolo dei Dirigenti responsabili di Struttura Complessa, di Struttura Semplice e Semplice Dipartimentale è di fondamentale importanza per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano: i loro compiti in questo ambito si configurano come sostanziali alla funzione di direzione svolta e strettamente integrati con le competenze tecnici-gestionali.

I referenti della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sono pertanto i Direttori di Struttura complessa e i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, quali anelli di congiunzione tra il RPCT e l'Organizzazione Aziendale, che svolgono attività informativa e di segnalazione per evidenziare elementi, e riscontri, sull'intera Azienda ed operare un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e dai coordinatori preposti alle diverse Strutture: trattasi di interlocutori stabili del RPCT che lo supportano operativamente in tutte le fasi del processo.

Compiti

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione coordinano le attività di analisi delle singole strutture (mappatura dei processi), valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie strutture accertandosi che i compiti in materia di prevenzione della corruzione in capo ai dirigenti siano eseguite correttamente.

I referenti sono direttamente responsabili degli esiti del monitoraggio sul livello di adempimento delle attività, e misure, di competenza dei dirigenti sotto-ordinati previste nel PTPCT .

Al fine di assicurare, in modo diffuso, capillare e coordinato l'attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità i Referenti cooperano con il Responsabile della prevenzione della corruzione a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione ed concorrendo inoltre a:

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

Collaborano con il Responsabile della prevenzione della corruzione per:

- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, verificare l'efficace attuazione della Sottosezione 2.3 del PIAO e la sua idoneità, nonché a proporre la modifica quando, anche controllandone il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti, ne accertino significative violazioni/criticità, anomalie ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- attuare e monitorare l'effettiva attuazione della rotazione negli incarichi all'interno dei rispettivi Servizi cui sono preposti per le attività nel cui ambito è più elevato il rischio di fenomeni corruttivi;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi del valore pubblico, dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa promuovendo, all'interno della Struttura cui sono preposti, la diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole coinvolgendo tutti i dipendenti nella attuazione della strategia di contrasto e di prevenzione della corruzione.

Ai sensi dell'art. 6, comma 7, del codice di comportamento aziendale, approvato con Delibera n. 364 del 30.05.2025, ciascun Referente fornisce annualmente al RPCT il numero di casi di conflitto di interesse rilevati e le tipologie degli stessi.

2.3.2.3 b) Tutti i dirigenti dell'ASL2, compresi i Responsabili di Strutture, per l'area di rispettiva competenza, sono responsabili del rispetto degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento, della trasparenza e dell'attuazione della gestione del rischio interna al proprio Ufficio/Servizio e delle conseguenti misure di prevenzione specifiche.

In particolare, sono tenuti al raggiungimento degli obiettivi di performance, alla verifica in corso d'anno che le misure generali e specifiche facenti loro capo siano attuate nonché a:

- a) svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, del proprio Referente e dell'Autorità Giudiziaria, se necessario, circa le attività svolte in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con particolare riferimento agli esiti di monitoraggio;
- b) partecipare al processo di gestione del rischio;
- c) proporre le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione assumendo le conseguenti iniziative;
- e) tenere conto in sede di valutazione della performance del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- f) esercitare, se competenti ai sensi della delibera del Direttore Generale n. 364 del 30/05/2025, il potere disciplinare in qualità di Dirigente responsabile;
- g) osservare le misure contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;

- h) garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, con diretta responsabilità in caso di omissione o incompletezza dei dati;
- i) curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici.

2.3.2.4 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

Ciascuna Stazione Appaltante nomina il responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della medesima: trattasi di una misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione (PNA 2016).

Con Deliberazione n. 953 del 11/12/2023 è stato nominato, ex art. 33 ter, comma 1, D.L. 179/12- L. 221/12, l'Ing. Giulio Tagliafico, Direttore S.c. Patrimonio e Gestione Tecnica, designazione poi trasmessa all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) presso ANAC.

2.3.2.5 Antiriciclaggio-Il Gestore ed i Responsabili delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio

I dipendenti osservano le norme antiriciclaggio ai sensi del D.Lgs 231/2007 e delle disposizioni attuative approvate con Deliberazione n. 345 del 13/05/2021.

Con nota del Direttore Generale prot. n. 5084 del 20/01/2021 sono stati nominati:

- il Dott. Paolo Patetta quale *Gestore delegato a valutare* e trasmettere alla UIF le comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio;
- i Direttori delle SSCC Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP, Bilancio e contabilità, Provveditorato, Farmaceutica, Patrimonio e gestione tecnica, Sistemi informativi aziendali - S.I.A., Distretto sanitario Savonese, Bormide, Finalese, Albenganese, quali *Responsabili della segnalazione* per fornire supporto tecnico al Gestore per la valutazione delle operazioni sospette di riciclaggio oggetto di possibile comunicazione alla UIF.

Sulla base delle indicazioni e delle tempistiche fornite dal "Gestore" e con il supporto dei "Responsabili" il personale degli uffici rientranti nelle aree a rischio, ai sensi dell'art. 8 bis del codice di comportamento Aziendale, approvato con Delibera n. 364 del 30/05/2025:

- a) analizza e individua i processi idonei ad essere sottoposti a verifica antiriciclaggio;
- b) predispone e compila le griglie di controllo per accertare la presenza di eventuali indicatori di "anomalia";
- c) verifica le operazioni sospette segnalando quelle meritevoli di invio alla UIF.

Con la suddetta Deliberazione n. 345 del 13/05/2021 è stato altresì adottato il "*Regolamento aziendale disposizioni e procedure interne in materia di comunicazione e operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo*" in conformità alle linee guida definite da A.Li.Sa.

Il Gestore e i referenti operano in conformità alle previsioni dei Provvedimenti della Banca d'Italia – UIF 23/04/2018 "*Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni*".

2.3.2.6 Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione, definito nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale n. 341 del 29/05/2025, insieme agli altri organismi di controllo interno:

- a) fornisce supporto nell'individuazione e nella valutazione delle misure ulteriori nella fase del trattamento del rischio;
- b) fornisce supporto nelle attività di monitoraggio sul rispetto dei contenuti della sottosezione *“rischi corruttivi e trasparenza”* del PIAO da parte del RPCT;
- c) rende parere obbligatorio sul codice di comportamento interno;
- d) verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance, organizzativa e individuale, e il contenuto della sottosezione *“rischi corruttivi e trasparenza”* tenendo conto della loro attuazione nella misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa che individuale.

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

Tale documentazione è pubblicata sul sito aziendale nelle sezioni:

1. Amministrazione Trasparente> Personale > OIV (relativamente alla documentazione ex art. 14 lett. g) del D.lgs. n. 150/2009 e delle deliberazioni ANAC n. 1310/2016 e n. 294/2021)
2. Amministrazione Trasparente> Controlli e rilievi sull'amministrazione> Organismi di valutazione/nuclei di valutazione (relativamente alla relazione generale al 30 giugno ed alla griglia di rilevazione).

2.3.2.7 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 949 del 17/12/2018, e delle successive n. 538/2019, 390/2021, 1121/2021, 515/2022, 679/2022, 719/2022 nonché n. 468/2023 con la quale ultima è stato aggiornato il codice di comportamento; infine con Deliberazione del Direttore Generale n. 364 del 30/05/2025 sono stati approvati i regolamenti aziendali in materia di procedimenti disciplinari per la Dirigenza - area sanitaria e P.T.A. – Comparto e Medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta e medici specialisti ambulatoriali.

L'Ufficio collabora inoltre all'aggiornamento del Codice di comportamento ed alla redazione della Relazione annuale.

2.3.2.8 Il Responsabile aziendale Protezione Dati (RPD/DPO)

A seguito dell'entrata in vigore il 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 *“Relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ...”* è stato adeguato il codice in materia di protezione dei dati personali.

Con Deliberazione n. 743 del 18/09/2023 è stato nominato RPD aziendale l'Avv. Francesco Lotito.

2.3.2.9 Il Responsabile gestione delle liste di attesa

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

Straordinario prot. n. 240 del 28/10/2020. Nel 2022 è stata costituita la SSD Gestione liste d'attesa, con Deliberazione n. 1245 del 29/12/2022; in oggi il Dirigente responsabile è la Dott.ssa Adriana Brusa, nominata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 724 del 07/10/2025, stante l'intervenuto collocamento a riposo della Dott.ssa Anna Maria Amato.

2.3.2.10 I dipendenti dell'Azienda ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti partecipano al processo di gestione del rischio e sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione contenute nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, così come richiesto dalla L. 190/2012, art. 1 c. 14, ed in particolare:

- osservano le misure contenute nella presente sezione;
- segnalano al responsabile di Struttura eventuali situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza ai sensi dell'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001;
- rispettano le prescrizioni contenute e nel codice di comportamento di cui al DPR 62/2013 e nel Codice di comportamento Aziendale, approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 861 del 08/11/2023;

Inoltre, i dipendenti afferenti alle strutture a maggior rischio corruttivo:

- prestano la loro collaborazione al processo di gestione del rischio con compiti e mansioni assegnate dal proprio Dirigente;
- relazionano al proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali, nonché a qualsivoglia anomalia accertata, indicando per ciascun procedimento che ha comportato sforamento nei termini fissati le motivazioni, in fatto e in diritto, che giustificano il ritardo ai sensi dell'art. 3 della L. 241/1990 s.m.i.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate ed elencate nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza, devono essere rispettate da tutti i dipendenti, sia personale del comparto che dalla dirigenza, nonché dai collaboratori a qualsiasi titolo che sono tenuti a segnalare le situazioni di illecito: il loro coinvolgimento è decisivo per la qualità del piano e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e del perseguimento dei valori che sono alla base del Codice di comportamento al quale devono comunque attenersi.

2.3.3 I SOGGETTI ESTERNI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

a) I Collaboratori esterni: tutti i soggetti che a qualsiasi titolo, dai professionisti incaricati agli operatori economici, alle associazioni, organizzazioni, Onlus, comitati o altro, sono tenuti a rispettare i contenuti e della presente sezione e del codice di comportamento;

b) I portatori di interessi (Stakeholder): tutte le categorie interessate o direttamente coinvolte nelle attività aziendali quali i media, i tirocinanti, gli stagisti, le Associazioni di volontariato, le ONLUS, le Associazioni dei malati rappresentate nel Comitato Misto Consultivo, di cui al Regolamento approvato con Deliberazione n. 449 del 14/06/2018 ed alla Delibera n. 536 del 20/06/2023 –“*Protocollo di Intesa tra Asl2 e le associazioni di volontariato e tutela di cui all'elenco del Comitato misto consultivo*”, e con il quale comunica con modalità e canali permanenti;

c) il Gruppo di lavoro interaziendale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria: con Deliberazione Giunta Regionale n. 957 del 28/10/2021 è stato ridefinito il ruolo del Gruppo di Lavoro Interaziendale 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 dare applicazione uniforme alle direttive regionali in materia di prevenzione della corruzione in ambito sanitario e di rafforzare la collaborazione del gruppo 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 tutti gli Enti/Istituti del Sistema Sanitario Regionale, dal RPCT del IRCCS Ospedale Policlinico San Martino con funzioni di coordinamento strategico.

Con Decreto del Direttore Generale Area Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 03/07/2023 è stato altresì costituito un Tavolo di lavoro ristretto che prevede la partecipazione la partecipazione di ASL3, ASL4, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, E.O. Ospedali Galliera e IRCCS Giannina Gaslini al fine di rappresentare al meglio tutte le tipologie di Aziende/Enti Istituti del Sistema Sanitario Regionale di cui alla L. 41/2006. Il coordinamento del Tavolo è in capo al RPCT del IRCCS Ospedale Policlinico San Martino che riferisce al Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali.

2.3.4 GLI STRUMENTI DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

Al fine di rendere efficace l'intero sistema di prevenzione degli illeciti e dei fenomeni corruttivi occorre, come premesso, un pieno coinvolgimento di tutti i soggetti dell'amministrazione i quali mantengono, ciascuno un proprio livello di responsabilità in base ai compiti effettivamente svolti ed alle previsioni normative: Responsabili di tutte le articolazioni centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del RPCT; Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza; tutti i dirigenti, i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASL2.

Lo scambio informativo e le azioni facenti capo a ciascuno debbono attuarsi attraverso un sistema di circolare virtuoso focalizzato sulle specifiche caratteristiche organizzative e con livelli di approfondimento sempre più affinati, in analogia ai processi di gestione del rischio clinico e del *Risk management*.

Pertanto, il modello operativo è il seguente:

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

2.3.5 L'ANALISI DEL CONTESTO

Per avviare i processi di gestione del rischio occorre esaminare l'ambiente esterno in cui l'organizzazione opera, prendendo in considerazione sul territorio diversi contesti tra loro interconnessi: sociale, politico, economico, finanziario, competitivo, normativo e culturale.

Questi nel loro insieme costituiscono la base ove si consolida l'opinione e la percezione degli *stakeholder*.

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

2.3.5.1 Il contesto esterno

Aspetti generali (elaborazioni su dati Istat)

I dati relativi all'analisi demografica sono riportati nel presente documento al punto 1. "Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'ASL2" a pag. 9.

Per quanto riguarda invece l'analisi socioeconomica (occupazione, emigrazione dei giovani attivi, contrazione delle nascite, ecc.) e conseguentemente sanitaria (aumento delle fasce di età più bisognose di assistenza sociosanitaria), si richiama a quanto portato nel PIAO 2025-2027 Sez. 2.3.6.1 a pag. 74, 5° cpv (Sistema Sorveglianza PASSI).

Il complesso dei fattori evidenziati impatta sull'organizzazione, sui servizi e sulla programmazione delle azioni di prevenzione e cura della popolazione di riferimento.

L'area provinciale, di transito sia verso la Francia, che verso i Paesi del Mediterraneo a causa del suo sbocco sul mare, presenta criticità di viabilità dovute agli interventi di manutenzione stradale e autostradale che impattano sul traffico rendendo difficoltosi gli spostamenti anche per gli operatori dell'assistenza sanitaria territoriale.

Savona è poi una provincia che risente delle tensioni economiche che caratterizzano le aree industriali in crisi, con conseguente variazione del tasso di occupazione⁹ passato dal 64,2% del 2023 al 63,3% del 2024.

Le aree produttive industriali caratterizzate da crisi economico-sociali, cui conseguono fragilità dovute da mancanza di liquidità, di capitali, di lavoro e di reddito, sono quelle a maggior rischio di infiltrazioni malavitose volte al riciclaggio di denaro.

I reati di usura ed estorsione, pur non presentando una diffusione quantitativamente rilevante, tendono a manifestarsi sotto nuove forme con il coinvolgimento di Società finanziarie e professionisti in operazioni di concessioni di credito. Importante è l'attività del Fondo di solidarietà, che eroga contributi in favore degli operatori economici, commercianti, artigiani, liberi professionisti vittime di tali crimini. Più recentemente si è manifestato il fenomeno, crescente e insidioso, delle truffe informatiche.

A contrastare questi fenomeni la Prefettura di Savona ha provveduto, in ottemperanza alla normativa nazionale, a predisporre l'Elenco dei fornitori, prestatori di servizi ed esecutori di lavori non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa, operanti nei settori esposti maggiormente a

⁹ Indicatore statistico che misura l'incidenza degli occupati sul totale della popolazione. Si ottiene dal rapporto tra gli occupati tra i 15 e i 64 anni e la popolazione della stessa classe di età.

rischio (c.d. “White List”). Questo è strumento, oltre che utile al risparmio di tempi burocratici, d’elezione per la tutela dell’economia legale nei confronti delle infiltrazioni della criminalità organizzata.

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

[Deliberazione n. 914 del 14/12/2017 - Intesa per la legalità e la trasparenza degli appalti pubblici. Adesione - ASL2](#)

In relazione all’iscrizione nell’elenco dei fornitori, prestatori di servizi non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (white list) istituito presso la Prefettura di riferimento dell’operatore economico, ovvero all’avvenuta presentazione della relativa domanda di iscrizione, si è richiesta dichiarazione anche relativamente all’ultima procedura concessoria avviata giusta Delibera del Direttore Generale n. 460 del 01/07/2025.

Particolarità legata alla demografia della provincia risulta il numero delle c.d. “badanti”, impegnate nell’assistenza domiciliare dei pazienti anziani, cui occorre correlare il fenomeno del lavoro sommerso.

La Regione eroga infine contributi alle famiglie, in particolari condizioni, che si avvalgono di attività assistenziale regolare a domicilio a seguito di dimissione ospedaliera.

L’analisi socioeconomica e ambientale

RIEPILOGO FLUSSI MINISTERO DELLA SALUTE					
	anno	anno	anno	anno	anno
ASSISTIBILI	2020	2021	2022	2023	2024
Popolazione di età (0-14 anni)	25.660	25.133	24.570	23.783	23233
Popolazione di età (14-65 anni)	155.626	156.580	154.828	154.420	153440
Popolazione di età (65-75 anni)	34.866	34.390	33.952	33.912	34220
Popolazione di età (75 anni ed oltre)	43.438	43.926	43.542	43.572	43722
Totale	259.590	260.029	256.892	255.687	254615
	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Quota ESENTI per reddito su ASSISTIBILI</i>	29,28%	29,87%	27,86%	25,36%	24,86%
ESENZIONI	2020	2021	2022	2023	2024
Numero di esenzioni per reddito	27.019	26.948	26.924	21.876	21909
AUTOCERTIFICATE					
Numero di esenzioni per reddito MEF	55.500	58.107	50.890	49.509	48242
Numero di ESENTI per reddito	76.017	77.673	71.578	64.851	63308
Numero di esenzioni per altri motivi	109.086	110.003	110.048	111.047	112141

Tabella 6: Fonte: Elaborazione ASL2 su Anagrafe Sanitaria della Regione Liguria FLS11

L'ASL2 quindi, come possibile evincere dal quadro sopra descritto, eroga le proprie prestazioni ad una popolazione in prevalenza di età matura con la presenza di anziani portatori di vari livelli di disabilità/non autosufficienza spesso privi del supporto familiare. Si registra anche un significativo numero di esenzioni ticket, con conseguente riduzione della compartecipazione alla spesa sanitaria, sia per età anagrafica (cui si associano anche le patologie croniche) che per condizione economica, con conseguenti riflessi sul bilancio in termini di flussi di cassa.

Dal Modello FLS11 (debito informativo verso il Ministero della Salute)¹⁰ riferito agli anni 2019-2023 si evince che il 28,19% della popolazione assistibile ha goduto di esenzione per reddito (al netto delle esenzioni per patologia) nel periodo di osservazione.

Questo dato, approssimativamente complementare nel suo andamento al tasso di occupazione sopra rilevato¹¹, conferma le criticità socioeconomiche del territorio con conseguenti livelli bassi livelli di reddito dovuti a sottoccupazione¹¹, inoccupazione¹², disoccupazione¹³ e possibili implicazioni sull'accesso alle cure, sul possibile peggioramento dello stato di salute della cittadinanza anche in termini di attività di prevenzione.

Si evidenzia che, in correlazione con i controlli svolti dal MEF¹⁴ sulle autocertificazioni presentate dai cittadini dell'ambito territoriale di L'ASL2, è costante l'attività volta al recupero dei ticket non pagati da utenti che hanno fruito di prestazioni in regime di esenzione senza averne diritto.

L'assetto dell'economia provinciale è basato:

a) sul porto di Savona-Vado Ligure (Autorità di Sistema portuale del Mar Ligure Occidentale)¹⁵ costituito da:

- sede di Savona:
 - terminal – rinfuse varie,
 - stazione marittima passeggeri terminal crociere Costa (fino a quattro navi da crociera in contemporanea) e terminal traghetti per la Spagna ed il Marocco,
- sede di Vado Ligure:
 - terminal della frutta e del caffè più importante del Mediterraneo,
 - terminal traghetti per la Corsica e la Sardegna,
 - terminal di prodotti petroliferi per le industrie costiere e le raffinerie dell'entroterra,
 - terminal container all'avanguardia nel Mediterraneo per sviluppo tecnologico (Vado Gateway),

b) sul turismo della c.d. *Riviera delle Palme*,

c) sull'agricoltura anche con colture di nicchia soprattutto nell'area provinciale di Ponente,

d) sull'industria più concentrata nell'area savonese e delle Bormide (vetrerie) e sull'edilizia.

¹⁰ Modello FLS. 11 "Dati di Struttura e di Organizzazione della Unità Sanitaria Locale". Con il modello sono rilevati i dati di Struttura e Organizzativi della ASL al 1° gennaio di ciascun anno, tra questi il numero di assistibili per fasce d'età e il numero di assistiti esenti.

¹¹ Individui che dichiarano di avere lavorato, indipendentemente dalla propria volontà, meno ore di quelle che avrebbero voluto e potuto fare.

¹² Condizione di chi non ha ancora un'occupazione e ne è in cerca per la prima volta, prevalentemente i giovani.

¹³ Condizione di chi è rimasto senza lavoro per cause che non dipendono dalla sua volontà, non ha un'altra attività retribuita ed è alla ricerca di un nuovo lavoro.

¹⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze.

¹⁵ Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale: Vado Ligure, Savona, Prà, Genova

Il turismo in particolare è attivo tutto l'anno, con flussi sia dalle regioni italiane che dall'estero, e rappresenta una importante risorsa nell'economia locale. Ancora negli ultimi anni il turismo risulta in forte espansione riportandosi a livelli superiori al periodo pre-pandemico.

Tuttavia, tale fenomeno, unitamente al flusso di persone in transito nei nostri porti, si riflette sulla domanda di assistenza, in particolare nei Pronti Soccorso, con criticità sulla organizzazione già stressata dalla carenza sistemica di medici ed in particolare di specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza.

La crisi occupazionale del settore industriale in cui versano alcune aree del territorio è poi fattore di rischio relativamente a situazioni legate alla depressione, e ai suicidi, che sono oggetto di monitoraggio da parte del Dipartimento salute mentale e dipendenze.

Tali considerazioni assumono rilievo per fronteggiare le richieste assistenziali che richiedono misure adeguate in tutte le condizioni e in tutti i periodi dell'anno.

La presenza sul territorio provinciale di strutture sanitarie private accreditate, soprattutto per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, continua ad essere piuttosto marginale se paragonata alla situazione delle regioni limitrofe.

Il contesto sanitario e profilo sanitario

Il Contesto sanitario, come si evince dall'ultimo documento Report PASSI ASL2 disponibile (2015/2016 - Sistema di Sorveglianza Nazionale) sembra riflettere in parte i dati statistico-demografici ed economico-sociali esposti in precedenza.

Nella popolazione residente sul territorio dell'ASL2:

- 2 soggetti su 5 presentano l'eccesso di peso,
- circa 1 su 10 è obeso,
- solo 1 su 10 consuma almeno 5 porzioni di frutta/verdura consigliate,
- solo 1 su 3 è fisicamente attivo
- 3 persone su 10 sono sedentarie e fra queste,
 - 3 su 10 sono fumatori,
 - 3 su 10 sono in sovrappeso,
 - 4 su 10 sono portatori di diverse patologie (per esempio, ipertensione arteriosa, depressione),
- l'eccesso ponderale e la sedentarietà prevalgono nei maschi, di 50-69 anni, con istruzione media ed economicamente svantaggiati,
- i fumatori rappresentano ¼ della popolazione, tra questi 1 su 4 fuma almeno 19 sigarette al giorno (forte fumatore),
- l'abitudine al fumo prevale nei giovani (18-24 anni) di sesso maschile, con istruzione media e molti problemi economici
- l'alcool è consumato, in generale, da 2/3 della popolazione e
 - almeno 2 soggetti su 10 sono consumatori a maggior rischio,
 - il consumo di alcool a maggior rischio prevale nei giovani fra i 18 e 34 anni, di sesso maschile, con istruzione media-superiore e molte difficoltà economiche,
- il Disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder*) prevale nei giovani (18-34 anni) maschi, più istruiti e senza particolari difficoltà economiche.

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

A grandi linee, come risulta dal documento richiamato, la maggior parte dei valori riportati sono vicini alle medie regionali ed a quelle nazionali ad eccezione della percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio (22%), che supera sia la media nazionale sia quella regionale (17-18%).

Il piano di organizzazione si inserisce in questo contesto di riferimento che indirizza e "vincola" i margini di manovra e le possibilità di sviluppo dell'ASL2.

Il Servizio Sanitario Regionale in tutte le sue articolazioni è tenuto a dare risposte operative rispetto al quadro epidemiologico, al contesto socio-economico e finanziario tenendo conto della sostenibilità del sistema; ciò a fronte della situazione sopra descritta caratterizzata da una sempre crescente richiesta assistenziale, sia territoriale che ospedaliera, conseguente all'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle cronicità, delle fragilità e delle disabilità. A ciò si aggiunge la necessità di adeguare gli investimenti per l'assistenza ospedaliera e territoriale allo sviluppo delle tecnologie e delle terapie.

Il Profilo di salute della popolazione residente, elaborato dalla Regione Liguria, e disponibile sul portale "Liguria Salute.", delinea le caratteristiche epidemiologiche della popolazione insistente sul territorio ligure dove si colloca la situazione dell'ASL2.

Si rimanda al link di seguito portato:

https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1071&Itemid=455.

2.3.5.2 Il contesto interno

Al fine di dettagliare i contenuti relativi al contesto interno, si rimanda all'allegata Relazione del Bilancio Consuntivo [pubblicata sul sito aziendale www.asl2.liguria.it nella sezione Amministrazione trasparente > Bilancio]¹⁶ nella quale vengono esposti in maniera dettagliata i dati e le informazioni inerenti:

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

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

¹⁶ <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/bilanci.html?view=default>

Ulteriore problema di carattere nazionale è la difficoltà, che incide sulla capacità di risposta sanitaria tanto territoriale che ospedaliera, di reperire personale medico con inevitabili ripercussioni anche sulla gestione delle liste di attesa e conseguenti riflessi sul fenomeno delle c.d. “fughe” verso le altre regioni, spesso confinanti.

A tal fine, sulla scorta dei RAO¹⁷ nazionali e delle direttive fornite da A.Li.Sa., nel 2019 è stato deliberato il PRGLA per il triennio 2019-2021 con la costituzione di un Team e di un Responsabile aziendale delle liste e delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali a garanzia della correttezza nelle risposte ai cittadini.

L'ASL2 ha adottato con Deliberazione n. 833 del 12/11/2019 il proprio programma attuativo individuando altresì, con nota del Commissario Straordinario prot. n. 240 del 28/10/2020, un *“Responsabile gestione delle liste di attesa”*.

Nel 2022 è stata costituita, nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie, la S.S.D. Gestione liste d'attesa e da ultimo, con Deliberazione 724 del 07/10/2025, è stato individuato il nuovo dirigente responsabile nella Dott.ssa Adriana Brusa.

Si è poi attivato un numero verde utile a raccogliere le segnalazioni dei cittadini che tramite i canali di prenotazione CUP non abbiano avuto la prestazione nei tempi previsti dal codice di priorità assegnato.

Le rilevazioni dei Tempi minimi di attesa giornalieri e l'elenco delle specialità e degli esami prenotabili in ASL 2 secondo il PRLGA, che ha recepito in Liguria il PNGLA sono reperibili al seguente link <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa.html>

Come sopra evidenziato, le condizioni di contesto hanno determinato l'incremento del numero di soggetti “fragili” necessitanti di implementazione dei percorsi di collegamento/integrazione tra ospedale e territorio.

A tal proposito, nell'ambito dei traguardi previsti nella Missione 6 salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rendere più efficace il SSN, fin dal 2022 il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha approvato il DM 77/2022: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*.

L'ASL2, in ordine all'attuazione del PNRR, ha predisposto i seguenti interventi

- M6C1 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- M6C1 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di livello I e II);
- M6C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - sub investimenti (COT, Interconnessione Aziendale, Device);
- M6C1 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura: Centrali Operative territoriali (Device, Interconnessione aziendale);

¹⁷ *Raggruppamenti di Attesa Omogenea*: rappresenta un modello di lavoro basato sulle priorità cliniche come sistema di governo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per ASL e Aziende erogatrici; definisce, con il coinvolgimento dei medici delle cure primarie [Medici di Medicina Generale (MMG) / Pediatri di Libera Scelta (PLS)] e delle cure secondarie (specialisti ospedalieri e convenzionati), le parole chiave cliniche e i corrispondenti limiti massimi di attesa attribuita al paziente in lista per ciascun gruppo omogeneo di priorità clinica. Vedi anche: <https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=819:applicazione-diffusa-priorita-cliniche-prestazioni-specialistiche&catid=100>.

- M6C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità;
- M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature, nuovi progetti e FSC);
- M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile;
- M6C2 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - sub investimento (Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale);
- M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

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

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

La rilevazione e misurazione della qualità percepita dagli utenti è un fattore critico di miglioramento continuo (*kaizen*¹⁸) delle performance delle attività erogate.

L'ASL2 assicura e programma la rilevazione della soddisfazione della qualità percepita (*customer satisfaction*) del cliente/utente, esterno e interno, in tutte le Strutture²¹, soddisfacendo da un lato i requisiti di Accredimento istituzionale e dall'altro la norma UNI EN ISO 9001:2015 grazie al Sistema Gestione Qualità aziendale; infatti la misurazione della qualità dei servizi costituisce un sistema di monitoraggio fondamentale e strategico per le amministrazioni pubbliche, consentendo

¹⁸ "Kaizen significa miglioramento. Più precisamente, significa miglioramento continuo nella vita personale, familiare, sociale e lavorativa. Quando applicato ai luoghi di lavoro, *Kaizen* significa migliorare continuamente coinvolgendo chiunque - manager e operatori allo stesso modo." Masaaki Imai, fondatore di Kaizen Institute. ²¹vedi il punto 6 del PNA 2022

la misurazione del livello di efficienza ed efficacia di un servizio come percepito dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione e di miglioramento delle performance.

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

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

Nel 2019 la Direzione ha individuato un Gruppo di Lavoro, che coinvolge personale della S.C. Qualità, Accreditamento e Rischio clinico, S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e U.R.P., S.C. Sistemi informativi Aziendali - SIA, S.S.D. Psicologia Clinica, il quale ha elaborato il *Piano triennale delle indagini conoscitive 2025-2027* con l'obiettivo di coordinare, gestire e monitorare l'attività di rilevazione della soddisfazione dell'utenza con il coinvolgimento di tutte le Strutture.

Come previsto dal Piano, il Gruppo di Lavoro contatta le Strutture e concorda tempistiche, durata, attuazione, contenuti del questionario e definizione del campione da sottoporre ad indagine fornendo le risultanze, in occasione del Verbale del Riesame, utili ad apportare modifiche al Sistema di Gestione.

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

- nel 2025 n. 7 Strutture per l'Area Sanitaria e n. 1 Struttura per l'Area Amministrativa.

Per il biennio 2026-2027 il Piano prevede il coinvolgimento nella rilevazione:

- nel 2026 n. 6 Strutture per l'Area sanitaria e n. 3 Strutture per l'Area Amministrativa;
- nel 2027 n. 3 Strutture per l'Area sanitaria e n. 2 Strutture per l'Area Amministrativa.

Le risorse umane

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

L'ASL2 dispone nel 2025 d'un totale di n. 4.561 unità di personale dipendente e convenzionato inquadrato nei diversi ruoli - sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo - e nelle diverse categorie, profili professionali e discipline.

Tra il personale convenzionato che opera nel territorio si contano n. 155 Medici di Medicina Generale e n. 23 Pediatri di Libera Scelta.

Tuttavia, l'insieme del personale sanitario convenzionato e dedicato al territorio mostra comunque una tendenza decrescente dal 2018 al 2025. Ciò appare in distonia con le esigenze strutturali descritte nelle pagine precedenti derivanti dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente nella provincia di Savona.

Sono inoltre presenti nell'ambito provinciale savonese n. 120 Farmacie convenzionate tra pubbliche e private, di cui n. 110 effettuano servizio di prenotazione (CUP) per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici) e dove è inoltre possibile effettuare il pagamento del ticket¹⁹ se dovuto, nonché il servizio di Anagrafe Sanitaria.

¹⁹ compartecipazione alla spesa sanitaria

Personale Convenzionato ASL2

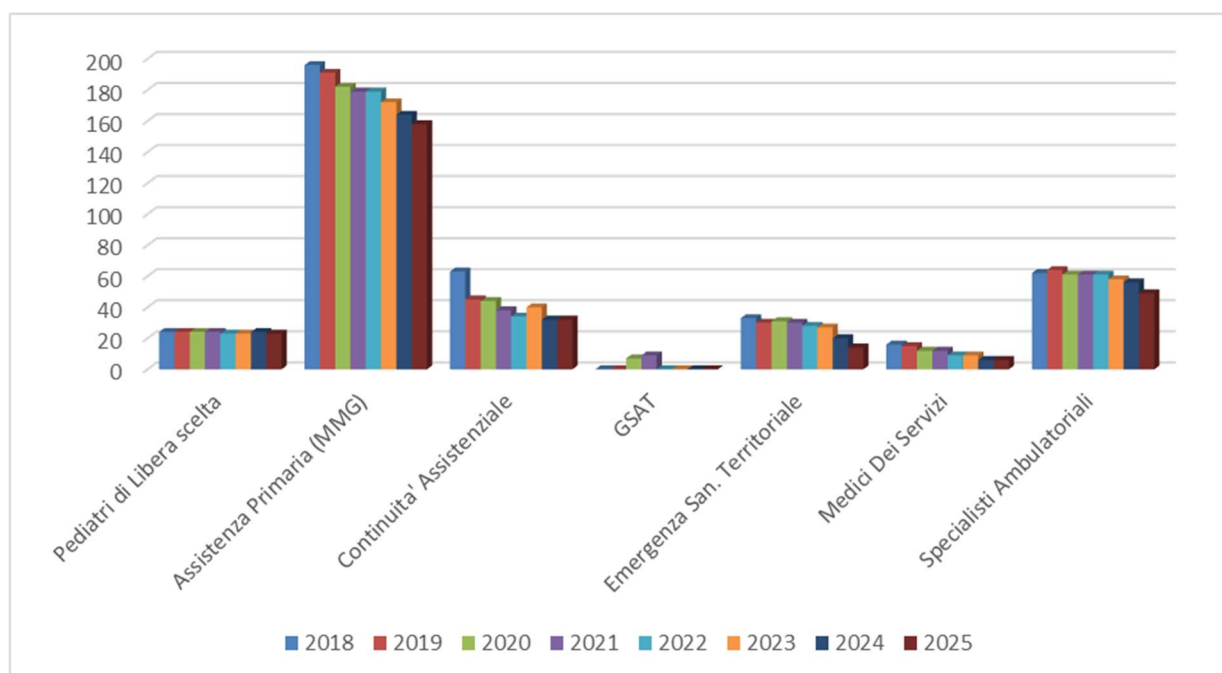


Figura 7

Le Associazioni di volontariato e tutela

Uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è fare emergere le fattispecie di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi potenzialmente non accertabili. A tal fine l'ASL2 promuove il coinvolgimento dell'utenza e favorisce l'ascolto della cittadinanza, anche mediante azioni di sensibilizzazione volte a creare dialogo con l'esterno e implementare il rapporto di fiducia.

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

Con Deliberazione n. 536 del 20/06/2023 sono stati rinnovati i Protocolli di Intesa con le Associazioni facenti parte del Comitato Misto Consultivo che, indipendentemente dalla data di sottoscrizione, hanno validità di cinque anni a partire dal 01/07/2023.

Per l'annualità 2025 sono in corso le indagini annuali di *Customer Satisfaction* i cui risultati, rinvenibili al link sottostante, consentono di pianificare azioni correttive e di miglioramento ritenute prioritarie (cfr. capoverso successivo "Il report dell'URP"). A questo riguardo il ruolo svolto delle associazioni di volontariato consente di ampliare i canali di ascolto conducendo indagini che le coinvolgano direttamente²⁰

²⁰ Vedi il punto 5.3 del PNA 2022

Link: <https://www.asl2.liguria.it/area/carta-dei-servizi-e-indagini-di-soddisfazione/rilevazione-soddisfazione-utenti.html>

Nell'ambito della rilevazione della Customer Satisfaction rivolta ai c.d. "clienti interni" prevista anche dal Sistema di Gestione e Qualità cui aderisce ASL2 la S.C. Centro di Controllo Direzionale ha inoltrato questionario relativo alla verifica dei Servizi nonché al miglioramento qualitativo (nota prot. n. 111858 del 10/11/2025).

Con deliberazione n. 165 del 14/03/2025 è stato approvato il Regolamento di Pubblica Tutela dell'ASL2 allo scopo di verificare l'adeguatezza delle prestazioni offerte e migliorarne gli standard qualitativi avvalendosi della Commissione Mista Conciliativa (composta in modo paritetico da due componenti delle Associazioni di volontariato e di tutela e da due operatori di ASL2) e prevedendo la possibilità di presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami a seguito di disservizi o potenziali limitazioni in ordine alla fruibilità dei servizi anche tramite associazioni di volontariato o tutela.

Ai sensi delle previsioni Regolamentari ed in particolare dell'art. 10 rubricato "*Commissione Mista Conciliativa*" quest'ultimo soggetto, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ha la funzione di cooperare alla corretta informazione del cittadino, di coadiuvare l'ASL2 nella gestione dei conflitti su aspetti relazionali e di facilitare un percorso di cittadinanza attiva con la finalità di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria.

Con deliberazione n. 296 del 08/05/2025 sono stati individuati i componenti della Commissione Mista Conciliativa per la durata di cinque anni.

Con nota prot. n. 98923 del 07/10/2025 è stato altresì pubblicato sul sito aziendale un "Avviso agli stakeholder", come raccomandato da ANAC, per sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione (anche quale contributo per individuare le priorità di intervento) della Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il report dell'URP

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

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

- reclami*: qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti che attiva un percorso formale di valutazione, un eventuale percorso di mediazione; si chiude con una risposta scritta al cittadino;
- encomi*: segnalazione di soddisfazione del cittadino/utente al soggetto erogatore del servizio presentata formalmente e quindi inoltrata alla struttura interessata; si chiude con una nota di ringraziamento al cittadino
- suggerimenti*

Anno	2021		2022		2023		2024		2025 stima	
Ambito	Reclami	Encomi	Reclami	Encomi	Reclami	Encomi	Reclami	Encomi	Reclami	Encomi
Presidi Ospedalieri	111	129	83	92	154	132	165	200	215	229
Area Territoriale	131	56	61	29	187	46	116	47	185	36
Totale	242	185	147	123	341	178	281	247	400	265

Tabella 7

Nella tabella sopra sono riportati il numero di reclami ed encomi rilevati dall'URP dal 2021 al 2025 distinta per Presidi Ospedalieri ed Area territoriale.

I dati sono disponibili accedendo al seguente link:

<https://www.asl2.liguria.it/urp/segnalazione-reclami/report-reclami-ed-encomi.html>

2.3.6 LE MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE

2.3.6.1 La trasparenza

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

Il D.Lgs. 97/2016 è intervenuto a rafforzare la trasparenza amministrativa con l'introduzione, da un lato, di forme diffuse di controllo da parte dei cittadini adeguate anche agli standard europei e, dall'altro lato, con l'adozione di misure che consentono una più efficace azione di contrasto alle condotte illecite nelle pubbliche amministrazioni.

Il testo normativo apporta significative modifiche al D.Lgs. n. 33/2013 con l'obiettivo di ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e degli strumenti in materia di trasparenza, prevedendo misure organizzative per la pubblicazione di informazioni nonché per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, razionalizzando, e precisando, gli obblighi nonché individuando i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per le ipotesi di violazioni.

Inoltre, è stata introdotta una nuova forma di accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti pubblici equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni (*common law*²¹) è definita *Freedom of information act* (Foia)²⁵. Questa forma di accesso, innovativo per il nostro ordinamento, prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, possa

²¹ Sistema giuridico dei paesi anglosassoni. La formazione del diritto ha origine prevalentemente dalle decisioni del giudice e dalle sentenze del sistema giudiziario anziché da norme giuridiche generali e da codici.

²⁵ Vedi: <https://www.foia.gov.it/foia/>

accedere a tutti i dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di limiti tassativamente indicati dalla legge.

ANAC con Determinazione n. 1309/2016 ha adottato le «*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso civico di cui all'Art. 5 comma 2, del D.Lgs. 33/2013*» nonché, con Determinazione n. 1310/2016, le «*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016*».

Quest'ultimo atto ufficializza altresì l'elenco degli adempimenti da attuare sulla base del quale l'ASL2 ha a sua volta individuato gli obblighi di comunicazione/pubblicazione in capo ai singoli uffici con la previsione delle responsabilità in capo ai Dirigenti - così schema contenuto nell'All.to Unico alla presente sottosezione 2.3.

Quanto agli adempimenti in materia di dati reddituali e patrimoniali dei titolari di incarichi dirigenziali si rammenta che il TAR Lazio, con Sentenza n. 12288 del 20/11/2020, ha annullato la Delibera ANAC n. 586/2019 ad oggetto: «*Integrazioni e modifiche della Delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, comma 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019*».

Sul punto, ai sensi del D.lgs. n. 162/2019, c.d. «*Milleproroghe*», entro il 30/04/2021 si sarebbe dovuto adottare il regolamento ministeriale inerente alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1 lett. f), del D.lgs 33/2013. Ad oggi detto regolamento non è ancora stato emanato, ed essendo scaduto il termine di sospensione delle sanzioni stabilito da ANAC, in accordo con il Gruppo Regionale RPCT, si è rivalutata l'applicabilità delle disposizioni sulla pubblicazione dei dati economico patrimoniali dei dirigenti delle aziende e degli Enti degli SSR alla luce delle indicazioni fornite da Alisa con nota prot. n. 2005 del 15/07/2020. In detto documento si è prevista, ai sensi dell'art. 13 comma 3 del D.P.R. 62/2013, la sola acquisizione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti nuovi assunti - stabilendo di sospendere l'applicazione del precitato art. 14 lett. f) D.Lgs 33/2013.

Con una recente sentenza sul punto il Cons. Stato, Sez. V n. 267-15/01/2025 n. 267, ha ribadito che la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/19, sopra citata, non ha ritenuto illegittima la previsione dell'obbligo di comunicare la situazione reddituale del dirigente limitandosi a ritenere illegittima l'imposizione dell'obbligo di pubblicazione indiscriminata dei dati reddituali e patrimoniali per tutti i titolari di incarichi dirigenziali: la dichiarazione deve essere presentata non solo all'atto dell'assunzione ma deve essere rinnovata di anno in anno e ricomprendere anche i redditi percepiti da altre amministrazioni o da privati la cui conoscenza è funzionale allo scopo perseguito dalla norma che impone gli obblighi dichiarativi e di pubblicazione ossia (come precisato nella sentenza della Corte Costituzionale) il contrasto alla corruzione nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Sul punto è intervenuta anche ANAC con parere Fasc. n. 3938/ 2025 del 22.10.2025.

Da ultimo, pertanto la Struttura Aziendale deputata ha pubblicato sulla intranet aziendale, e trasmesso a tutto il personale dirigente di ASL2, le note prot. n. 60401/2025 e prot. n. 44050/2025. In riferimento alla questione dell'obbligo tempestivo di pubblicazione e aggiornamento di documenti informazioni e dati (ex art. 8, D.Lgs. n. 33/2013), con nota prot. n. 62727 del 30 giugno 2021 il RPCT, sulla base Delibera ANAC n. 1074/2018 - pag. 151, ha indicato per la"

pubblicazione/aggiornamento di documenti, informazioni e dati, tempestiva” il termine di quarantacinque giorni dalla disponibilità definitiva degli stessi, salvo differenti previsioni di legge. Relativamente all’esercizio del diritto di accesso, il 5 giugno 2020 è stato adottato, con Deliberazione n. 354, il Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi e per il diritto di accesso civico a dati, informazioni e documenti prodotti e detenuti da ASL 2 utile a dare corretta attuazione al principio di trasparenza evitando comportamenti disomogenei tra le Strutture Aziendali.

La Deliberazione suddetta ed il Registro degli accessi civici e civici generalizzati sono reperibili sul sito aziendale seguendo il percorso seguente: Home>URP> Accesso agli atti.

Ai sensi dell’art. 5, comma 7 del D.Lgs. 33/2013, nel corso del 2025 è stata altresì esaminata dal RPCT l’istanza di riesame presentata rispetto ad un accesso civico generalizzato su “dati” con riscontro fornito con prot. n. 79016 del 07.08.2025.

In merito alle previsioni del D. Lgs n. 33/2013, artt. 8 e 14, contemplanti l’obbligo di pubblicazione tempestiva dei *curriculum vitae* dei dirigenti e degli incaricati di funzione l’ASL2 ha attivato un sistema informatico di acquisizione continua dei *curriculum vitae*, e dei loro aggiornamenti, con un modulo da compilare sul portale Intranet aziendale a cura dei dipendenti interessati responsabili dell’adempimento tempestivo. L’adempimento viene monitorato dalla Struttura competente con avvisi pubblicati sulla intranet aziendale (da ultimo avviso prot. n. 114705 del 17.11.2025).

Per quanto al presente paragrafo si rimanda altresì all’elenco degli obblighi di pubblicazione, All.to alla presente sottosezione, aggiornato secondo le indicazioni ANAC - PNA 2022 e ss.mm.ii; detti obblighi sono oggetto di monitoraggio in itinere giusta nota prot. n. 106193/2025.

2.3.6.2 La tracciabilità dei procedimenti

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

- a) la *dematerializzazione dei flussi amministrativi*;
- b) la *semplificazione dei flussi documentali*;
- c) la *standardizzazione di tipologie di provvedimenti*;
- d) la *trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi*.

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

L’ASL2 gestisce informaticamente con apposite procedure:

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

2.3.6.3 Il Codice di comportamento

L’Art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall’art. 1 comma 44 della L. 190/2012, dispone che ciascuna P.A. adotti un proprio codice di comportamento, che integri e specifichi il

Codice di comportamento generale, cui al D.P.R. n. 62/2013, “...al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico...”.

L’ASL2 ha adottato l’aggiornamento del proprio Codice di Comportamento Aziendale con Deliberazione del Commissario straordinario n. 861 del 08/11/2023 recependo:

- l’art. 4 del D.L. 36/2022, convertito con modificazioni dalla L. 79/2022 ed il conseguente D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81;
- la Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020;
- il modello del Codice di Comportamento da adottare nelle aziende del Servizio Sanitario Regionale redatto dal “Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali” adottato con Deliberazione n. 1144 del 30/12/2021 (PTPCT 2022-2024).

Il personale dell’ASL2 è stato informato tramite pubblicazione nel sito aziendale sezione Amministrazione trasparente e con avvisi in evidenza sulla intranet aziendale.

Il Direttore della S.C. Gestione risorse umane e medicina convenzionata e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP, per le rispettive competenze, sono tenuti ad acquisire la dichiarazione di presa visione del Codice disciplinare, del Codice di Comportamento e degli obblighi sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione contenuti nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO inserendo l’impegno nei contratti del personale dipendente o con contratto libero-professionale.

Quanto all’attività svolta nel corso del 2025 dall’UPD: sono stati conclusi n. 11 procedimenti dei quali n. 7 hanno dato luogo all’applicazione di sanzioni disciplinari, n. 3 sono esitati in archiviazioni, mentre n. 1 procedimento disciplinare pendente e sospeso, in attesa della definizione del giudizio penale, è stato chiuso stante la cessazione dal servizio del dipendente per raggiunti limiti di età in carenza dei presupposti per il riavvio.

sanzione applicata	2021	2022	2023	2024	2025
rimprovero scritto	1	5	2	3	1
sospensione dal servizio	5	6	1	2	3
sanzione non conservativa	-	1	-		
sanzione pecuniaria	-	11	4	1	2
licenziamento s.p.	-	-	1	2	1
archiviazione	-	2	5		4

archiviazione ²²	-	6	3	3	-
provvedimenti disciplinari					
categoria	2021	2022	2023	2024	2025
dirigenza	1	6	6	4	-
comparto	5	25	10	7	9
Medici di Medicina Generale	-	-	-	-	2

Tabella 8

Le principali violazioni oggetto dei sopra portati procedimenti hanno riguardato comportamenti non corretti:

- per l'inosservanza di norme o disposizioni previste dal C.C.N.L. e dai Codici di comportamento;
- nei confronti dell'ASL2;
- nel rapporto con superiori, colleghi, terzi.

Le sanzioni irrogate più frequentemente sono state la "sanzione pecuniaria" e la "sospensione dal servizio con privazione della retribuzione".

Tanto premesso, dalla rilevazione sopra riportata, è risultato che le fattispecie si sono ridotte, tornando in linea con le rilevazioni di anni precedenti.

Si evidenzia nuovamente l'importanza di promuovere la formazione così da diffondere principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati in relazione agli obblighi previsti dai CC.NN.LL, dagli AA.CC.NN nonché dal Codice di Comportamento, come integrato dal Codice Aziendale di cui alla Deliberazione A.S.L. 2 n. 364 del 30/05/2025.

In proposito, nel corso del 2025 è stato attivato il corso "*codice di comportamento Aziendale ASL2*" il cui monitoraggio sulla fruizione da parte del personale dipendente al 31.10.2025 ha evidenziando una partecipazione di 2.400 unità, su 4.020 iscritti alla formazione a distanza, come da nota S.C. Formazione Innovazione e Sviluppo Professionale e dei Processi Assistenziali prot. n. 109946 del 04/11/2025.

2.3.6.4 La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La rotazione del personale in servizio nelle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta uno degli strumenti di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio dell'instaurarsi di relazioni particolari tra amministrazioni, utenti e soprattutto controparti contrattuali, nonché il consolidarsi di situazioni di privilegio. Trattasi di una misura introdotta dall'art. 1, co. 5 lett. b), della L. 190/2012 (*rotazione ordinaria*) prevista altresì nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente.

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

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali, in riferimento alle funzioni, e da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. In tale

²² Connessa a precedente procedimento penale

prospettiva l'ASL2 cura la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne.

Il PNA 2019 ne ha ribadito l'importanza evidenziando la necessità di attuare un'adeguata programmazione della disciplina della rotazione e dei criteri di applicazione della stessa.

In considerazione poi delle situazioni di cosiddetta infungibilità, derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento, si ravvisano ipotesi in cui la legge stabilisce espressamente specifiche qualifiche professionali, correlate alle funzioni svolte dagli uffici, che devono possedere coloro che ivi prestano attività lavorativa; ciò di norma avviene allorché lo svolgimento di una prestazione sia direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e/o all'iscrizione nel relativo albo.

Con specifico riferimento agli incarichi dirigenziali, la presente Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza intende evidenziare la particolare situazione contingente dell'ASL2, soprattutto con riferimento alla Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale, il cui numero di Dirigenti in organico pone in seria difficoltà l'attuazione di meccanismi puri di rotazione; ciò anche in relazione agli effetti derivanti dai collocamenti a riposo del biennio precedente, e dell'anno in corso, che hanno determinato una *rotazione ordinaria* di fatto mentre non risultano, al momento, casi di *rotazione straordinaria*.

La misura della rotazione è stata oggetto di studio e approfondimento da parte del Gruppo di lavoro regionale RPCT e sono apparse subito evidenti le problematiche correlate alla sua effettiva attuazione. Occorre quindi pianificare attentamente l'intervento ed operare con criteri di gradualità accompagnandone l'attuazione con attività di formazione specialistica e di affiancamento. Si suggerisce quindi di effettuare una preventiva identificazione delle strutture e degli uffici maggiormente esposti a rischio corruzione destinatari delle procedure di rotazione e, qualora motivatamente lo strumento appaia di difficile attuazione, di ipotizzare misure di prevenzione compensative quali: la formazione sulla prevenzione della corruzione, la trasparenza, la segregazione delle funzioni ovvero altre misure da attuare possibilmente in modo uniforme a livello regionale nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, mutuando le indicazioni del PNA 2019 che individua la formazione quale misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione si è dato corso ad una attività formativa in materia di prevenzione della corruzione che costituisca fondamento delle azioni specifiche. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può infatti contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari di instaurare un processo di pianificazione per rendere fungibili le competenze così da porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata un'organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di un processo con un altro operatore che possa, nel tempo, sostituirlo. Parimenti dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni avendo riguardo a favorire la trasparenza interna delle attività posto che aumentando la condivisione delle conoscenze professionali si favorisce la circolarità del personale.

In particolare, per l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il PNA 2022 individua il rispetto del limite temporale di tre anni²³ dell'incarico con una eventuale sola proroga, al fine di assicurare al ruolo un criterio di rotazione/alternanza.

2.3.6.5 L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Ai sensi dell'art. 6 bis nella L. n. 241/90, rubricato *"Conflitto di interessi"*, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni fattispecie, anche potenziale.

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

Il nuovo Codice di comportamento aziendale ha specificato gli aspetti connessi all'emersione della situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, con la previsione dell'obbligo di dichiarazione trasparente e motivata da rilasciare al diretto superiore gerarchico ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che provvederà a conservarla agli atti. A tal fine sono stati predisposti specifici moduli da parte del Gruppo regionale di lavoro, adottati con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 77 del 06/04/2018 e pubblicati sul sito aziendale.

Per il personale non dirigente la segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione sia idonea a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo necessitando l'esonero del dipendente dallo specifico incumbente, con avocazione a sé o ad altro dipendente, ovvero se sussistano ragioni che ne consentono comunque l'espletamento.

L'ASL2 ha intrapreso adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse anche con uno specifico corso di formazione fruibile nell'anno 2025: *"Inconferibilità, incompatibilità e Conflitto di interessi"*.

2.3.6.6 Lo svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente, o funzionario, di incarichi conferiti comporta il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale con conseguente aumento del rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati, o comunque impropri.

Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può integrare situazioni di conflitto di interesse capaci di compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come fattore di rischio per l'accadimento di fatti corruttivi.

Per questi motivi la L. 190/2012 ha modificato anche il regime dello svolgimento degli incarichi svolti dai dipendenti pubblici di cui all'art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 prevedendo che:

²³ PNA 2022 - pag. 52-53 dell'Allegato 3 Parte generale RPCT e struttura supporto

- apposti regolamenti adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ex art. 17 - comma 2 - L. 400/1988, individuino, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche;
- le amministrazioni adottino principi generali per disciplinare i criteri di conferimento, e di autorizzazione, degli incarichi extra-istituzionali. L'art. 53, comma 5, del D.Lgs n. 165/2001 statuisce: *"In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente"*.

Asl2 con Deliberazione n. 779 del 7/11/2024 ha adottato il regolamento Aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionale, delle incompatibilità e del cumulo di impieghi (art. 53 D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii).

2.3.6.7 L'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario

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

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

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

Le relative dichiarazioni in ASL2 sono state acquisite e pubblicate anche per l'annualità 2025 e sono rinvenibili al seguente link:

<https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/organizzazione/titolari-di-incarichi-politici-di-amministrazione-di-direzione-o-di-governo/titolari-di-incarichi-dirigenziali-amministrativi-di-vertice.html>

2.3.6.8 L'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

La L. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma all'art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di vantaggio successive alla cessazione del rapporto di lavoro connesse all'attività svolta dal dipendente. Il rischio che il legislatore norma è in altri termini correlato al comportamento del dipendente che durante il periodo di servizio utilizzi la posizione ricoperta, ed il potere esercitato, all'interno dell'amministrazione per ottenere poi un rapporto di lavoro, o

professionale, per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato destinatari di provvedimenti-contratti o accordi che lo hanno visto parte attiva quale titolare dei detti poteri autoritativi. Trattasi di una limitazione della libertà negoziale in capo al dipendente, circoscritta temporalmente dopo la cessazione del rapporto, volta a scongiurare la "convenienza" di accordi fraudolenti e/o comportamenti non rispondenti ai principi della fiducia, correttezza e trasparenza che devono caratterizzare l'agire della P.A. nei confronti dei cittadini.

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

"Dipendenti" interessati sono coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto titolo ad incidere in maniera determinante nel processo decisionale sfociato nell'adozione dell'atto vantaggioso per il nuovo datore di lavoro (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006): costoro nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque ne sia la causa (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza ovvero di dimissioni) non possono instaurare alcun rapporto di lavoro, autonomo o subordinato, con i predetti soggetti privati.

La norma prevede sanzioni per il caso di violazione del divieto che interessano sia l'atto posto in essere che i soggetti:

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

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

- il Direttore della S. C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali sia inserita la clausola predetta;
- i Direttori delle SS.CC. competenti per gli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara, o negli atti prodromici agli affidamenti anche effettuati con il ricorso a procedure negoziate, sia inserita la condizione soggettiva di non aver attribuito incarichi, né concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo, ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. Al rispetto di tale previsione sono tenuti anche tutti gli altri Responsabili delle articolazioni aziendali, centrali

e periferiche in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa delle fattispecie verificatesi al Direttore della SC Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP dell'Azienda per promuovere azione di risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti che abbiano violato i divieti di cui all'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs n. 165/2001;
- è in facoltà dell'ASL2 disporre controlli a campione, anche avvalendosi del Servizio Ispettivo aziendale.

Il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ha definito delle procedure per la prevenzione del *pantouflage*²⁴.

Con nota prot. N. 2025-0163380 del 24/03/2025, ad oggetto "Procedure operative di verifica sul *pantouflage*", Regione Liguria ha fornito linee ed indirizzi sull'applicazione del predetto comma 16 ter del D.Lgs 165/2001 e, con nota circolare prot. n. 37247 del 14/04/2025, l'RPCT ha divulgato tramite i Direttori S.C. e la Direzione Strategica circolare esplicativa, pubblicata altresì sulla intranet aziendale e rinvenibile al link sotto portato. Detta circolare contiene richiamo alla nota prot. n. 30747 del 27/03/2025 con la quale si sono impartite direttive alla Struttura competente in materia di gestione del personale affinché, con cadenza semestrale, fornisca al RPCT:

- l'elenco dei Dirigenti e dei dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi nei confronti di soggetti privati cessati negli ultimi tre anni, unitamente alle relative dichiarazioni di impegno dei medesimi, nonché dipendenti oggetto di eventuali circostanziate segnalazioni;
- i report delle verifiche effettuate a campione nei confronti dei predetti soggetti. Tale adempimento per l'anno 2025 è stato altresì inserito negli obiettivi di budget della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata (Cfr. *all.to "A"* alla presente Sezione) ed è già stato oggetto di monitoraggio con note prot. n. 7592 del 5/08/2025 e n. 113014 del 12/11/2025.

Link: <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/atti-di-adeguamento-a-provvedimenti-civit-anac/documents/atti-di-adeguamento-a-provvedimenti-civit-anac.html>

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

La L. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha introdotto misure di prevenzione di carattere soggettivo anticipando la tutela al momento dell'individuazione degli organi deputati ad assumere decisioni ed esercitare poteri nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis del D. Lgs n. 165/2001 pone condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso, o di gara, e per lo svolgimento di funzioni direttive in

²⁴ vedi in particolare:

- PNA 2022 il capitolo denominato *Il pantouflage* alla pag. 60 e seguenti
- punto 4.1.2. "Procedure relative allo svolgimento di attività dopo la cessazione del rapporto di lavoro" dell'Appendice alla Sottosezione 2.3 del PIAO 2025

riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

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

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

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

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto l'RPCT effettua la contestazione all'interessato che deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

I Direttori delle SS.CC. (in base a specifiche competenze), e tutti i Responsabili delle articolazioni centrali e periferiche, sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 (14/05/2022) e 35 bis (28/11/2012) con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

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

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'ASL2:

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

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui al successivo art. 18 del medesimo decreto.

2.3.6.10 La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

Fuori dei casi di responsabilità personale per calunnia (art. 368 c.p.) o diffamazione (art. 595 c.p.), ovvero di responsabilità civile per fatto illecito ex art. 2043 c.c., il dipendente che denuncia all'autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti, ad ANAC ovvero riferisce al proprio superiore

gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla denuncia.

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

Inoltre, la L. 179/2017 - *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”* - all'art.1, comma 3, dispone: *“l'identità del segnalante non può essere rilevata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del Codice di procedura penale.” “nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria...Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti alla stessa”*.

La medesima norma prevede poi che la denuncia sia sottratta all'accesso documentale di cui alla L. 241/90.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata a prevenire omissioni dovute al timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta, oltre che in riferimento al procedimento disciplinare, anche in qualsivoglia contesto successivo alla segnalazione.

Tuttavia la predetta tutela dell'anonimato non si traduce nell'accettazione di segnalazioni anonime tout court riferendosi invece all'ipotesi in cui questa provenga da dipendenti individuabili e riconoscibili, fermo restando l'obbligo dell'ASL2 di valutare anche quelle anonime allorché adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, ossia tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati: per esempio in caso di segnalazioni portanti nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, indicazione di procedimenti o eventi particolari.

Inoltre, all'art. 6 del D. Lgs 231/2001 sono state inserite le seguenti previsioni:

- il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione;
- la denuncia all'Ispettorato del Lavoro dell'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni di cui al comma 2 bis, per i provvedimenti di competenza, anche da parte dell'Organizzazione sindacale indicata dal denunciante.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito dell'ASL2, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

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

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'UPD che, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- alla S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP che valuta, congiuntamente alla Direzione, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine dell'ASL2;
- all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce, o ad altra presente in ASL2, affinché riferisca l'evento discriminatorio all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT.

Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia²⁵. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT. Può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'ASL2 per ottenere: a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente; b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato; c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

L'ASL2, sulla base della determinazione adottata dall'ANAC n. 6 del 28/04/2015 - "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)*" - ed altresì delle attività svolte dal Gruppo regionale RPCT ha attivato idonee procedure di segnalazione al fine di prevedere la massima tutela del dipendente segnalante aderendo alla piattaforma *Whistleblowing PA* fornita da *Transparency International* in relazione alla quale da ultimo con nota prot. n. 114318 del 14/11/2025 il Direttore della S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA ha verificato l'adeguatezza delle misure di sicurezza utilizzate in relazione alla valutazione d'impatto del rischio.

²⁵ Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni della ASL2 è stato costituito, ai sensi delle disposizioni vigenti, con Deliberazione n. 994 del 07/10/2022 recante "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure, ai sensi dell'Art. 57 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - individuazione dei componenti di parte pubblica e di parte sindacale".

Nel corso del 2025 sono stati riscontrate dal RPCT le segnalazioni ricevute tramite il portale riservato <https://asl2.whistleblowing.it>.

L'attività è disciplinata dal *“Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazioni di disposizioni normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela”* adottato, in applicazione del D.Lgs n. 24/2023, con Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 20/09/2024. L'ASL2 ha intrapreso adeguate iniziative per dare conoscenza al personale della normativa sul punto attivando nel corso del 2025 uno specifico corso di formazione *“Whistleblowing: dalla teoria alla pratica”* sviluppato dal Gruppo di lavoro interaziendale RPCT e di cui alla nota di Regione Liguria prot. n. 99199 del 07/10/2025.

2.3.6.11 La formazione

Una formazione adeguata riveste un'importanza cruciale nell'ambito della azione di prevenzione della corruzione poiché strumentale a far sì che:

- l'attività amministrativa sia svolta da soggetti consapevoli di talché la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte “con cognizione di causa”: ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure), da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione, sia quanto più diffusa in tutti i settori;
- grazie alla creazione di una base omogenea minima di conoscenza si creino le condizioni indispensabili per la programmazione della rotazione ordinaria del personale;
- grazie all'acquisizione di competenza specifica il personale dipendente sia formato a svolgere i compiti della nuova funzione in conseguenza della rotazione ordinaria e possa altresì essere di supporto allo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra esperienze diverse, e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale “in formazione” proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate, costituisca un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno i processi dei diversi uffici, garantendo lo sviluppo di *“buone pratiche amministrative”*;
- grazie alla conoscenza delle prassi ed orientamenti giurisprudenziali sui diversi aspetti dell'agire amministrativo l'azione dei dipendenti sia supportata ed orientata così da limitare il rischio che vengano adottati comportamenti non conformi all'interpretazione corretta delle norme;
- sia più ampia la condivisione dei valori etici cui deve improntarsi l'azione amministrativa, anche grazie all'approfondimento dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

L'ASL2 anche quale misura di prevenzione della corruzione nel corso del 2025 ha perseguito programmi di formazione per il personale, come previsto nel “Piano della formazione aziendale e finanziamento anno 2025”.

Utilizzando il proprio Portale della Formazione, disponibile al link <https://fad.asl2.liguria.it/>, attivo dal 2023 Asl2 si è resa via via autonoma nella gestione della formazione nella modalità da remoto. Sulla piattaforma sono stati aggiornati, e messi a disposizione di tutto il personale nel 2025 i seguenti nuovi corsi:

- 2025-aggiornamento e integrazione del corso *“La Legge n. 190/2012: i piani e le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento”*, come da comunicazione di Regione Liguria nota prot. 24453 dell’11/03/2025;
- *Disposizioni in materia di antiriciclaggio nelle aziende sanitarie-incompatibilità, inconferibilità, conflitto di interessi*;
- *“Codice di comportamento Aziendale”*;
- *“Whistleblowing: dalla teoria alla pratica”*, come da comunicazione di Regione Liguria nota prot. 99199 del 07/10/2025.

2.3.6.12 I patti di integrità negli affidamenti

I patti d’integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione si configura per la stazione appaltante quale presupposto necessario e condizionante la partecipazione degli operatori economici alla procedura di gara. Il patto di integrità, in particolare, è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alla procedura di affidamento: si tratta di un complesso di dichiarazioni e di regole di condotta finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati in capo ai partecipanti.

La possibilità di utilizzare i Protocolli di Legalità/Patti d’Integrità è prevista dall’art. 1, comma 17, della L. 190/2012 a mente del quale *“...Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità e nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara”* e la loro implementazione si è necessitata in conseguenza delle disposizioni normative e interpretative succedutesi volte ad ampliarne l’utilizzo da parte delle stazioni appaltanti quali strumenti di prevenzione utili a interporre barriere efficaci contro le interferenze illecite nelle procedure di affidamento.

L’ASL2 ha aderito con Deliberazione n. 172 del 16/3/2016 al *“Protocollo per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici”* promosso dalla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Savona, esitato nel successivo protocollo di *“Intesa per lo sviluppo della legalità e la trasparenza degli appalti pubblici”* adottato con Deliberazione n. 917 del 14/12/2017.

In virtù delle predette deliberazioni i direttori delle SS.CC. competenti sono tenuti ad aggiornare avvisi, bandi di gara e lettere di invito prevedendo l’inserimento di clausole di salvaguardia in ordine al mancato rispetto dei protocolli di legalità o del patto di integrità adottato.

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

Allo scopo di operare un’applicazione uniforme delle disposizioni sul punto il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ha elaborato un documento, condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, comunicato con nota prot. 0329253 del 06/05/2022 da Regione Liguria contenente:

- Linee Guida Patto d’Integrità in materia di contratti pubblici degli Enti del SSR della Regione Liguria, pubblicate sul sito amministrazione trasparente al seguente link: <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/modulistica-regionale/documents/disposizioni-regionali.html>

- schema tipo, da ultimo aggiornato a seguito delle disposizioni di cui al D.Lgs 36/2023 e delle indicazioni contenute nel PNA 2022 approvato da Anac con Deliberazione n. 7/2023, come da nota Regione Liguria prot. n. 0139684 del 05/02/2024.

Nel corso dell'anno 2023, anche in esito al primo aggiornamento della modulistica comunicata con nota del Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria prot. n. 402585 del 25/05/2023, e nel corso dell'anno 2025 sono stati effettuati i monitoraggi inerenti alla corretta applicazione da parte delle Strutture interessate della modulistica aggiornata.

2.3.6.13 Il monitoraggio dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti

Al fine di garantire la conoscenza dei procedimenti amministrativi in capo ad ASL2 sul sito web istituzionale sono pubblicate, ed aggiornate, le relative informazioni distinte per ciascuna struttura in "*Schede di procedimento*", secondo criteri di facile accessibilità - completezza e semplicità di consultazione rinvenibili, aggiornate al 30/09/2025, al seguente link:

<https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/attivita%C3%A0-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/documents/tipologie-di-procedimento.html>

Per ogni procedimento è indicata la Struttura responsabile dell'istruttoria, i recapiti, i termini di conclusione, l'ammissibilità di dichiarazioni sostitutive, gli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, il link documentale, le modalità di effettuazione dei pagamenti, il soggetto titolare del potere sostitutivo e le modalità di attivazione di tale previsione.

2.3.6.14 Le misure ulteriori e trasversali di prevenzione

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

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

Anche attraverso queste leve possono rafforzarsi le misure organizzative interne di vigilanza e tracciabilità in ordine alle iniziative realizzate nel corso del triennio di vigenza del Piano. L'ASL2 è impegnata nello sviluppo della digitalizzazione di tutti i processi, attraverso:

- il sistema di *Information and Communication Technologies* (ICT) con l'ammodernamento degli applicativi che costituiscono il sistema informativo ospedaliero, implementandoli in tutti i punti di erogazione dell'assistenza sanitaria;
- la *gestione informatizzata delle agende di prenotazione e delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero ospedaliero*, compresi gli interventi chirurgici secondo il programma attuativo aziendale e le indicazioni della SSD Gestione delle liste di attesa;
- la *cartella clinica elettronica* e il *Dossier Sanitario Elettronico*, diffuso in tutti i reparti ospedalieri e gli ambulatori ospedalieri;

- la gestione informatizzata dell'attività svolta in libera professione, anche negli ambulatori esterni all'azienda, tramite apposite procedure web-based;
- l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in particolare abilitando a livello aziendale quanto previsto dal progetto FSE 2.0, finanziato dal PNRR, così da rendere fruibili, agli assistiti ed agli operatori sanitari abilitati, i dati e i documenti sanitari prodotti da ASL2 (referti di radiologia e laboratorio, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, schede e certificati vaccinali, referti di specialistica ambulatoriale), nel rispetto della normativa sulla privacy;
- il consolidamento dell'informatizzazione dei processi documentali (sistema FOLIUM-CIVILIA protocollo informatico e procedura deliberazioni/determine) e del Registro informatico degli accessi;
- informatizzazione gare per acquisizione di beni e servizi (ARCA-SINTEL) e la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso ANAC in attuazione del Nuovo Codice degli Appalti applicabile anche alle procedure PNRR avviate a partire dal 1° gennaio 2024;
- le procedure previste dalle disposizioni normative sul NSO (*Nodo Smistamento Ordini*) in particolare per quanto concerne gli ordini riguardanti *prestazioni strettamente sanitarie*;
- l'attuazione del Progetto Regionale finalizzato a garantire la creazione di un sistema amministrativo-contabile unico ed unitario per tutta la sanità regionale ligure (D.G.R. n. 882/2019 e Deliberazione A.Li.Sa. n. 308/2019, recepita con Deliberazione Asl 2 n. 772/2019) utile nel concreto a favorire:
 - l'unificazione a livello di S.S.R. di anagrafiche e codifiche,
 - la standardizzazione e omogeneizzazione di processi,
 - il miglioramento della disponibilità, qualità e confrontabilità dei dati economico-finanziari e delle informazioni.

Il progetto iniziato nel 2019 si è sviluppato nelle successive annualità mediante una approfondita attività di analisi e mappatura dei processi amministrativo-contabili con implementazione, a partire, quanto ad Asl2, dal marzo 2022, di una nuova piattaforma informatica (applicativo Areas) dotata di nuove, e più avanzate, funzionalità orientate ad assicurare una più facile disponibilità, e migliore tracciabilità, di dati e informazioni nonché l'introduzione di più efficaci meccanismi di controllo. Il progetto, per il quale era inizialmente prevista la conclusione nel 2023, si è definitivamente completato nell'anno 2024.

2.3.7 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

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

Per *gestione del rischio* si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e monitorare l'Amministrazione con riferimento al rischio.

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

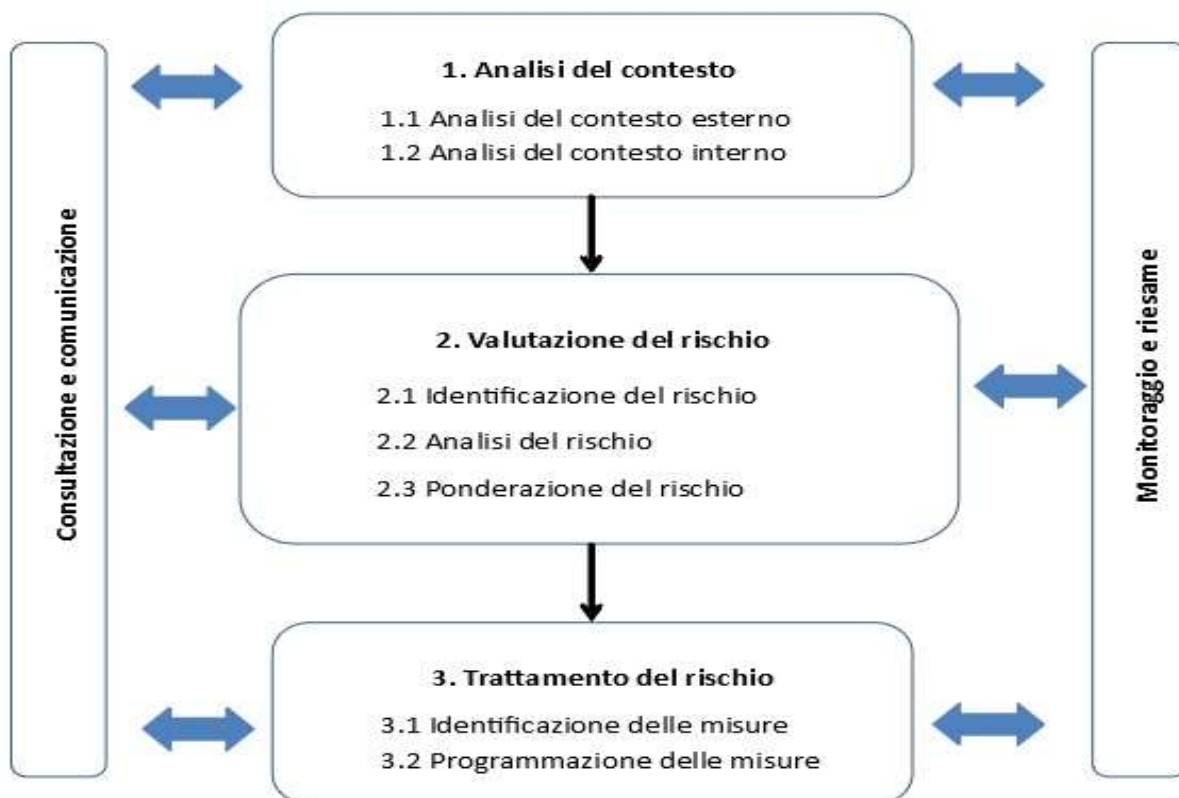


Figura 8

2.3.8 La “mappatura” dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Si richiama preliminarmente quanto portato nella sezione 2.3.8.1 e ss. del PIAO 2025-2027 circa l'individuazione preventiva dei processi a rischio corruttivo, l'analisi del contesto, il processo di valutazione del rischio, con le sue fasi, il trattamento ed il monitoraggio - attuazione delle misure di prevenzione.

Si evidenzia che è compito di ciascun responsabile di Struttura, competente nella gestione dei processi, procedere all'analisi costante, ed altresì alla periodica verifica, delle attività così da creare il c.d. “*catalogo dei rischi*”, da mantenere costantemente aggiornato insieme alle iniziative intraprese per la riduzione dei rischi a catalogo.

Per il 2026 le mappature dei processi sono inserite nell'Allegato unico alla sottosezione 2.3 PIAO 2026-2028 contenente il “*Catalogo mappatura processi e valutazione dei rischi*” (della quale al 31/10/2025 se ne è richiesta la revisione e l'aggiornamento alle Strutture), la “*Programmazione delle misure di prevenzione*” e gli “*Obblighi di pubblicazione – trasparenza*”.

I dati esaminati e la mappatura dei processi sono pertanto rappresentati in uno dei tre schemi contenuti nell'Allegato unico alla presente Sottosezione 2.3.

Circa lo specifico processo inerente all'attuazione degli obiettivi PNRR è stato assegnato alle Strutture interessate, S.C. Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica-S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, la mappatura dei rischi quale obiettivo di budget in via di attuazione.

2.3.9 MONITORAGGIO ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il processo di gestione del rischio si conclude con l'attività di monitoraggio, garantita dagli stessi soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione, diretta a verificarne l'attuazione e l'efficacia.

Il monitoraggio costituisce altresì strumento di autovalutazione attraverso il quale diversi soggetti interessati vigilano sull'andamento, e sullo stato di avanzamento, delle fasi del processo di gestione del rischio consentendo, in collaborazione con la SC Centro Controllo Direzionale, eventuali interventi di riallineamento coerenti con le fasi del sistema della performance.

I monitoraggi per Responsabili di Struttura sono utili anche per l'aggiornamento della mappatura dei processi, e la rivalutazione dei rischi, previsti nello schema dell'Allegato unico denominato *"Catalogo mappatura processi e valutazione dei rischi"*, nonché per la compilazione dello schema di aggiornamento delle misure di prevenzione adottabili.

Il *Piano integrato di attività e organizzazione*, che comprende la Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza, mira anche ad assicurare qualità e trasparenza all'attività amministrativa con il monitoraggio continuo della semplificazione e dell'accesso ai processi, compreso l'accesso civico e civico generalizzato.

Nel 2025 è stato attuato il monitoraggio programmato secondo le scadenze previste (in itinere per la parte in scadenza) del rispetto delle tempistiche di aggiornamento e di pubblicazione dell'area Amministrazione Trasparente nelle Sezioni di competenza delle Strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo, della partecipazione del personale ai corsi FAD sul codice di comportamento e sulla L. 190/2012, dei controlli delle dichiarazioni rese dal personale cessato nel semestre precedente per dimissioni volontarie sul divieto di pantouflage e sul conflitto di interessi, inconfiribilità e incandidabilità per i neo assunti, sul numero di verifiche effettuate nel corso del 2025 relativamente alla nomina dei componenti della commissione giudicatrice di gara ex art. 93 comma 5 D.Lgs. 36/2023 nonché, quanto al PNRR, sulla avvenuta mappatura dei processi ed il rispetto degli obblighi di pubblicazione dati su disposizioni regionali (cfr. All. riassuntivo "A").

È stato altresì monitorato l'utilizzo, da parte delle strutture interessate (S.C. Provveditorato, Patrimonio e Gestione Tecnica e Sistemi Informativi Aziendali –SIA e SSD Ingegneria Clinica), dello schema aggiornato dei patti di integrità definito dal Gruppo regionale RPCT (nota via mail del 16/10/2025);

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

- la reportistica periodica delle performance elaborata dalla SC Centro di Controllo Direzionale/SS Controllo di gestione, anche tramite il graduale sviluppo del portale aziendale da parte della SC Sistemi informativi aziendali - SIA;
- i dati quali-quantitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari, dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'URP, delle segnalazioni acquisite con la piattaforma *whistleblower* ;

- l'attività formativa svolta in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione con i corsi FAD;
- l'attuazione del progetto di implementazione di un sistema informatico di acquisizione dei curriculum vitae, e dei loro aggiornamenti annuali, tramite modulo da compilare (data entry) a cura di dirigenti e incaricati di funzione sul portale Intranet-ASL2 con precompilazione dei dati anagrafici, da parte della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata, presenti sul sistema informativo;
- l'acquisizione dei dati reddituali, come da note prot. n. 60401/2025 e prot. n. 44050/2025 della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata pubblicate sulla intranet aziendale e trasmesse a tutto il personale dirigente di ASL2, in conformità a quanto statuito dalla giurisprudenza (da ultimo Cons. Stato Sez. V del 15/01/2025 n. 267) in merito alla previsione dell'obbligo di comunicare la situazione reddituale e patrimoniale in capo a tutti i titolari di incarichi dirigenziali all'atto dell'assunzione, ed altresì annualmente;
- l'acquisizione dalla S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata delle dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità e la richiesta di pubblicazione prot. n. 109339 del 03/11/2025 in adempimento agli obblighi di trasparenza. Link: <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-di-incarichi-dirigenziali-dirigenti-non-general/dichiarazioni-insussistenza-incompatibilita-o-inconfiribilita/documents/dichiarazioni-insussistenza-dirigenti-anno-2025.html>
- l'attuazione dei controlli sull'attività svolta successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. "Pantouflage") di cui alla nota di Regione Liguria prot. n. 2025-0163380-: pubblicazione di circolare esplicativa prot. n. 37247 del 14/04/2025 con monitoraggi semestrali in capo alla S.C. Gestione Ricorse Umane e Medicina Convenzionata ed S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi contrattuali;
- le attività svolte nel 2025 in attuazione della Delibera ANAC n. 213/2024 recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2025 e attività di vigilanza dell'Autorità", con la relativa griglia di rilevazione al 30/06/2025 rinvenibile al seguente link: <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/personale/oiv/documents/nucleo-di-valutazione-aziendale.html>;
- l'adozione, con Deliberazione Direttore Generale n. 641 del 05/09/2025, del "Regolamento Aziendale relativo all'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" con la previsione di verifiche a campione semestrali sul rispetto del medesimo. Link: <https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/regolamenti-prevenzione-corruzione-e-illegalita/documents/regolamenti-prevenzione-corruzione-illegalita.html>;
- l'adozione della procedura operativa PQA 1245 Rev. n. 0 del 07/05/2025 recante "Acquisti in esclusiva" reperibile su Intranet Aziendale seguendo il percorso: Home> Qualità> PQ1245 Acquisti in esclusiva;
- l'adozione con Deliberazione del Direttore Generale n. 748 del 17/10/2025 del "Regolamento per la nomina e funzionamento delle commissioni giudicatrici ex art. 93 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i. delle procedure di affidamento di servizi e forniture da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa basata sul miglior

rapporto qualità/prezzo ai sensi dell'art. 108, comma 2, del D.Lgs n. 36/2023 e s.m.i. indette dalla S.C. Provveditorato" reperibile sia su Intranet aziendale, seguendo il percorso: *Home> Qualità – Accreditamento – Rischio clinico> Qualità > Regolamenti> Regolamento aziendale Nomina e funzionamento delle Commissioni Giudicatrici ex art. 93 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i. (...)*, che sul sito web, nella sezione Amministrazione Trasparente al link:

- <https://intranet.asl2.liguria.it/index.php/component/publiccompetitions/document/8677?view=document&id=8677:regolamento-aziendale-nomina-e-funzionamento-delle-commissioni-giudicatrici-ex-art-93-del-d-lgs-n-36-2023-e-smi-delle-procedure-di-affidamento-di-servizi-e-forniture-da-aggiudicarsi-con-il-criterio-dell-offerta-economicamente-piu-vantaggiosa-basata-sul-miglior-rapporto-qualita-prezzo-ai-sensi-dell-art-108-comma-2-del-d-lgs-n-36-2023-e-s-m-i-indette-dalla-s-c-provveditorato&Itemid=305>.
- la proposta di Delibera, la cui approvazione è in itinere, avente ad oggetto *"Regolamento per l'alienazione dei beni immobili afferenti al patrimonio disponibile dell'ASL2"*;

2.3.10 Obiettivi strategici 2026 in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Regione Liguria a seguito degli incontri svolti a fine del 2025 ha indicato per l'annualità 2026 i seguenti obiettivi strategici, ratificati dalla Coordinatrice del Gruppo di lavoro intraziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza in data 18/11/2025 (nota prot. ASL2 n. 116392 del 20/11/2025):

OBIETTIVO 1: PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

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

- *Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR e prevedere misure di presidio con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo.*
- *Applicare la mappatura dei processi a rischio (compreso il modello del Gruppo interaziendale degli RPCT – Sanità).*
- *Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.*
- *Promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.*

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" (art. 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.*

1.3.11 La trasparenza amministrativa

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, le misure di prevenzione della corruzione sono state intensificate grazie all'introduzione di precisi obblighi di pubblicazione in capo alle pubbliche amministrazioni.

Il Legislatore ha infatti inteso rafforzare il concetto di *trasparenza amministrativa* da intendersi come *“L'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”* (art. 1, comma 1, D.Lgs. 33/2013).

In altre parole *“Tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa vigente sono liberi e chiunque ha diritto di conoscerli, fruirne gratuitamente, utilizzarli e riutilizzarli ai sensi dell'art. 7”* (art. 3, comma 1, D.lgs. 33/2013).

L'accessibilità totale delle informazioni in possesso della pubblica amministrazione si realizza attraverso il ricorso all'istituto dell'accesso civico che, a differenza dell'accesso documentale agli atti normato dalla legge sul procedimento amministrativo e riferito ai portatori di un interesse *concreto-diretto-attuale* collegato alla situazione giuridica che con l'accesso si intende tutelare, consente a *chiunque*, a prescindere dalla specifica legittimazione vantata, di esercitarlo. Tuttavia, l'accesso civico riguarda solo i dati che, ai sensi del D.Lgs. 33/2013, sono oggetto di pubblicazione.

Come detto, la trasparenza è presidio a contrasto del fenomeno corruttivo che si combatte soprattutto con l'adozione di misure di trasparenza che consentono un controllo diffuso sulla rispondenza dell'attività amministrativa agli interessi pubblici ed ai canoni normativi: trattasi di uno dei presidi a contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione che non si esaurisce in un mero controllo dell'agire amministrativo ma è fonte di legittimazione, e di responsabilizzazione, dell'operato dei pubblici uffici, veicolo per una maggiore interazione dei cittadini nei processi amministrativi e strumento di partecipazione attiva per i destinatari dell'attività dell'ASL2 e per gli stakeholders.

Trasparenza e partecipazione facilitano la “responsabilizzazione” nel rendere conto del corretto utilizzo delle risorse pubbliche e del raggiungimento dei risultati divenendo strumento di valutazione della performance.

La sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza rappresenta l'organizzazione dei flussi informativi utili a garantire l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi.

Sulla base delle indicazioni del PNA 2025-2027 in consultazione la tabella dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati, di cui allo schema denominato *“Obblighi di pubblicazione – trasparenza”* all'*Allegato unico*, è stata aggiornata con la nuova organizzazione, la conseguente individuazione delle Strutture responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, con i termini di scadenza per la pubblicazione, monitoraggio e tempistiche.

Il monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione nella Sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale, previsti da ANAC e riportati nello schema *“Obblighi di pubblicazione – trasparenza”* alla sottosezione 2.3 del PIAO 2026-2028 è in fase di attuazione giusta nota prot. n. 106193 del 27.10.2025.

2.3.12 Organizzazione dei flussi informativi – la pubblicazione informatizzata dei dati

La pubblicazione di informazioni sul sito Aziendale per il tramite di Liguria Digitale S.p.A. è in capo all'Ufficio Comunicazione che, ricevuta la richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria, inoltra la documentazione ricevuta, come precisata dal richiedente (i file senza alterarne contenuti, grafica, né modificarne l'estensione), alla già menzionata società per la pubblicazione nella sottosezione del sito web istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente".

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;
- la priorità dell'intervento nel caso, ad esempio, sia obbligatoria per legge la pubblicazione entro un determinato termine.

L'RPCT monitora i flussi di pubblicazione dei dati ex D.Lgs 33/2013 da parte degli uffici intervenendo, per i casi di ritardo o altre criticità, con i Dirigenti Responsabili della struttura di competenza secondo le previsioni dell'all.to unico- obblighi di pubblicazione.

Tale documento, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs 33/2013, indica i soggetti tenuti tanto all'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente quanto ad assicurarne l'aggiornamento.

Ogniquale volta si verifichi l'obbligo di pubblicazione di un dato i Dirigenti responsabili di struttura ivi indicati sono tenuti:

- ad inviare la documentazione all'ufficio comunicazione esclusivamente via mail all'indirizzo comunicazione@asl2.liguria.it (e per conoscenza al RPCT all'indirizzo trasparenza@asl2.liguria.it) per la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", avendo cura di specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs 33/2013 siano da inserire i dati e gli atti destinati alla pubblicazione;
- riportare nell'oggetto della mail la dicitura "Amministrazione trasparente" specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento ed indicando la sottosezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
- trasmettere ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell'Azienda dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione; ciò secondo le indicazioni di cui agli artt. 6 e 7 D.Lgs 33/2013;
- trasmettere il file per la pubblicazione nel formato definitivo di dimensioni più leggere possibili in modo da rendere il download esterno più veloce;
- verificare che l'avvenuta pubblicazione dei dati;
- inviare la documentazione obbligatoria al RPCT solo per conoscenza.

Sono state altresì recepite le disposizioni dell'art. 68 D.Lgs 82/2005 (codice dell'amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto i quali devono essere pubblicati in almeno uno dei formati aperti: pdf (non immagine), odf, xml, avendo cura di creare queste estensioni utilizzando i programmi "Libre-office installati coevi al programma Civilia per la gestione degli atti amministrativi e raggiungibili direttamente dalla pagina nella quale le informazioni di riferimento sono riportate.

Nel corso del 2025 è stato garantito, e monitorato, il rispetto delle tempistiche di aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale relativamente a tutte le strutture del Dipartimento Tecnico Amministrativo interessate dagli adempimenti, così nota prot. n. 106193 del 27/10/2025.

All'uopo si rimanda altresì all'allegato "A" Anticorruzione – Trasparenza della presente Sezione 2.3: obiettivi di budget 2025 RPCT certificatore di prima istanza:

Descrizione obiettivo: "Amministrazione Trasparente"

Indicatore di performance: "Rispetto tempistiche di aggiornamento dell'area amministrazione trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito aziendale".

2.3.13 Interconnessione tra performance e sez. 2.3 del PIAO

Il collegamento in oggetto si realizza grazie alla coincidenza di alcune misure anticorruptive con gli obiettivi di budget: questi devono infatti essere anche funzionali alla creazione di valore pubblico e, assegnati alle strutture nel ciclo di budget, sono volti al miglioramento della gestione del rischio con il focus sulle misure in essere e l'implementazione del sistema con altre in grado di incidere sui fattori abilitanti.

Gli obiettivi sono soggetti a misurazione e valutazione nell'ambito del ciclo della performance.

Si rimanda all'allegato "A" Anticorruzione – Trasparenza della presente Sezione 2.3 contenente la descrizione degli obiettivi specifici in materia di anticorruzione e trasparenza nonché alle schede di budget Dipartimento Tecnico Amministrativo rinvenibili al seguente link:

<https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/documents/piano-della-performance-2025.html>

2.3.14 Controlli

Il RPCT cura l'attuazione del Programma con rilevazione degli scostamenti e relative motivazioni e segnala eventuali inadempimenti.

Rimangono ferme le competenze dei singoli dirigenti in relazione all'adempimento degli obblighi, anche di pubblicazione, previsti dalle normative vigenti.

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

Allo scopo di controllare il rischio di possibili eventi corruttivi il RPCT può in qualsiasi momento richiedere alle Strutture Aziendali informazioni e dati nonché ai dipendenti che hanno istruito o che hanno proposto/adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche sottese all'adozione del provvedimento.

Il RPCT può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente ipotesi corruttive/di illegalità.

2.3.15 Responsabilità

Le prescrizioni tutte del presente piano sono immediatamente obbligatorie e vincolanti fin dal momento della sua approvazione. Di seguito si riportano i principali riferimenti normativi in materia di responsabilità.

2.3.15.1 Responsabile della Prevenzione

A fronte dei compiti attribuiti la legge 190/2012 prevede:

- (art. 1 comma 12) responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa. In particolare l'art. 12 stabilisce che *"...In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato il Rptc risponde ai sensi dell'articolo 21 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano...e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano..."*.
- (art. 1 comma 14) che *"...In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il responsabile ... risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165...nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano..."*.

Il Dgs. 33/2013 prevede:

- (art. 46 comma 1) che l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- (art. 46 comma 2) che il Responsabile risponde dell'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, se non prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

2.3.15.2 Dipendenti (in caso di violazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza)

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione, comprese quelle relative all'antiriciclaggio, previste dalla legge, dal codice di comportamento Aziendale e quelle di cui al presente documento devono essere osservate da tutti i dipendenti:

- (artt. 8.1 - 8.2 n. 1 e nn. 3 e 5 -8 bis del Codice di comportamento Aziendale) obblighi in materia di prevenzione della corruzione;
- (artt. 9 e 9.2 n. 2 Codice di comportamento Aziendale) obblighi in materia di trasparenza

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1 comma 14 L. 190/2012).

2.3.15.3 Dirigenti (in caso di omissione totale o parziale o ritardi nelle pubblicazioni prescritte)

La legge 190/2012 prevede (art. 1 comma 33 L. 190/2012) :

- la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal piano aziendale:
 - ☐ costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, D.Lgs 198/2009;
 - ☐ va valutata come responsabilità dirigenziale ex art. 21 D.Lgs. 165/2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del Servizio.

Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione 3.1 – Struttura organizzativa

La Struttura organizzativa dell'A.S.L. 2 - Azienda Sociosanitaria Ligure è definita nel relativo Atto di Autonomia Aziendale, approvato, da ultimo, con Deliberazioni n. 494 del 10.07.2024 e n. 601 del 23.08.2024. Sono Organi dell'Azienda fino al 31/12/2025 il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento. In qualità di organo di vertice dell'Azienda, il Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

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

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

Nell'organizzazione Aziendale, sono definiti i seguenti livelli di responsabilità dirigenziali:

- Direzione di Dipartimento
- Direzione di Area
- Direzione di Struttura Complessa
- Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale
- Responsabile di Struttura Semplice

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitari (art. 17 bis D.lgs. 502/92) la cui disciplina, costituzione, organi e funzionamento sono disciplinati nel V° Capo della L.R. 41/06 e s.m.i. (art. 38 e seguenti). L'Azienda assume il modello dipartimentale quale strumento organizzativo ottimale per favorire le capacità di cooperazione e sostenere livelli di responsabilità diffusi, in modo da ottenere, pur valorizzando l'iniziativa e le professionalità individuali, il superamento dell'organizzazione verticale.

Il dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari che perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti. Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregati al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di comportamenti clinico-assistenziali e regole condivise.

Il Dipartimento, salvo deroghe della Giunta Regionale, aggrega almeno quattro strutture organizzative complesse e può comprendere anche strutture organizzative semplici dipartimentali, ma non può di norma, superare la dimensione di otto unità operative complesse. Inoltre, le vigenti disposizioni normative prevedono per le aziende sociosanitarie uno specifico assetto organizzativo per quanto attiene il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Psichiatria e Dipendenze ed il Dipartimento Materno Infantile.

Il Dipartimento Strutturale inter-distretto ed inter-presidio costituisce per l'ASL 2 il principale e rilevante modello organizzativo ed è composto da Strutture Complesse e Semplici dipartimentali omogenee per tipologia di attività e di personale.

La Struttura Complessa (S.C.) è la componente organizzativa del Dipartimento che svolge una funzione od un complesso di funzioni omogenee o affini nell'ambito delle attività dipartimentali. Ogni struttura complessa è dotata di autonomia organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal Direttore del Dipartimento e dalla Direzione Generale e viene diretta da un dirigente nominato in conformità alle procedure stabilite dalla vigente normativa. Caratteristiche principali della struttura complessa sono la flessibilità organizzativa e la compatibilità gestionale con la missione aziendale.

La Struttura Semplice (S.S.) è una componente organizzativa del Dipartimento (S.S.D.) o della Struttura Complessa (S.S.C.) e svolge una funzione o un complesso di funzioni a cui è attribuita una autonomia funzionale per ragioni organizzative, di efficienza o di specificità professionale. La

Struttura Semplice ha valenza dipartimentale quando le funzioni svolte attengono competenze afferenti a più strutture del Dipartimento, ovvero rivestono carattere di particolare rilevanza nell'organizzazione aziendale.

I requisiti necessari per la costituzione di una Struttura Semplice Dipartimentale sono la gestione di settori specialistici o di articolazioni organizzative svolte presso presidi aziendali (ospedalieri o territoriali) privi della specialità in oggetto a livello aziendale.

Il numero di strutture semplici previste deriva dalla complessità organizzativa dell'Azienda ed è coerente con gli indirizzi normativi regionali e nazionali.

La graduazione delle posizioni dirigenziali all'interno dell'Azienda viene definita nel rispetto dei vigenti CC.CC.NN.L. Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Area Funzioni locali (P.T.A.), in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

In oggi, per quanto attiene la Dirigenza Area Sanità, tale graduazione è definita e sancita da uno degli Accordi in materia di rigraduazione degli incarichi dirigenziali, sottoscritti tra l'Amministrazione dell'A.S.L. 2 Sistema Sanitario Regione Liguria e le OO.SS. dell'Area Sanità, e precisamente:

- “Sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali della Dirigenza Area Sanità (artt. 21 e 69 del C.C.N.L. 23 gennaio 2024 Area Sanità” – Prot. n. 29398 del 20/03/2024 – sottoscritto in data 19 marzo 2024

Relativamente alla Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (P.T.A.), vige l'Accordo recante “Sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali dell'Area Funzionali Locali (Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali) nell'ambito dell'A.S.L. 2” - Prot. n. 54395 del 31.05.2024 – sottoscritto in data 30 maggio 2024 tra l'Amministrazione dell'A.S.L. 2 Sistema Sanitario Regione Liguria e le OO.SS. dell'Area Funzioni Locali in materia di criteri per la graduazione delle posizioni dirigenziali, correlate alle funzioni e alle connesse responsabilità, ai sensi dell'articolo 64, comma 1, lettera a), del C.C.N.L. 17 dicembre 2020 dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa).

Nell'organizzazione Aziendale, sono inoltre definiti i livelli di responsabilità per il personale del Comparto, come stabiliti dal C.C.N.L. 2 novembre 2022 relativo al personale Comparto Sanità, con particolare riferimento al Titolo III (“Ordinamento professionale”) - Capo III “Sistema degli Incarichi”, nel quale vengono definite le tipologie di incarico, la graduazione delle stesse e le relative procedure di assegnazione, caratterizzate da trasparenza, oggettività e imparzialità delle scelte, nonché dalla verifica delle competenze, quale componente fondamentale del sistema classificatorio del personale.

I suddetti livelli di responsabilità, come definiti contrattualmente, si sostanziano nelle tipologie di incarico seguenti, e precisamente:

- Incarico di posizione (personale Area di Elevata Qualificazione)

- Incarico di funzione organizzativa (personale Area dei professionisti della salute e dei Funzionari)
- Incarico di funzione professionale (personale Area dei professionisti della salute e dei Funzionari – Area degli Assistenti – Area degli Operatori), articolato a sua volta in:
 - incarico di “professionista specialista” (ruolo sanitario e sociosanitario)
 - incarico di “professionista esperto” (ruolo sanitario e sociosanitario)
 - incarico di “funzione professionale” (tutti i ruoli)

In coerenza con l’impianto contrattuale ed in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, attraverso lo strumento del “Regolamento per l’affidamento, la valutazione e la revoca degli Incarichi del personale dell’Area del Comparto” adottato con la Deliberazione n. 681 del 10/08/2023, l’Azienda ha stabilito, tra l’altro, le graduazioni connesse a ciascuna tipologia di Incarico sopra elencata.

Per quanto attiene alla definizione delle Aree contrattuali ed il sistema classificatorio del personale, si rinvia a quanto previsto dai CC.CC.NN.L. relativi al personale Area Sanità di qualifica dirigenziale e non nel tempo vigenti.

I ruoli del personale operante nel Servizio Sanitario nazionale sono cinque, anch’essi definiti contrattualmente, e precisamente:

- ruolo sanitario
- ruolo sociosanitario
- ruolo professionale
- ruolo tecnico
- ruolo amministrativo

Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile

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

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

Come evidenziato dalle Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l’Amministrazione di appartenenza ed il lavoratore o la lavoratrice per la creazione di valore

pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità scelte per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

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

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

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

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

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

- possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- possibilità utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- possibilità da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- disponibilità del/della dipendente o, in alternativa, possibilità di fornitura dall'Azienda (nei limiti della disponibilità), della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- assenza di pregiudizio nell'erogazione dei servizi rivolti a pazienti, cittadini, ovvero soggetti interni/esterni destinatari delle prestazioni istituzionali aziendali, che deve, pertanto, essere assicurata con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

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

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

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

L'applicazione del lavoro agile avviene nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, in considerazione e compatibilmente con l'attività in concreto svolta dal dipendente presso l'Amministrazione.

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

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

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

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

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

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

Ai sensi delle Linee Guida sul Piano organizzativo del lavoro agile emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, si possono individuare indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance:

- indicatori riferiti allo stato di implementazione, i quali sono utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo dello stesso nella medesima organizzazione;
- indicatori riferiti alla performance organizzativa che sono utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo stesso;
- indicatori riferiti alla performance individuale che forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Agli indicatori sullo stato di implementazione del lavoro agile si dovranno poi aggiungere indicatori di economicità, di efficienza e di efficacia.

In tal senso le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono ad oggi in linea di massima le medesime anche perché il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività tuttavia in prospettiva di messa a regime della modalità di lavoro agile sarà comunque necessario sviluppare riflessioni in ordine ad un'eventuale revisione/integrazione dei comportamenti non solo in termini di peso relativo (cosa che il sistema di misurazione e valutazione della performance vigente già prevede) ma anche in termini di “nuove” competenze che il dipendente dovrà essere in grado di esprimere.

Dal punto di vista della prestazione individuale la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia favoriscono senza dubbio nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata ma a fronte di questi potenziali benefici sarà però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

Attraverso il lavoro agile, l'Azienda ritiene che, nel medio-lungo termine, si possano conseguire benefici in termini di migliore allocazione delle risorse, anche per mezzo di differenti modelli organizzativi, temperando le esigenze di tutela della salute e continuità dell'attività amministrativa con le necessità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, garantendo nel contempo un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

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

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

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

- non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- garantire sempre un’adeguata rotazione del personale che può prestare la propria attività in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell’esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, fatte salve situazioni di gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari (quali condizioni di fragilità o, comunque, meritevoli di maggior tutela), che consentono, su valutazione del relativo Direttore / Dirigente Responsabile, di derogare al suddetto principio di prevalenza della prestazione in presenza;
- dotare il personale che ne è sprovvisto di apparati digitale e tecnologici adeguati alla prestazione in modalità agile che deve essere espletata.

Nel corso dell’anno 2025 sono stati autorizzati allo svolgimento del lavoro agile n. 47 dipendenti, previa acquisizione del prescritto “Accordo individuale relativo all’espletamento di lavoro agile nell’ambito della struttura di appartenenza” corredato degli allegati “Informativa in materia di salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell’articolo 22, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, e ss.mm.ii. – allegato all’accordo individuale, nonché delle “Linee guida lavoro agile”, effettuando le previste comunicazioni sulla Piattaforma Clic Lavoro, Portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Nello schema di seguito riportato è individuato il dettaglio delle Strutture interessate e dei profili professionale che hanno fruito dell’istituto in questione.

Si evidenzia che, nell’ambito del contingente sopra individuato, rientrano, altresì, n. 14 unità che hanno attestato situazioni gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, in ragione delle quali, così come definite dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.12.2023.

LAVORO AGILE - PERSONALE ATTIVATO - AGGIORNAMENTO DICEMBRE 2025		
STRUTTURA DI APPARTENENZA	N.	PROFILO PROFESSIONALE
S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI – S.I.A.	2	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE
	3	ASSISTENTE INFORMATICO
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI, COMUNICAZIONE E U.R.P.	2	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE
	3	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	3	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	3	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR
S.C. PROVVEDITORATO	1	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
DISTRETTO SAVONESE	1	INFERMIERE
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
S.C. FARMACEUTICA	1	DIRIGENTE FARMACISTA
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
S.S.D. ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALIERE E A.L.P.I.	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
S.C. ASSISTENZA E RESIDENZIALITA' ANZIANI - SAVONESE	1	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
S.C. PATRIMONIO E GESTIONE TECNICA	1	OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALISTA
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	INFERMIERE
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	1	INFERMIERE
S.S.D. INGEGNERIA CLINICA	1	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE
S.C. GESTIONE RISORSE UMANE E MEDICINA CONVENZIONATA	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	2	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO
S.C. ASSISTENZA E RESIDENZIALITA' DISABILI	1	COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR
TOTALE N. 47 UNITA'		
DI CUI N. 14 UNITA' FRAGILI		

Si rileva, inoltre, come i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, recentemente sottoscritti per il triennio 2022-2024, abbiano tra l'altro riconfermato, con alcune modifiche, il c.d. "lavoro da remoto" quale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa diversa, per modi, tempi e finalità, rispetto al lavoro agile, in quanto caratterizzata non da un approccio per obiettivi, ma dalla mera modificazione del luogo di esecuzione della prestazione.

L'Azienda, consapevole di questa evoluzione e delle nuove esigenze dei lavoratori, ha ritenuto necessario aggiornare il proprio Piano Organizzativo del Lavoro Agile. In particolare, integrando nel documento anche il lavoro da remoto, riconoscendo come questa modalità rappresenti non solo un'opportunità per migliorare l'equilibrio tra vita privata e professionale, ma anche un efficace strumento per incrementare la produttività e rendere più flessibile la struttura organizzativa.

L'aggiornamento del POLA, approvato con provvedimento deliberativo n. 955 del 17/12/2025, risponde alla volontà di garantire un quadro normativo chiaro, trasparente e al passo con i cambiamenti tecnologici e sociali. Attraverso questa revisione, l'Azienda intende offrire ai propri dipendenti un modello di lavoro più moderno, capace di valorizzare l'autonomia e la responsabilità individuale, senza rinunciare alla qualità dei servizi offerti.

Tale aggiornamento costituirà un importante punto di riferimento per tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda e rappresenterà un ulteriore passo avanti verso una gestione del lavoro più innovativa e orientata al futuro, anche alla luce dell'imminente costituzione dell'Azienda Unica Sanitaria Regionale.

Questo processo di unificazione comporterà infatti, tra l'altro, la necessità di uniformare tutte le procedure attualmente in vigore nelle diverse Aziende Sanitarie Locali, incluse quelle relative al lavoro agile e al lavoro da remoto. L'Azienda si sta dunque preparando ad affrontare questa transizione con strumenti adeguati e coordinati, affinché il passaggio al nuovo assetto organizzativo avvenga in modo armonico e coerente.

Al riguardo, secondo le ultime indicazioni regionali, specificamente la nota del 12 dicembre 2025, acquisita agli atti di questa Azienda in pari data con Prot. n. 124139 a firma del Direttore Generale di Area Salute e Servizi Sociali di Regione Liguria, gli Accordi Individuali in essere ovvero in corso di attivazione, potranno, in deroga alle disposizioni aziendali allo stato vigenti, essere prorogati ovvero attivati sino al 31/12/2026.

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DEL PERSONALE (PTFP) 2026-2028

- INQUADRAMENTO NORMATIVO
- CONSISTENZA E COSTI DEL PERSONALE AL 31/12/2025 (STIMATA)
- PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2026
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNO 2026
- QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE ANNI 2026-2028

INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale (di seguito anche P.T.F.P.) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

Tale adempimento è previsto dall'articolo 6 ("Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale ha previsto, ai commi 2 e 3, che *"allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.....(omissis)..... Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente"*.

L'articolo 4 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante *"Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*, introducendo l'art 6-ter del citato D.Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii., ha demandato ad apposite linee guida della Funzione Pubblica la definizione dei criteri e dei principi ai quali devono attenersi le amministrazioni pubbliche nella programmazione del fabbisogno di personale.

Sostanzialmente, le amministrazioni, nell'ambito del P.T.F.P., possono quindi procedere annualmente alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento. Il PTFP rappresenta la spesa potenziale massima per le amministrazioni.

L'attività di programmazione dei fabbisogni deve contemplare l'eventuale ripensamento, ove necessario, anche degli assetti organizzativi. Il P.T.F.P. è un importante strumento per dare anche conto di quali azioni le amministrazioni hanno posto in essere, per alleggerire le strutture organizzative, eliminare le duplicazioni e razionalizzare gli assetti.

Con il successivo D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, convertito, con modificazioni, nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, il legislatore ha inteso promuovere l'ulteriore integrazione dei processi di programmazione e pianificazione delle attività di reclutamento nell'ambito delle complessive strategie aziendali volte al perseguimento degli obiettivi e delle relative finalità istituzionali. Ciò, anche tenuto che, come noto, nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni, quali organizzazioni ad *“alta intensità di capitale umane”*, il management delle proprie risorse umane risulta essere una delle principali leve strategiche gestionali.

A tali fini, la Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale è stata ricondotta nell'alveo del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni (PIAO), di cui all'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*.

Il P.I.A.O., comprensivo del P.T.F.P., dovrà essere predisposto:

- a) in una prospettiva triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento;
- b) definire la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) contemplare obiettivi e strumenti di reclutamento, anche relativi alla valorizzazione delle risorse già presenti all'interno dell'Azienda.

In particolare, il comma 2 del suddetto art. 6 del D.L. 80/2021, e ss.mm.ii., stabilisce che il Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: *“compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della legge b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”*.

Il presente documento si pone, quindi, in coerenza con il quadro normativo sin qui delineato, l'obiettivo di delineare il fabbisogno di risorse umane dell'Azienda per gli anni 2026, 2027 e 2028 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle sopra richiamate *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogno di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 173 del 27 luglio 2018, le quali, tra l’altro, prevedono il superamento del concetto di dotazione organica quale mero contenitore statico da cui far discendere la definizione del fabbisogno di personale, a favore di un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il piano triennale del fabbisogno di personale, ivi stabilendosi che l’unico parametro vincolante per le amministrazioni, è costituito dalla spesa potenziale massima per il personale, entro il quale il piano dovrà assestarsi per definire la consistenza di personale e individuare i posti da ricoprire, in coerenza con la propria capacità assunzionale.

La programmazione del fabbisogno di personale (PTFP) si configura come un atto di programmazione che deve esser adottato dal competente organo deputato all’esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii..

Il concetto di fabbisogno di personale implica un’attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- a) quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell’amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, tenendo presente che, sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri che consentano di definire un fabbisogno standard per attività omogenee o per processi da gestire;
- b) qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell’amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell’evoluzione dell’organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare;

Intenzione delle linee di indirizzo è favorire cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati sulle logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni di carichi di lavoro superate sul piano dell’evoluzione normativa e dell’organizzazione del lavoro e delle professioni, lasciando libertà agli organi di indirizzo politico - amministrativo in relazione alle specificità di ciascuna amministrazione ed ai rispettivi ordinamenti.

L’approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale, ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema.

Il presente Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale è, pertanto, definito, tenuto conto dei vincoli finanziari in oggi noti, nonché nella prospettiva di dare continuità agli obiettivi definiti nel ciclo della *performance*, e soprattutto all’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Pertanto, il presente documento potrà essere oggetto di progressivo aggiornamento, ove ci si trovi a fronte di situazioni non prevedibili, non programmabili e/o non preventivabili, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

Tale piano potrà essere, in particolare, suscettibile di ulteriori modificazioni e integrazioni, anche alla luce di nuove indicazioni regionali che potranno pervenire, *medio tempore*, dell’evoluzione del quadro normativo ed economico nazionale e regionale. Al riguardo, occorre evidenziare come sia attualmente in itinere il Disegno di Legge di iniziativa della Giunta Regionale della Regione Liguria n. 19/2025 del 6.11.2025, ad oggetto “Modifiche alla legge regionale 7

dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e altre disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Regionale”, dal quale potrà discendere, nel corso del 2026, una complessiva riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, attraverso, tra l’altro, l’integrazione delle cinque aziende territoriale, ivi compresa A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria, in un unico soggetto a cui competerà il presidio e governo delle attività di assistenza territoriale e di prevenzione, denominato Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria), che si doterà, altresì, di un *operations manager*, per la gestione di servizi comuni in modalità accentrata.

ELABORAZIONE DEL QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE (TRIENNIO 2026-2028)

Tenuto conto del principio, anche di rilevanza economico-finanziaria, di continuità dell’azione amministrativa, la consistenza della dotazione organica osservata al 31 dicembre dell’anno precedente a quello di riferimento risulta essere, senza dubbio alcuno, uno tra i principali fattori da tenere in considerazione ai fini dell’elaborazione della proposta programmatica in esame, tenuto conto, come noto e ampiamente dimostrato dalla letteratura in materia, dell’intrinseca rigidità del costo del personale rispetto agli ulteriori fattori e fatti, anche economici, che insistono nelle scelte di pianificazione strategica e di gestione delle attività dell’Azienda.

Ciò premesso, al 31/12/2025, sono state osservate complessive 4.550 unità di personale impiegate, ripartite come risulta dalle seguenti tabelle:

31 DICEMBRE 2025	
Personale Dipendente	4.239
Contratti di lavoro "flessibili"	40
Personale Convenzionato	271
TOTALE	4.550

Personale Dipendente	31 DICEMBRE 2025		
	A tempo indet.	A tempo det.	Totale
Dirigenza	645	72	717
Comparto	3.463	59	3.522
TOTALI	4.108	131	4.239

Contratti di lavoro "Flessibili"	31 DICEMBRE 2025
Incarichi libero professionali	40
Interinali	0
Co.Co.Co.	0
TOTALI	40

Personale Convenzionato	31 DICEMBRE 2025
Pediatri di Libera scelta	23
Assistenza Primaria(MMG)	153
Continuità Assistenziale	29
GSAT	0
Emergenza San. Territoriale	11
Medici Dei Servizi	6
Specialisti Ambulatoriali	49

DIRIGENZA SANITARIA	DIRETTORE S.C.	38
	DIRETTORE S.C. - DISTRETTO SANITARIO	3
	DIRETTORE S.C. - VETERINARIO	1
	DIRETTORE S.C. - PROFESSIONI SANITARIE	1
	DIRIGENTE MEDICO	556
	DIRIGENTE VETERINARIO	17
	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	6
	DIRIGENTE BIOLOGO	21
	DIRIGENTE FARMACISTA	18
	DIRIGENTE PSICOLOGO	32
	DIRIGENTE SANITARIO RESP SERV. P.P.	1
	DIRIGENTE FISICO	5
TOTALE		699
DIRIGENZA PTA	DIRETTORE S.C. - AMMINISTRATIVO	5
	DIRETTORE S.C. - ANALISTA	1
	DIRETTORE S.C. - INGEGNERE	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	9
	DIRIGENTE INGEGNERE	2
	DIRIGENTE ANALISTA	1
TOTALE		19
COMPARTO		3526
TOTALE		4244

Dal punto di vista metodologico, per definire il fabbisogno di risorse umane delle diverse Strutture, si è tenuto conto, altresì:

- a) degli obiettivi di breve e medio periodo ad oggi noti, tenuto conto e con particolare riguardo alle indicazioni fornite dalla Direzione aziendale;

- b) degli strumenti organizzativi e gestionali discendenti dal Processo di Organizzazione Aziendale (P.O.A.), parte integrante e sostanziale dell'Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 2 approvato, in ultimo, con le Deliberazioni n. 494 del 10.07.2024 e n. 601 del 23.08.2024, che, come previsto all'art. 3, comma 1-*bis*, del D. Lgs. 502/1922;
- c) della necessità di garantire la funzionalità ed ottimizzazione delle risorse compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio e nel rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di spesa di personale e di dotazioni organiche;
- d) delle cessazioni verificatesi nel precedente triennio;
- e) delle assunzioni che risultano essere state già definite per effetto di provvedimenti adottati entro il 31 dicembre 2025, ma la cui presa servizio avrà manifestazione a decorrere dal 1° gennaio 2026;
- f) della capacità di assorbimento del *turn over* di personale, avuto particolare riguardo ai servizi di *line*, e, pertanto, della relativa quota per la quale, anche tenuto conto dell'andamento del mercato occupazionale, non è stato possibile fornire piena risposta;
- g) dei fabbisogni nel tempo formulati da parte delle Strutture aziendali, nel rispetto delle procedure aziendali all'uopo definite;
- h) dell'esigenza di assicurare un opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni, non tanto sotto il profilo della mera sostituzione delle "teste", quanto in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, ponendo attenzione affinché il rapporto entrate/uscite non generi incrementi di spesa, attraverso l'adeguata pianificazione delle immissioni in servizio e una distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio;
- i) delle professionalità presenti e quelle mancanti nella propria dotazione organica, previa individuazione di indicatori e parametri che, partendo dalle informazioni già in possesso o comunque acquisite dalle proprie banche dati con metodi ragionati e sistematizzati, hanno consentito di definire, ottimizzare e razionalizzare quantitativamente e qualitativamente i propri fabbisogni;
- j) della presenza di professionalità infungibili, non fondandole esclusivamente su logiche di mera sostituzione, ma orientando le scelte in base a criteri di priorità, di efficace ed efficiente organizzazione del lavoro e di miglioramento dell'offerta dei servizi al cittadino, focalizzando l'attenzione sui profili specifici la cui acquisizione non risulta procrastinabile per garantire il corretto funzionamento delle attività istituzionali e il perseguimento della *mission* aziendale;
- k) dell'esigenza di ottemperare alle norme e agli indirizzi vigenti in materia di programmazione e gestione delle risorse umane, ivi inclusi quelle relative all'utilizzo delle forme di lavoro flessibile, alle quali l'Azienda farà ricorso ai fini di sopperire le esigenze contingenti, temporanee ovvero straordinarie, nonché per potenziare e/o sostenere progetti, in particolare riferibili ad attività di abbattimento di liste di attesa.

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse umane riferito al biennio 2027-2028, lo stesso è stato elaborato in via previsionale, sulla base dei dati storici delle cessazioni degli ultimi anni, e prevedendo la totale copertura del *turn over*.

PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2026

Preliminarmente, occorre tenere presente che, per quanto concerne il personale del Comparto, le procedure di reclutamento e selezione saranno predisposte tenendo conto del sistema di classificazione del personale, così come definito dal C.C.N.L. 2 novembre 2022 del Comparto Sanità, e ss.mm.ii., relativamente sia alle Aree di afferenza, sia ai profili professionali ivi delineati.

Il Piano delle assunzioni 2026 -2028 ha tenuto conto necessariamente delle direttive regionali in tale ambito, con particolare riferimento alle disposizioni vigenti di cui all'articolo 7, comma 1, della L.R. Liguria 24 dicembre 2010, n. 22, e ss.mm.ii., che dispone testualmente che *“è fatto divieto agli enti del settore regionale allargato, come individuato ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 24 gennaio 2006, n. 2 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Liguria. Legge finanziaria 2006) e successive modifiche e integrazioni, di procedere ad assunzioni di personale a tempo determinato o indeterminato se non previa autorizzazione regionale”*.

Tanto premesso, è verosimile affermare che il quadro assunzionale rimane fortemente condizionato dall'esito della conversione in legge regionale del Disegno di Legge 19/2025, nonché delle disposizioni ed indicazioni che saranno emanate ad essa correlate.

Particolare attenzione è stata posta, quindi, alle direttive in merito impartite da Regione Liguria, che ha nel tempo emanato linee ed indirizzi finalizzati ad agevolare la ripresa del sistema salute, anche mediante la ripresa dell'elezione e l'elaborazione di piani smaltimento delle liste d'attesa, integrando in tale percorso un nuovo piano sociosanitario e mettendo in campo una programmazione di medio e lungo periodo che prevede la partecipazione delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie e ospedaliere, nell'intento di utilizzare le risorse disponibili per elevare il livello dei servizi e potenziare lo sviluppo economico del territorio.

Al riguardo, la programmazione assunzionale risulta informata a criteri di attenta ed oculata gestione delle risorse assegnate all'Azienda, per cui gli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo sono stati improntati, ove possibile, a criteri tesi a garantire:

- un'efficiente programmazione delle attività e di gestione delle risorse;
- un corrispondente miglioramento della capacità di pianificazione e controllo e l'implementazione di tecniche orientate alla pianificazione e al controllo delle risorse economiche, accompagnati dalla finalizzazione a migliori risultati servizio-costi, a favore di un'economicità del servizio quali-quantitativo;
- un approccio predefinito che consenta di assicurare che ogni attività necessaria all'ottenimento del risultato atteso sia realizzata;
- una politica finanziaria orientata all'efficienza, all'efficacia e all'economia, nel quadro delle risorse regionali assegnate;
- azioni amministrative e progetti agiti con il criterio principale della sostenibilità, nel rispetto dei tetti di spesa definiti sia dalla normativa nazionale, sia dalle disposizioni regionali nella loro globalità;
- attenzione costante alla effettiva perseguibilità delle scelte amministrative.

Le azioni messe in campo per operare una programmazione efficace hanno comportato un significativo impegno sotto il profilo organizzativo e gestionale, per cui l'Azienda, *in primis*, ha

coinvolto le Strutture aziendali non sanitarie al fine di operare piani di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse umane al proprio interno, possibilmente privilegiando scelte di potenziamento dei servizi di *line*, ovvero di maggior prossimità al cittadino/utente, il tutto nel quadro di azioni finalizzate a recuperare efficienza e produttività, anche mediante rivisitazione dei processi di lavoro, riallocazione di funzioni ed attività e redistribuzione ponderata e razionale dei carichi di lavoro.

In tale quadro, la programmazione delle assunzioni 2026 – 2028 risulta contraddistinta da scelte prudenziali anche per quanto concerne la dotazione organica aziendale e le relative consistenze economico-finanziarie, privilegiando, da un lato, il mantenimento di livello dei servizi esistenti e, dall'altro, azioni di carattere temporaneo, eventualmente con orizzonti temporali circoscritti e di medio periodo, che consentono, comunque, spazi di manovra e margini di rivisitazione del proprio attuale assetto organizzativo e gestionale, in ragione del mutevole contesto nel quale l'Azienda deve operare, continuando a fornire risposte adeguate alla collettività relativamente ai servizi erogati.

Ciò, in coerenza con i principi delineati dalla D.G.R. n. 194/2020, nell'ambito della quale Regione Liguria aveva rappresentato che risultava responsabilità primaria del top management privilegiare prioritariamente la riallocazione delle risorse e del personale in servizio, nonché la razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi e delle strutture, ai fini di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi e l'ottimale funzionamento delle strutture senza nuovi o maggiori oneri di finanza pubblica.

In tale prospettiva, il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, da un lato, e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, dall'altro, costituiscono, in ogni caso, condizioni irrinunciabili per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

In correlazione a quanto sin qui evidenziato, le politiche del personale per il triennio 2026 – 2028 e, particolarmente, per l'annualità 2026, si conformano ai seguenti principi, desumibili dalle direttive regionali, e precisamente:

- gestione rigorosa ed oculata degli organici, attraverso la programmazione e la pianificazione delle assunzioni - quale momento fondamentale per determinare, sia in termini quantitativi che qualitativi, il fabbisogno di personale nel medio periodo –, tenuto conto delle effettive necessità assistenziali, degli indirizzi e obiettivi discendenti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, nonché in coerenza con i vincoli normativi e finanziari vigenti e con gli indirizzi impartiti dall'Amministrazione regionale in materia di contenimento della spesa;
- opportuno bilanciamento delle assunzioni e delle cessazioni in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, attraverso l'adeguata calendarizzazione delle immissioni in servizio, la distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio finanziario e lo sviluppo di processi di redistribuzione e riqualificazione del personale, incentivando la sinergia interna e la condivisione di risorse umane e competenze, nonché favorendo il ricambio generazionale;
- compatibilmente con gli spazi di manovra finanziari e con le norme di riferimento, progressiva riduzione delle forme di lavoro atipiche e/o riconducibili al fenomeno del c.d. "precariato", privilegiando la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato e la realizzazione di azioni strutturali interne, a vantaggio di soluzioni improntate a maggior

stabilità, fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata, al fine di garantire i servizi essenziali previsti, anche attraverso la facoltà di avvalersi delle procedure previste all'art. 1, comma 268, lettera b) della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e ss.mm.ii.;

- adeguata attenzione per quanto concerne il ricorso a forme flessibili di impiego, ai fini della coerenza della programmazione (ove contempli tali tipologie) con i requisiti ed i presupposti normativi – con particolare riferimento all'art. 36 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nel rispetto delle norme nel tempo emanate relative all'individuazione di forme speciali di reclutamento, connesse ad alcune note carenze di particolari profili professionali dell'ambito sanitario (in particolare medici specialisti), e in ordine alla necessità di sostenere azioni di potenziamento delle attività di abbattimento liste di attesa, anche connesse al periodo post-emergenziale.

Per quanto concerne le azioni concrete per l'esercizio 2026, anche in relazione alle necessità sopra evidenziate, risultano impiegati gli strumenti messi a disposizione dall'ordinamento, tra i quali si citano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il ricorso agli strumenti di reclutamento definiti dal D.L. n. 35/2019 (L. n. 60/2019) (c.d. Decreto Calabria), sia l'istituto del c.d. trattenimento in servizio, in oggi non più limitato alla sola dirigenza medica, ma esteso, previa verifica dei relativi presupposti normativi ed organizzativi, anche al restante personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel prospetto allegato A) sono riportate le procedure selettive indette o che si prevede di espletare nel corso del 2026.

Allegati:

Allegato 1: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2026/2027/2028

Allegato A: Procedure di reclutamento anno 2026

Sezione 4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Le attività di monitoraggio relative alle sottosezioni 2.1 Valore Pubblico e 2.2 Performance avvengono secondo le modalità stabilite dal D.lgs. 150/2009.

L'ASL2, come meglio descritto nei paragrafi 2.1.1. e 2.2.1, sulla base degli obiettivi definiti monitora il grado di attuazione e raggiungimento degli stessi, anche al fine di intraprendere azioni correttive in caso di scostamenti dal target stabilito.

Nell'ambito del sistema di monitoraggio e valutazione delle performance l'amministrazione riconosce il ruolo fondamentale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che svolge un'azione propositiva in ordine alla verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione.

4.2 MONITORAGGIO PREVENZIONE E CORRUZIONE

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione alla corruzione e trasparenza sono descritte nella sezione 2.3.9.

Il RPCT predispone e cura la pubblicazione della Relazione annuale ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012.

Sezione 5. ALLEGATI

5.1 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 2.3

Allegato 1: Rapporto sulle attività svolte nel 2024 dal Gruppo di lavoro interaziendale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria ai sensi della DGR n. 957 del 28/10/2021 (All. 1 - Rapporto attività 2025 Gruppo Regionale);

Allegato Unico: Obblighi di pubblicazione, Catalogo mappatura processi e valutazione rischi, Programmazione misure prevenzione (ALLEGATO UNICO);

Allegato A: Anticorruzione e Trasparenza (all. A - Anticorruzione Trasparenza);

Allegato B: Trasparenza (all. B – Trasparenza).

5.2 ALLEGATI DELLA SOTTOSEZIONE 3

Allegato 2: Sezione 3 del P.I.A.O. - Organizzazione e Capitale Umano (Struttura Organizzativa, Organizzazione del Lavoro Agile, Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale) (ALLEGATO 2 Sezione 3).

ANTICORRUZIONE - TRASPARENZA			
OBIETTIVI DI BUDGET 2025- R.P.C.T. CERTIFICATORE DI I^ ISTANZA			
Struttura Complessa	Descrizione Obiettivo	Indicatore di Performance	Monitoraggio raggiungimento obiettivi
S.C. Sistemi Informativi Aziendali - S.I.A.	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
	Misure di presidio delle procedure a rischio correlato al PNRR relativamente al conflitto di interessi e antiriciclaggio	Rispetto obblighi di pubblicazione dati su disposizioni regionali	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
		Attività di mappatura dei rischi correlati al PNRR	Obiettivo raggiunto: acquisito riscontro al 30/11/2025 con mappatura dei rischi.
S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
	Misure di presidio delle procedure a rischio correlato al PNRR relativamente al conflitto di interessi e antiriciclaggio	Rispetto obblighi di pubblicazione dati su disposizioni regionali	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
		Attività di mappatura dei rischi correlati al PNRR	Obiettivo raggiunto: acquisito riscontro al 30/11/2025 con mappatura dei rischi.
S.S.D. Privacy	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
	Controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interessi, anche con riferimento al divieto di pantouflage, sull'inconferibilità e l'incompatibilità	Effettuare controlli tra il 5% e il 10% dei neoassunti nel semestre precedente sul conflitto di interessi, inconferibilità e incompatibilità	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
		Invio del report semestrale sui controlli tra il 5% e il 10% del personale cessato nel semestre precedente per dimissioni volontarie sul divieto di pantouflage con utilizzo della modulistica aggiornata predisposta dal Gruppo Regionale RPCT	Obiettivo raggiunto: al 31/07/2025 completato il controllo sul 100% del personale cessato per dimissioni volontarie periodo 01/07/2024-31/12/2024; al 12/11/2025 completato il controllo sul 100% del personale cessato per dimissioni volontarie periodo 01/01/2025-31/10/2025. Non sono state evidenziate criticità.
S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e fondi contrattuali	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
	Controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interessi, anche con riferimento al divieto di pantouflage, sull'inconferibilità e l'incompatibilità	Invio del report semestrale sui controlli tra il 5% e il 10% del personale cessato nel semestre precedente per dimissioni volontarie sul divieto di pantouflage con utilizzo della modulistica aggiornata predisposta dal Gruppo Regionale RPCT	Obiettivo in itinere: al 31/07/2025 avviata procedura di acquisizione dichiarazioni dei dipendenti pensionati e/o pensionandi; report sui controlli tra il 5% e il 10% del personale cessato relativamente al divieto di pantouflage in scadenza al 31/12/2025.
S.C. Nuovo Ospedale Santa Corona	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
S.C. Provveditorato	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
	Controlli sulla nomina di componenti della commissione giudicatrice di gara ex art. 93, co. 5 D.lgs. 36/2023: casellari giudiziali, verifica autodichiarazioni assenza conflitto di interessi D.P.R. 445/2000 e D.P.R. 62/2013, attestato di servizio (nota prot. n. 14243/2025)	Numero verifiche effettuate nel corso dell'anno 2025	Obiettivo in itinere: effettuate le verifiche previste al 30/06/2025; nessuna procedura aggiudicate al 31/09/2025; in itinere le verifiche previste entro il 31/12/2025.
S.C. Formazione, Innovazione, Sviluppo Professionale e dei processi assistenziali	Corso aziendale sul Codice di Comportamento	Trasmissione monitoraggi della partecipazione da parte del personale	Obiettivo raggiunto: acquisiti i dati relativi al numero di dipendenti iscritti alla formazione a distanza che hanno completato il percorso formativo con esito positivo rispettivamente il 30/06/2025 e il 31/10/2025.
	Aggiornamento e integrazione del corso inerente la Legge 190/2012	Predisposizione ed attuazione corso FAD in materia di Anticorruzione, monitorando il livello di partecipazione	Obiettivo raggiunto: conferma dell'effettiva attivazione del corso sulla piattaforma e-learning aziendale alla data del 31/10/2025.
S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
S.C. Centro Controllo Direzionale	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.
S.C. Bilancio e Contabilità	Amministrazione Trasparente	Rispetto delle tempistiche di aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente delle sezioni di propria competenza sul sito istituzionale aziendale	Obiettivo con scadenza al 31/12/2025.

MISURE CORRELATE AL DIVIETO DI PANTOUFLAGE	
INDICAZIONI FORNITE DA REGIONE LIGURIA	MISURE ADOTTATE
con nota Prot. n. 2025-0163380 del 24/03/2025 Regione Liguria ha trasmesso le procedure operative per l'attuazione dei controlli sul divieto di pantouflage	con nota Prot. n. 30747 del 27/03/2025 l'RPCT trasmetteva alla S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata indicazioni operative con la previsione del monitoraggio semestrale per il 2025
	In data 14/04/2025, prot. n. 37247, veniva predisposta circolare esplicativa per i Direttori e Dirigenti. Il successivo 15/04/2025: 1. veniva pubblicata sulla Intranet Aziendale la Circolare esplicativa sopraddetta in tema di Pantouflage avente ad oggetto: <i>Attività di prevenzione della corruzione. Applicazione delle prescrizioni di cui all'articolo 53 ("Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi"), comma 16-ter, D.Lgs. N. 165/2001. - Circolare in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage/"revolving doors"/"porte girevoli");</i> 2. veniva pubblicata sul Sito web Aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente alla Sottosezione "Altri Contenuti" (percorso: Home>Amministrazione Trasparente>Altri Contenuti>Atti di adeguamento a provvedimenti CIVIT/ANAC>Circolare in materia di svolgimento attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro); 3. veniva trasmessa sia alla Direzione Strategica, che ai Direttori di Struttura Complessa.
MISURE DI PREVENZIONE TRASVERSALI-ACCESSO AI PLESSI AZIENDALI DEGLI INFORMATORI DEL FARMACO E PRESIDÌ	
INDICAZIONI FORNITE DA REGIONE LIGURIA	MISURE ADOTTATE
Con nota protocollo n. 2023-0033567/11/01/2023 avente ad oggetto "Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici", il Dipartimento Salute e Servizi Sociali di Regione Liguria ha evidenziato la necessità per ciascuna Azienda Sanitaria di disciplinare e regolamentare con trasparenza le modalità di accesso degli Informatori Scientifici del farmaco, tramite l'adozione di un Regolamento. È stato quindi trasmesso il Regolamento approvato da Regione Liguria ed elaborato dal Gruppo Regionale degli RPCT.	1. lo schema di Regolamento ricevuto da Regione Liguria è stato condiviso con nota Prot. n. 123899 del 20/12/2023 sia con le Strutture interessate, che con la Direzione Strategica Aziendale, nell'ottica di attivare una procedura aperta alla partecipazione delle componenti aziendali per una migliore stesura del documento; 2. è stata effettuata complessa istruttoria con i contributi delle componenti aziendali interessate; 3. con Deliberazione del Direttore Generale n. 641 del 05/09/2025, è stato adottato il "Regolamento Aziendale relativo all'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" 4. il Regolamento adottato è stato pubblicato su Intranet Aziendale e su Sito Web nella Sezione Amministrazione Trasparente (percorso: Home> Amministrazione trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione Regolamenti per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità).
VERIFICHE SUI MODULI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'	
E' stato dato impulso alla raccolta/verifica delle dichiarazioni di Inconferibilità e Incompatibilità per i titolari di incarico dirigenziale Area Funzioni Locali P.T.A. e Area Sanità.	1. istruttoria con S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata per verifiche sulla modulistica esistente in relazione alla normativa in essere; 2. predisposizione di modulo aggiornato denominato "DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E INCONFERIBILITA' 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 all'atto dell'assunzione/del conferimento dell'incarico o in caso di variazione dell'incarico pre-cedentemente conferito e relativamente all'incompatibilità, anche mediante aggiornamento con cadenza ANNUALE)"; 3. comunicazione 16/10/2025 S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata a tutto il personale interessato .
VERIFICHE SULL'ACQUISIZIONE DEI DATI REDDITUALI E PATRIMONIALI	
DIRETTIVE PERVENUTE DA REGIONE LIGURIA	MISURE ADOTTATE
obbligo di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali e orientamenti giurisprudenziali 2025	1. Nota prot. n. 44050 del 07/05/2025 S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata acquisizione dati reddituali e patrimoniali personale dirigenziale -Modello Regionale n. 11 pubblicato sul sito aziendale; 2. Nota prot. n. 60401 del 17/06/2025 S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata di conferma circa la necessità di raccolta dei dati tramite compilazione dei modelli dedicati "Mod. 11" e "Mod. 11 bis"; 3. Successivi approfondimenti sul tema con RPCT e, in data 15/07/2025 ,con i componenti dell'OIV aziendale in ordine alle modalità operative di acquisizione dei rdati.

TRASPARENZA		
AGGIORNAMENTO SCHEDE TIPOLOGIE DI PROCEDIMENTO		
Home>Amministrazione Trasparente>Attività e porcedimenti>Tipologie di procedimento		
Tipologie di procedimento	Pubblicazione della scheda di procedimento ex art. 35 D.lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi ed ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati". Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza.	Affari Generali e Legali
		Assistenza Anziani e Disabili
		Bilancio e Contabilità
		Centro Controllo Direzionale
		Direzione medica presidio Levante
		Direzione medica presidio Ponente
		Distretti sanitari
		Farmaceutica
		Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata
		Igiene degli Alimenti di Origine Animale
		Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
		Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche
		Igiene e Sanità pubblica
		Patrimonio e Gestione Tecnica
		Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
		Qualità Accreditamento e Rischio Clinico
		Sanità animale
		URP - Relazioni esterne
		Provveditorato
		SERD
		Sistemi Informativi Aziendali
AGGIORNAMENTO BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO		
Home>Amministrazione Trasparente>Beni immobili e gestione patrimonio		
Beni Immobili e gestione patrimonio	Patrimonio Immobiliare	Inserito l'aggiornamento al 31/12/2024 con file in formato sia pdf, che editabile nella sezione Amministrazione Trasparente del sito.
	Canoni di locazione o affitto	Inserito l'aggiornamento al 31/12/2024 con file in formato sia pdf, che editabile nella sezione Amministrazione Trasparente del sito.
AGGIORNAMENTO SERVIZI EROGATI		
Home>Amministrazione Trasparente>Servizi erogati		
Servizi erogati	Costi Contabilizzati	Inserito l'aggiornamento al 31/12/2024 con file in formato editabile.
	Servizi in rete	Sottosezione "Statistiche servizi in rete": inserito l'aggiornamento al 31/12/2024 con report in formato .pdf e tabella in formato editabile. Sottosezione "Rilevazione soddisfazione utenti": inserito l'aggiornamento con file in formato .pdf.
ATTESTAZIONI OIV, O STRUTTURE CON FUNZIONI ANALOGHE, SULL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE RIFERITI ALL'ANNUALITA' 2024		
(Obblighi di pubblicazione ai sensi del D.lgs. 33/2013)		
Risultati dei Rilievi effettuati dall'Organismo Indipendente di Valutazione	Rilevazione disponibile nella sezione Amministrazione Trasparente del sito Internet Aziendale, al link: https://www.asl2.liguria.it/amministrazione-trasparente/personale/oiv/documents/nucleo-di-valutazione-aziendale.html	

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine)	Reclutamento	1	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Medio	Medio	Medio	B-D-H-K	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Direttive ministeriali e regionali; 3) Giurisprudenza; 4) Regolamenti aziendali: a. Regolamento per il conferimento incarichi ex art. 15 Septies D.Lgs. 502/1992, approvato con deliberazione n. 591 del 02/08/2018; b. Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di Direzione di Struttura Complessa a Dirigenti sanitari, approvato con deliberazione n. 881 del 22/11/2018; c. Regolamento aziendale per le assunzioni a tempo determinato, approvato con deliberazione n. 909 del 10/12/2018; d. Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di Direttore di Distretto Sanitario, approvato con deliberazione n. 1012 del 27/12/2018; 5)PQA RU 101 - Procedura di acquisizione personale dipendente (in corso di revisione ai fini della verifica di certificazione); 6)Pubblicazione/Trasparenza.
		2	Esercizio di pressioni esterne su responsabili o dirigenti per favorire l'assunzione di un determinato professionista.	Medio	Basso	Medio	B-E-F-I-K-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Adeguata formazione dei Segretari di Commissione di Concorso che hanno il compito principale di garantire il rispetto delle norme e delle procedure previste dal bando di concorso; 3)Verifica di conflitti di interesse /eventuali incompatibilità; 4) Adeguata pubblicità delle procedure di selezione; 5) Regolamenti aziendali (vedasi Misure di prevenzione punto 1);
		3	Gestione delle procedure di acquisizione delle risorse umane	Medio	Basso	Medio	B-D-H-K	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2)Direttive ministeriali e regionali; 3) Giurisprudenza; 4) Pubblicazione/Trasparenza.
		4	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Medio	Medio	Medio	D-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Direttive ministeriali e regionali; 3) Giurisprudenza; 4) Regolamenti aziendali (vedi Misure di prevenzione punto 1); 5) Sorteggio pubblico dei componenti della commissione di concorso; 6) Nomina regionale; 7) Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione concorsi, delle nomine delle commissioni.
		5	Mancaanza di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali in modo tale che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria (ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento).	Medio	Basso	Medio	A-E-F-G-H	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e Regolamenti; 2)Indicazione delle modalità operative da parte del Responsabile di Struttura; 3) Condizioni organizzative che consentano di applicare il principio di rotazione del personale; 4) Attivazione di una serie di misure preventive tra cui, ad esempio, l'istituzione di un sistema di cartelle condivise accessibili a gruppi omogenei di responsabili ed operatori coinvolti su funzioni, processi e tematiche anche di natura trasversale; tale sistema consente la gestione documentale partecipata, agevolando il concorso e l'apporto di competenze secondo criteri lean, connotati da maggiore celerità e tempestività di intervento, in vista della produzione di atti e provvedimenti deliberativi
		6	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Medio	Medio	Medio	D-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Direttive ministeriali e regionali; 3) Giurisprudenza; 4) Regolamenti aziendali; 5) Criteri predefiniti dalla Commissione; 6) Verbalizzazione della procedura concorsuale; 7) Pubblicazione/Trasparenza.
	Mobilità interna ed esterna	7	Insufficienza dei criteri di selezione e ampia discrezionalità nel processo	Medio	Medio	Medio	B-F-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2)Accordi sindacali e Regolamenti Aziendali; 3)Procedure selettive trasparenti (pubblicazione avvisi sul sito istituzionale e sulla Intranet Aziendale).
	Progressioni di carriera	8	Adozione di procedure non trasparenti. Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	Basso	Basso	Basso	D-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme negoziali (C.C.N.L., C.C.I.A.); 2) Accordi Aziendali; 3) Procedure Selettive; 4) Atto deliberativo.
	Cessazioni per dimissioni volontarie	9	Rischio derivante da personale dipendente che abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nel corso del rapporto di lavoro e che, nei tre anni successivi alla cessazione dal servizio per dimissioni volontarie, abbia prestato attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i poteri dai medesimi esercitati.	Medio	Medio	Medio	B-C-F-K-L	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali	1) Norme di legge e Regolamenti; 2) Inserimento di apposita clausola nel contratto di assunzione "divieto di pantouflage ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001"; 3) Procedure interne aziendali che prevedano adeguati controlli con cadenza semestrale. 4) Richiesta al dipendente di compilazione di adeguata modulistica all'atto dell'assunzione e della cessazione del relativo rapporto di lavoro;
	Trattenimento in servizio	10	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità del trattenimento in servizio.	Medio	Medio	Medio	D-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali	1) Norme di legge e Regolamentoio Aziendale 2) Procedure interne aziendali . 3) relazione in merito al fabbisogno della figura professionale da trattanere; 3) verifica dell'assenza o dell'insufficienza di profili professionali già operanti all'interno dell'Azienda.
	Conferimento di incarichi libero professionali	11	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari o di aggirare i vincoli in materia di assunzione del personale dipendente.	Molto basso	Basso	Basso	B-D-L	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge nazionale e regionale; 2) Giurisprudenza; 3) Regolamento aziendale: Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con rapporto di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 165/2001, approvato con deliberazione n. 650 del 9/09/2025; 4) Atto deliberativo (indicazione specifica della motivazione e dei costi).
		12	Mancato utilizzo di competenze interne.	Basso	Basso	Basso	B-F-I	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Regolamento aziendale: Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con rapporto di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 165/2001, approvato con deliberazione n. 650 del 9/09/2025; 2) dettagliata relazione in merito alla necessità di ricorso al professionista esterno; 3) verifica dell'assenza o dell'insufficienza di profili professionali già operanti all'interno dell'Azienda.
		13	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Basso	Basso	Basso	B-D-K	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge nazionale e regionale; 2) Giurisprudenza; 3) Regolamento aziendale: Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con rapporto di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 165/2001, approvato con deliberazione n. 666 del 21/09/2018; 4) Atto deliberativo.

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
	Istituti incentivanti trattamento economico accessorio	14	Mancato rispetto dei criteri definiti dal C.I.A. in relazione all'assegnazione del budget per la retribuzione di risultato.	Molto basso	Molto basso	Molto basso	C-D-F-E	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali	1) C.C.I.A.; 2) Accordi sindacali; 3) Procedura informatizzata per il calcolo dell'incentivo individuale.
	Conferimenti incarichi di docenza Corsi residenziali ECM e non ECM	15	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri.	Basso	Medio	Medio	D-L-N-E	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge e regolamenti; 2) Direttive ministeriali e regionali; 3) Normativa Negoziale (CCNL); 4) Regolazione aziendale per il conferimento di incarichi di docenza, approvato con deliberazione n. 614 del 07/08/2019; 5) Individuazione congiunta con Direttore Scientifico del corso, Direttore Dipartimento e Referenti Az. Formazione.
	Autorizzazione incarichi, attività dipendenti e vigilanza	16	Violazione del rispetto delle norme sull'incompatibilità e sul conflitto di interesse	Basso	Medio	Medio	K-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge; 2) Controlli Servizio Ispettivo/Guardia di Finanza; 3) Verifiche sulle richieste finalizzate ad accertare se il soggetto che conferisce l'incarico sia inserito o meno nell'albo fornitori aziendale.
	Incarichi dirigenziali e di facente funzioni	17	Violazione delle norme in materia, al fine di agevolare candidati particolari	Medio	Medio	Medio	B-C-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge; 2) Giurisprudenza; 3) Regolamenti aziendali, di cui della S.C. Risorse Umane: a. Regolamento Aziendale per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area Medica, Veterinaria, Sanitaria e Professionale, Tecnica e Amministrativa, approvato con deliberazione n. 390 del 22/05/2019; 4) Accordi sindacali 5) PGA R.U. Rev. 0 del 10/05/2017 Procedura di conferimento incarico di facente funzioni del direttore di struttura complessa are medica, veterinaria, sanitaria e P.T.A.
Applicazione istituti contrattuali	Applicazione di istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (permessi autorizzati a vario titolo, part-time, aspettative, congedi retribuiti e non retribuiti ecc.)	18	Omissione di controllo e corsie preferenziali nella trattazione delle pratiche	Medio	Medio	Medio	B-D-E	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge; 2) Norme negoziali (C.C.N.L., C.C.I.A.); 3) Giurisprudenza; 4) Regolamenti Aziendali; 5) Accordi sindacali; 6) Controlli di veridicità sulle autocertificazioni.
		19	Concessione/autorizzazione alla fruizione di benefici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	Medio	Medio	Medio	B-D-E	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge; 2) Norme negoziali (C.C.N.L., C.C.I.A.); 3) Giurisprudenza; 4) Regolamenti Aziendali; 5) Accordi sindacali; 6) controlli di veridicità sulle autocertificazioni; Deliberazione/Determinazione. 7)
Valutazione del personale	Compilazione scheda di valutazione della performance individuale del dipendente da parte del Dirigente Responsabile	20	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità da parte del Responsabile	Basso	Basso	Basso	F-L-N	Tecnico Amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali	1) Misure specifiche del Codice di Comportamento Aziendale e delle linee guida ANAC; 2) Osservanza della normativa di riferimento.

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Rilevazione presenze	Attestazione della presenza in servizio.	21	Falsa attestazione della presenza in servizio.	Basso	Medio	Medio	B-D	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Misure specifiche del Codice di Comportamento; 2) Regolamento aziendale per la concessione dei permessi orari retribuiti, approvato con deliberazione n. 219 del 20/03/2019; 3) Direttive aziendali; 4) Piano dei controlli presenze personale dipendente PdC 102; 5) Informatizzazione autorizzazioni, ferie, regolarizzazione omesse timbrature (Portale del Dipendente); 6) Verifica in tempo reale della timbratura del dipendente da parte dei Responsabili; 7) Ampliamento utilizzo codice "150": utilizzo in tutti i casi in cui l'attività di servizio esterna viene svolta in un luogo dove non è presente un terminale.
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	22	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa.	Basso	Basso	Basso	M-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Economato e Logistica S.C. Sistemi Informativi e Ingegneria clinica	1) Procedure informatiche CONSIP/MEPA/ARCA SINTEL 2) Determinazione a contrarre 3) Pubblicità. 4) Segregazione delle funzioni. 5) Richiesta svolgimento procedure centralizzate per importo pari o superiore a euro 140.000,00
	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	23	Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara di appalto.	Basso	Basso	Basso	L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	1) Programmazione degli acquisti di beni e servizi di importo superiore a € 140.000,00 2) per acquisti di beni e servizi di importi inferiore a € 140.000,00 Regolamenti aziendali n. 1059 del 23/12/2016 (Acquisizione di beni e servizi) e n. 758 del 21.12.2011 (lavori). 3) Procedure informatiche CONSIP/MEPA/ARCA SINTEL per le tutte le procedure di acquisto di importo superiore a € 5.000,00 Iva esclusa . 3)Pubblicità sul sito aziendale area Amministrazione Trasparente , PAD e BDNCP
	Requisiti di qualificazione	24	Negli affidamenti di servizi e forniture, favoreggiamento di una impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	Molto Basso	Medio	Basso	M-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	1) Programmazione degli acquisti di beni e servizi di importo superiore a € 140.000,00 2) per acquisti di beni e servizi di importi inferiore a € 140.000,00 Regolamenti aziendali n. 1059 del 23/12/2016 (Acquisizione di beni e servizi) e n. 758 del 21.12.2011 (lavori). 3) Procedure informatiche CONSIP/MEPA/ARCA SINTEL per le tutte le procedure di acquisto di importo superiore a € 5.000,00 Iva esclusa . 3)Pubblicità sul sito aziendale area Amministrazione Trasparente , PAD e BDNCP
	Requisiti di aggiudicazione	25	Mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge e dalla giurisprudenza nella nomina della commissione giudicatrice.	Molto Basso	Medio	Basso	B-D-F-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA NOMINA E FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI EX ART. 93 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI DELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI SERVIZI E FORNITURE DA AGGIUDICARSI CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA BASATA SUL MIGLIOR RAPPORTO QUALITÀ/PREZZO AI SENSI DELL'ART. 108, COMMA 2 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI INDETTE DALLA S.C. PROVVEDITORATO.
	Valutazione delle offerte	26	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	Molto Basso	Medio	Basso	B-E-H	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA NOMINA E FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI EX ART. 93 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI DELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI SERVIZI E FORNITURE DA AGGIUDICARSI CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA BASATA SUL MIGLIOR RAPPORTO QUALITÀ/PREZZO AI SENSI DELL'ART. 108, COMMA 2 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI INDETTE DALLA S.C. PROVVEDITORATO.
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	27	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	Molto basso	Medio	Basso	B-E-H	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA NOMINA E FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI EX ART. 93 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI DELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI SERVIZI E FORNITURE DA AGGIUDICARSI CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA BASATA SUL MIGLIOR RAPPORTO QUALITÀ/PREZZO AI SENSI DELL'ART. 108, COMMA 2 DEL D.LGS. N. 36/2023 E SMI INDETTE DALLA S.C. PROVVEDITORATO. Per le procedure di gara ASL da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo, la verifica dell'anomalia viene effettuata dagli algoritmi della piattaforma Sintel utilizzata.
	Procedure negoziate	28	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	Molto basso	Medio	Basso	E-F-G-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	PQA 1245 Acquisti in esclusiva
	Affidamenti diretti	29	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti diretti di importo fino ad un milione di euro LA SOGLIA PER GLI AFFIDAMENTI DIRETTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI E' PARI A € 140.000,00 IVA ESCLUSA	Basso	Medio	Medio	E-D-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Regolamento aziendale 1059 del 23.12.2016 acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria
		30	Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislativamente previste.	Basso	Medio	Medio	E-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	D. Lgs. N. 36/2023 e s.m.l. riforma digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, per acquisti di beni e servizi di importo superiore a € 5 mila è obbligatorio utilizzare le PAD (MEPA/Sintel); Regolamento aziendale n. 1059 del 23,12,2016

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Revoca del bando	31	Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	Basso	Medio	Medio	E-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; Ingegneria clinica S.S.D.	Pubblicazione del provvedimento di revoca sulle PAD certificate e sul sito dell'Amministrazione
	Redazione del cronoprogramma	32	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguaragni da parte dello stesso esecutore. Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	Basso	Medio	Medio	B-E-I-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; Ingegneria clinica S.S.D.	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Verifiche da parte del RUP DEC sugli Stati Avanzamento Lavori. 3) Attento esame in sede di valutazione.
	Varianti in corso di esecuzione del contratto	33	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	Basso	Medio	Medio	B-E-I-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	1) gestione digitalizzata del le fasi e degli eventi del contratto di appalto pubblico tramite compilazione delle schede ANAC e trasmissione alla BDNCp. 2) Verifica da parte DEC
	Subappalto	34	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota-lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture.	Molto basso	Medio	Basso	B-E-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Economato: Controllo del direttore esecuzione e referente del servizio interessato.
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	35	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivanti dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.	Molto basso	Medio	Basso	B-E-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	1) Norme di legge e regolamenti. 2) Coinvolgimento S.C. Affari Generali e Legali
	Proroghe/ Prosecuzioni rapporto contrattuali	36	Elusione delle norme sulle procedure ad evidenza pubblica per favorire il fornitore.	Molto basso	Medio	Basso	B-E-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	1) Programmazione acquisti di beni e servizi di importo superiore a € 140.000,00 iva esclusa. 2) adesione a convenzioni regionali/nazionali
Affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici)	Appalti sotto soglia comunitaria	37	Possibile incremento del rischio di frazionamento, possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico	Medio	Medio	Medio	B-E-I-M	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 49 (principio di rotazione) e art. 50 D.Lgs. 36/2023. Regolamento aziendale 1059 del 23,12,2016
	Appalti sopra soglia	38	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata	Medio	Medio	Medio	D-E-I-L	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	Programmazione acquisti di beni e servizi di importo superiore a € 140.000,00 iva esclusa : pianificazione procedure di gara SUAR; PQA 1245 Acquisti in esclusiva
	Appalto integrato	39	Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopprimere a carenze, anche tramite varianti in corso d'opera.	Medio	Medio	Medio	C-G-H	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 44 D.Lgs. 36/2023
	Disciplina del subappalto	40	Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto.	Medio	Medio	Medio	D-M-N	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 119 D.Lgs. 36/2023; autorizzazione al Sub.appalto tramite compilazione scheda ANAC trasmessa alla BDNCp; verifiche del DEC
	Disciplina del CCT (Collegio Consultivo Tecnico)	41	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (S.A. o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Medio	Medio	Medio	B-J-K-N	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 215 D.Lgs. 36/2023 e All. V.2

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Contratti finanziati in tutto o in parte con risorse del PNRR	Realizzazione di investimenti	42	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata con riferimento a condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non ipotizzabili alla S.A. e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	Medio	Medio	Medio	A-G-H-J	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 48 c. 3 D.L. n. 77/2021
	Affidamenti PNRR, PNC e UE	43	Nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi.	Medio	Medio	Medio	L-K-N	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 48 c. 4 D.L. n. 77/2021
	Premio di accelerazione	44	Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza dei verificarsi delle circostanze previste dalle norme.	Medio	Medio	Medio	B-E-I	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 50 c. 4 D.L. n. 77/2021
	Semplificazione acquisti di beni e strumenti informatici strumentali alla realizzazione del PNRR	45	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure.	Medio	Medio	Medio	B-C-J	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica; S.C. Provveditorato; S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA S.S.D. Ingegneria clinica	Art. 53 D.L. n. 77/2021
	Gara	46	Stesura del capitolato di gara - Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico stende una capitolato di gara che contiene criteri di valutazione che favoriscono una stakeholder esterno con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convinvente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche che lo pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità nella definizione del fabbisogno delle opere e dei relativi servizi e dei beni (apparecchiature, attrezzature). Gli interventi da finanziare come PNRR sono soggetti ad autorizzazione ministeriale.	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"		Tecnico amministrativo	Provveditorato/Struttura interessata alla gara	1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabili (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.
		47	Composizione Commissione di gara - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico (commissario di gara) ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante alla gara rispetto ad un altro esprimendo giudizi non obiettivi (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convinvente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche). Le gare sono svolte dalla SUAR che si può avvalere di dipendenti delle singole aziende sanitarie.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Bassa discrezionalità- ANAC -> Linee guida n.5, attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici", approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1190 del 16/11/2016, aggiornate con Decreto Legislativo del 19/04/2017 n. 56 con Deliberazione del Consiglio n. 4 del 10 gennaio 2018 e modifiche del 2019	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"		Tecnico amministrativo	Direzione Aziendale	1) Identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche e processi che potrebbero far emergere un conflitto i interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto dei soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.
		48	Nomina del RUP - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il responsabile unico di progetto (RUP) può agevolare il stakeholder esterno nella programmazione, progettazione e esecuzione del contratto. I RUP nominati dalla SUAR sono spesso dipendenti delle aziende sanitarie.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità - nomine effettuate dalla Stazione Appaltante Unica Regionale (SUAR)	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"		Tecnico amministrativo	Direzione Aziendale	1) Identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto i interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto dei soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.
	Concorso pubblico	49	Nomina del DEC - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il direttore esecutivo del contratto (DEC) può agevolare l'affidatario/esecutorio del progetto non denunciando eventuali difformità rispetto all'intervento aggiudicato con la gara (variazioni non legittimamente autorizzate).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità perché di nomina del Responsabile della Struttura su indicazione del RUP	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"		Tecnico amministrativo	Direzione Aziendale	1) Identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto i interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto dei soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.
		50	Stesura del bando/avviso di selezione/incarico - Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico stende un avviso/bando di selezione che contiene criteri di valutazione che favoriscono una stakeholder esterno con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convinvente, parenti od affini entro il II grado, Attività politiche, professionali, economiche che li pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Alta discrezionalità della definizione del fabbisogno del personale	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"		Tecnico amministrativo	Gestione Risorse Umane	1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabili (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.
		51	Composizione della Commissione - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante all'avviso di selezione rispetto ad un altro esprimendo giudizi non obiettivi (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convinvente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità - le norme identificano le figure professionali che devono far parte della Commissione	Media opacità: la nomina avviene con provvedimento pubblicato all'albo pretorio		Tecnico amministrativo	Direzione Aziendale	1) Identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto i interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione.
	Opera pubblica (Es. costruzione, acquisto attrezzatura, software)	52	Utilizzo finanziamento - Rischio di riciclaggio con la sostituzione o il trasferimento di denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero nel compimento, in relazione al denaro, ai beni o alle utilità, di altre operazioni in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Possibilità di utilizzare i fondi illeciti per pagare i materiali e la manodopera (da parte del privato).	Media opacità: gli atti sono conservati dalla struttura competente		Tecnico amministrativo	Struttura competente del procedimento	1) Censimento progetti PNRR in cui l'Azienda è stazione appaltante; 2) Sensibilizzazione alla normativa; 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Consulenza/formazione specifica; 5) individuazione indicatori anomalia (a partire da quelli UPI) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie; 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000,00 (oltre IVA).
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accreditamento di soggetti pubblici e privati	53	Possibili condizionamenti o interferenze o abuso nel riconoscimento dei requisiti di accreditamento al fine di avvantaggiare il soggetto accreditando.	Basso	Medio	Medio	B-E-M	Salute Mentale e Dipendenze	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	1) Norme di legge e regolamenti e Legge regionale L.G. 9/2017 2) Procedure informatiche di gestione delle presenze 3) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria: controllo da parte di personale facente parte del Gruppo di Valutazione L.G. 9/2017 - ALISA
	Gestione centri convenzionati esterni per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali	54	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate.	Medio	Medio	Medio	B-C-F	Dipartimento programmazione sanitaria e governo clinico	S.S.D. Gestione liste di attesa	1) Normativa regionale 2) Contratti stipulati con i gestori su schema tipo regionale o altra tipologia di contratto stipulato a livello aziendale 3) tetti di spesa annuali sottoscritti dai gestori 4) Verifica e controllo mensile delle prestazioni rendicontate 5) attività di vigilanza straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato (check - list)
Rapporti contrattuali con strutture socio-sanitarie private accreditate.	Gestione dei rapporti per l'erogazione di prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari in favore dell'utenza anziana e disabile.	55	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate.	Medio	Basso	Medio	B-C-F	Attività Territoriali e della Riabilitazione	S.C. Assistenza e Residenzialità Anziani; S.C. Assistenza e Residenzialità Disabili	1) Normativa regionale. 2) Contratti stipulati con i gestori su schema tipo regionale. 3) Schede budget annuali sottoscritti dai gestori. 4) Verifica e controllo mensile delle prestazioni rendicontate. 5) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione di strutture socio-sanitarie private accreditate.	Sorveglianza sulle strutture socio- sanitarie.	56	Omissioni o irregolarità nelle attività di vigilanza al fine di ottenere o procurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.	Medio	Basso	Medio	B-C-E-F-K	Attività Territoriali e della Riabilitazione	S.C. Assistenza e Residenzialità Anziani; S.C. Assistenza e Residenzialità Disabili	1) Normativa regionale. 2) Contratti stipulati con i gestori su schema tipo regionale. 3) Attività di vigilanza ordinaria e straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato a livello regionale di cui alla L.R. 9/2017.

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Liste di attesa	Gestione delle liste di attesa per la presa in carico da parte di strutture socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, mediante: ricezione domanda/valutazione/ inserimento in lista di attesa	57	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio-sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Molto basso	Basso	Molto basso	D-E-L-N	Attività Territoriali e della Riabilitazione	S.C. Assistenza e Residenzialità Anziani; S.C. Assistenza e Residenzialità Disabili	1) Normativa regionale. 2) Procedure informatiche su piattaforma regionale (per assistenza anziani). Per l'assistenza ai disabili si resta in attesa che la Regione adotti analoga piattaforma informatica.
	prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime ambulatoriale	58	Irregolarità nella gestione delle liste di attesa al fine di favorire particolari soggetti (ad es. inserimento in posizione privilegiata)	Medio	Molto basso	Basso	B-C-D-E	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico - Tecnico Amministrativo	S.S.D. Gestione liste attese / S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI/ Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali	1) Normativa Regionale 2)Utilizzo applicativo ISESWEB sia per le prestazioni prenotabili in circolarità regionale sia per le agende riservate ai reparti (Comunicazione Dipartimenti))
	Prenotazione/ erogazione di prestazioni e servizi sanitari	59	Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di favorire particolari soggetti (es. inserimento in posizione privilegiata nelle liste di attesa).	Basso	Basso	Basso	D-E-L-N	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico - Tecnico Amministrativo	S.S.D. Gestione liste attese / S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	1) Disposizioni Regionali. 2) Linee guida CUP Accettazione. 3) Direttive aziendali. 4) Procedure informatiche relative alla prenotazione ed alla accettazione. 5) Controlli Servizio Ispettivo
			Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale.	Basso	Basso	Basso	D-E-L-N	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico - Tecnico Amministrativo	S.S.D. Gestione liste attese / S.C. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	1) Disposizioni Regionali. 2) Linee guida CUP Accettazione. 3) Direttive aziendali. 4) Procedure informatiche relative alla prenotazione e all'accettazione. 5) Controlli Servizio Ispettivo aziendale
	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie pubbliche e private per disabili minori	60	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Medio	Medio	Medio	D-E-L-N	Salute Mentale e Dipendenze	S.C. Neuropsichiatria Infantile	1) Norme di legge regionali 2) Controlli Direzione Distretto su atti autorizzativi 3) procedure informatiche relative alle liste di attesa
	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie pubbliche e private a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	61	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private al fine di favorire particolari soggetti.	Basso	Medio	Medio	D-E-L-N	Salute Mentale e Dipendenze	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	1) Norme di legge e disposizioni regionali. 2) Procedura specifica codificata secondo il Sistema Qualità 3) riunione mensile rappresentanti Strutture private e referenti servizio DSM) 4) Minori: " liste di attesa unica aziendale "elaborata da Regione Liguria (delibera Alisa n. 197 del 30/7/2018)

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Provvedimenti di tipo autorizzatorio e concessorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)	Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione/ concessione	62	Superficialità nel rilascio di autorizzazioni/pareri con omissione di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali).	Medio	Basso	Medio	B-C-H-E-L	Prevenzione	S.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale	1) pareri sanitari per provvedimenti autorizzativi espressi collegialmente da due o più operatori 2) monitoraggio procedimenti amministrativi di tipo autorizzativo
				Medio	Basso	Medio	B-C-H-E-L	Prevenzione	S.C. Sanità animale e S.C Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	Monitoraggio procedimenti amministrativi
				Medio	Basso	Medio	B-C-H-E-L	Prevenzione	S.C.Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	1) Attività congiunta a rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio 2) Firma congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati
				Medio	Basso	Medio	B-C-H-E-L	Prevenzione	S.C. Igiene e sanità Pubblica	Monitoraggio procedimenti amministrativi
	Valutazioni medico-legali	63	Superficialità nel rilascio di idoneità medico-legali inerenti la conduzione di veicoli, di natanti, porto e detenzione armi da fuoco ecc.	Medio	Basso	Medio	B-C-H-L	Prevenzione	S.C. Igiene e sanità Pubblica	Norme di legge e regolamenti e ove possibile rotazione dei medici certificatori
				Medio	Basso	Medio	B-C-M	Prevenzione	S.C. Igiene e sanità Pubblica	Norme di legge e regolamenti e ove possibile rotazione dei medici certificatori
		64	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione.	Medio	Basso	Medio	B-C-M	Prevenzione	S.C.Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	Norme di legge e regolamenti, valutazione collegiale e e ove possibile rotazione dei medici certificatori
		65	Possibile condizionamento o interferenza da parte: dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, o degli RLS, nella valutazione dell'idoneità; o da parte dell'interessato o del Datore di Lavoro o del Medico Competente aziendale nella valutazione della residua capacità lavorativa.	Medio	Basso	Medio	B-C-M	Prevenzione	S.S.D. Medicina del lavoro	D.Lgs. 81/2008, Codice etico del Medico del lavoro (ICOH)
	Erogazione prestazioni di assistenza protesica	66	Ritardi nell'iter dell'autorizzazione e consegna agli utenti dei presidi per favorire un utente rispetto ad un altro. Abuso della relazione professionale con l'assistito per indirizzarlo verso determinate ditte autorizzate alle forniture dirette	Basso	Medio	Medio	E-L-N	Attività Territoriali e della Riabilitazione	SS.CC. Distretti sanitari	1)Verifica e controllo attività operatori attraverso valutazione dei tempi trascorsi tra data di ricezione della domanda, data del protocollo e data di autorizzazione (che devono quindi essere rilevate) 2) Definizione di criteri condivisi per l'autorizzazione (a parità di codice: spesa inferiore) e richiesta di preventivi a più ditte con comunicazione alle stesse delle modalità di richiesta del preventivo, per presidi non personalizzati e il cui acquisto non è regolamentato da gara CRA.
	Inserimenti lavorativi	67	Abuso nell'adozioni di provvedimenti di inserimenti lavorativi al fine di favorire particolari soggetti.	Basso	Medio	Medio	E-L-N	Attività Territoriali e della Riabilitazione	S.C. Assistenza e Residenzialità Disabili	1) Procedura specifica redatta a livello regionale
	Concessione contributi per la modifica degli strumenti di guida e per l'adattamento dell'autoveicolo di persone disabili.	68	Abuso nell'assegnazione dei contributi al fine di favorire determinati soggetti.	Basso	Basso	Basso	E-L-N	Attività Territoriali e della Riabilitazione	S.C. Assistenza e Residenzialità Disabili	1) Normativa regionale ex D.G.R. 14.11.2008 n. 1451 2) Normativa regionale ex L.R. 6,6,2008 n. 14, art 6 3) Normativa regionale ex D.G.R. 14,11,2008 n. 1451
	Riconoscimento diritto all'esenzione ticket	69	indebito riconoscimento del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket.	Molto basso	Basso	Basso	E-L-N	Cure Primarie	S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	1) Norme di legge. 2) Sistema informatico del M.E.F. per le esenzioni per reddito. 3) Sistema informatico per le esenzioni patologie. 4) Applicativi informatici per i controlli.
	Valutazione sanitaria per assegni/sussidi	70	Abuso nell'assegnazione dei contributi al fine di favorire determinati soggetti.	Basso	Basso	Basso	E-L-N	Attività Territoriali e della Riabilitazione	SS.CC. Distretti sanitari	1) Valutazione in equipe integrata socio-sanitaria di tutte le domande pervenute, 2) Valutazione del caso da parte di tutti gli enti interessati

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione Patrimonio	Stipula e Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati	71	Individuazione del bene immobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione.	Basso	Medio	Medio	E-L-N	Tecnico amministrativo	S.C. Patrimonio e gestione tecnica	1) Norme di legge nazionale e regionale 2) Codice civile.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Sorveglianza sulle Strutture socio- assistenziali e sanitarie.	72	Superficialità nelle attività di vigilanza al fine di ottenere o procurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.	Basso	Medio	Medio	E-L-N	Prevenzione	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	1) Norme di legge nazionale e regionale esame collegiale delle pratiche ed esecuzione di interventi collegiali di vigilanza
	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione	73	Azioni od omissioni volte a favorire il destinatario dei controlli al fine di evitargli conseguenze negative	Basso	Basso	Basso	H-L	Prevenzione	S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio 2) firma delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati
				Basso	Basso	Basso	H-L	Prevenzione	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio 2) firma congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati
				Basso	Basso	Basso	H-L	Prevenzione	S.C. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	1) Attività congiunta o rotazione del personale incaricato, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia ed efficienza del servizio 2) firma congiunta delle relazioni di controllo da parte di operatori e soggetti interessati
				Basso	Basso	Basso	H-L	Prevenzione	S.C. Sanità animale e S.C. Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	1) attività congiunta di controllo da parte di due o più operatori, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza del servizio 2) rotazione periodica degli incarichi di supervisione veterinaria negli stabilimenti riconosciuti ex Reg. (CE) 853/2004, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza del servizio 3) firma congiunta delle relazioni di controllo ufficiale da parte di operatori e soggetti interessati
				Basso	Basso	Basso	H-L	Prevenzione	S.C. Sanità animale e S.C. Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	1) attività congiunta di due o più operatori, laddove praticabile senza interferire con gli attesi obiettivi di efficacia e di efficienza della Struttura 2) firma congiunta delle relazioni di controllo da parte degli incaricati del controllo e dei soggetti interessati

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Attività legale e procedimenti sanzionatori	Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente	74	Favorire il dipendente sottoposto a procedimento disciplinare.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	1) Norme di legge 2) C.C.N.L. 3) Codice comportamento aziendale 4) Composizione collegiale UCPO
	Assistenza legale peritale ai dipendenti sia in forma diretta sia in forma indiretta	75	Favorire il dipendente e/o l'avvocato e/o il perito.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Fonti giuridiche di natura contrattuale: C.C.N.L. Dirigenza medica (art. 25 C.C.N.L. 8/6/2000), Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (art. 25 C.C.N.L. 8/6/2000) e Comparto Sanità (art. 26 C.C.N.L. 20/9/2001). Normativa disciplinata dall'Asl con Regolamento Aziendale Rev. N. 2 del 01/07/2019 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 573 del 4/9/2019
	Rimborso spese di giustizia	76	Favorire il dipendente e/o l'avvocato e/o il perito.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	1) Norme/direttive regionali 2) C.C.N.L. 3) Regolamento aziendale patrocinio legale
	Recupero crediti a seguito di sentenza giudiziale o di azione contro terzi	77	Favorire utenti non solventi.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	1) Codice civile, codice di procedura civile e codice di giustizia contabile 2) Convenzione con Agenzia delle Entrate
	Gestione richieste di risarcimento danni di terzi	78	Favorire il soggetto danneggiato.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo		1) Protocollo regionale gestione sinistri ai sensi della l.r. n. 28/2011 "Programma assicurativo per rischi da responsabilità civile nelle aziende ed enti del SSR" adottato con D.G.R. n. 102 del 31/01/2014 2) Trasmissione alla Corte dei Conti di tutti i fascicoli relativi al contenzioso liquidato (art. 22 del predetto Protocollo regionale)
	Patrocinio Legale Azienda	79	Favorire il legale	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Regolamento aziendale vigente "Regolamento aziendale per l'affidamento di incarichi per la difesa in giudizio di ASL 2 e dei dipendenti/ex dipendenti – amministratori/ex amministratori ASL 2" approvato con Delibera n. 1038 del 26/10/2022 .
	Perizie medico legali redatte in ambito della gestione diretta del rischio Rct/Rco ex legge regionale n. 28/2011	80	Favorire il dipendente/terzo danneggiato (non risultando del tutto comprensibile la formulazione del rischio specifico si è integrata la descrizione introducendo oltre al dipendente anche il terzo danneggiato)	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Prevenzione	S.C. Igiene Pubblica	Protocollo regionale gestione sinistri ai sensi della l.r. n. 28/2011 "Programma assicurativo per rischi da responsabilità civile nelle aziende ed enti del SSR" adottato con D.G.R. n. 102 del 31/01/2014; in particolare le perizie medico-legali ed i pareri acquisiti vengono sempre sottoposti al giudizio del Comitato Gestione Sinistri (art. 14 del predetto Protocollo regionale)
	Assicurazioni	81	Favorire una determinata compagnia assicuratrice.	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Provveditorato	Riguardo al processo in questione si evidenzia che il Direttore della S.C. Affari Legali è stato individuato come D.E.C. dei contratti di assicurazione in seguito al ricevimento, disposto dall'Azienda su proposta della S.C. Economato e Logistica, delle risultanze della procedura di gara regionale espletata dalla Stazione Unica Appaltante (S.U.A.R.) in collaborazione con la Società Marsh S.p.a. di Milano individuata dalla S.U.A.R., a seguito di procedura concorsuale, quale "Società di consulenza e brokeraggio assicurativo occorrente al fabbisogno della Regione Liguria, degli Enti Strumentali della stessa e degli Enti del Settore Regionale allargato"

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Libera professione	Organizzazione attività intramoenia	82	Mancato rispetto della normativa vigente in materia.	Molto basso	Medio	Medio	H-K	Tecnico amministrativo	S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	1) "Regolamento per la disciplina delle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria e per la disciplina dell'area a pagamento del personale medico e veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario" approvato con deliberazione n.902 del 15/10/2021 e Accordo integrativo aziendale relativo alla libera professione, autorizzazioni regionali 2) Dichiarazione assenza conflitto di interesse nei casi necessari (utilizzo apposito modulo aziendale denominato "Dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse resa ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000")
	Gestione attività intramoenia	83	Errata indicazione al paziente delle modalità di accesso. Violazione limiti volume attività e delle modalità organizzative. Mancata rilevazione dell'attività	Medio	Alto	Alto	C-E-L-N	Tecnico amministrativo	S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e Alpi	1) Integrazione sito web 2) Controllo del Servizio Ispettivo secondo il programma di attività anno 2022 3) Utilizzo agende di prenotazione/erogazione prestazioni per l'intra-moenia allargata (procedura informatizzata) 4) Collegamento informatico delle strutture convenzionate esterne alla procedura aziendale di prenotazione ed emissione fatture 5) Tracciabilità dei pagamenti mediante installazione di POS presso le strutture convenzionate (disposizione S.C. Bilancio e Contabilità prot. n. 103151 in data 16/11/2018) 6) Spazi aziendali con personale dedicato: in corso ricognizione spazi aziendali da utilizzare per l'espletamento dell'attività libero professionale intramoenia allo scopo di predisporre ed avviare un piano aziendale di graduale rientro dell'attività intramoenia "allargata" e di possibile assorbimento in Azienda dell'attività intramoenia attualmente eseguita presso Strutture convenzionate esterne (deliberazione n. 463/2019) 7) Piano Triennale (L.120/2007-DGR 851/2021): approvazione Piano relativo al triennio 2021-2023 disposta con deliberazione n.902 del 15/10/2021
	Liquidazione attività intramoenia	84	Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività .	Molto Basso	Basso	Basso	C-E-L-N	Tecnico amministrativo	S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e Alpi	Procedure informatiche-unica infrastruttura di rete
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario.	85	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario.	Medio	Basso	Medio	E-C-L-N	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C.Farmaceutica	Istruzioni operative Aziendali IQU 114 "Gestione delle specialità medicinali e dei Dispositivi Medici nella S.C. Farmacia ", IQU 115 "Distribuzione diretta farmaci" e IQU123 "Istruzione per la rilevazione della tempistica di consegna dei farmaci / dispositivi medici ai reparti"
	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario.	86	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario.	Medio	Basso	Medio	E-C-L-N	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C.Farmaceutica	Per ogni dispensazione di farmaci e di materiale sanitario viene predisposta una scheda intestata all'assistito con l'elenco quali e quantitativo e la durata del trattamento concesso; per ogni fornitura l'assistito firma la presa in carico di quanto erogato. Vengono effettuate verifiche periodiche mensili sulla quadratura fra entrate e uscite di tutti i prodotti prodotti a magazzino e l'inventario di fine anno (con eventuale presenza dei revisori dei Conti). Inoltre per tutti i farmaci vengono registrati i rispettivi numeri di lotto e la scadenza: è prevista infatti la completa tracciabilità del farmaco dal momento dell'acquisto alla dispensazione
	Sorveglianza sulle farmacie e parafarmacie	87	Preavvertire il destinatario dell'ispezione ordinaria o straordinaria.	Medio	Medio	Medio	D-J-L	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C.Farmaceutica	1) Svolgimento e verbalizzazione della sorveglianza da parte della Commissione di VIGILANZA sulle FARMACIE, istituita ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n° 3 del 4/4/01. 2) Specifica procedura definita a livello regionale. 3) Segretezza del cronoprogramma della sorveglianza ordinaria. 4) Ispezioni straordinarie svolte quando necessario congiuntamente con i Carabinieri del NAS.
	Gestione Farmaci e Dispositivi	88	Abuso autonomia professionale del Medico prescrittore al fine di favorire la diffusione di un farmaco.	Medio	Medio	Medio	D-H	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C.Farmaceutica	Evidenza, attraverso le elaborazioni informatiche, di anomalie prescrittive; individuazione di comportamenti rivolti a favorire l'utilizzo di un determinato farmaco; convocazione del medico ai sensi delal DGR n. 436 del 19/04/2013 che prevede un confronto con i medici che presentano criticità prescrittive; eventuale contestazione al medico delle anomalie rilevate, in particolare se queste sono in contrasto con quanto stabilito dal DPR 270/2000 "Adeguatezza delle cure e dell'uso delle risorse"
	Gestione accesso informatori scientifici del Farmaco e Dispositivi Medici	89	Utilizzo di farmaci "campioni gratuiti" somministrati al paziente nelle strutture ASL in regime di ricovero/DIV/ ambulatoriale, con il rischio di non garantire la corretta tracciabilità dei farmaci ed il controllo della accuratezza della dispensazione.	Basso	Molto basso	Basso		Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C. Farmaceutica	Applicazione dell'art.5 del "Regolamento Aziendale relativo all'accesso degli Informatori Scientifici del farmaco e dispositivi medici". Delibera del Direttore Generale n. 641 del 05/09/2025.

MAPPATURA PROCESSI E VALUTAZIONE RISCHI

AREA DI RISCHIO	PROCESSI		RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONI RISCHIO IMPATTO	VALUTAZIONI RISCHIO PROBABILITÀ	VALUTAZIONI RISCHIO SINTESI	FATTORI ABILITANTI	DIPARTIMENTI	STRUTTURE	MISURE DI PREVENZIONE
Gestione delle entrate e delle spese	Gestione delle Entrate - Reversali di incasso	90	Mancata comunicazione dei crediti da parte di Stritture terze. Mancata gestione recupero crediti (per la parte di competenza S.C. Bilancio e Contabilità)	Basso	Basso	Basso		Tecnico amministrativo	S.C. Bilancio e Contabilità	1) In sede di Bilancio d'esercizio sollecito a tutte le Strutture Aziendali per comunicazione crediti (Fatture da emettere). 2) "Regolamento per la gestione del recupero dei crediti insoluti" (approvato con deliberazione n. 456 del 04/07/2017) e procedura gestione recupero crediti (PQA n. 155).
	Incassi Ticket	91	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket	Medio	Medio	Medio	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	1) Norme di legge. 2) Linee guida CUP Accettazione/Cassa. 3) Procedure informatiche per gli incassi e le accettazioni. 4) Controlli Servizio Ispettivo aziendale
	Gestione delle spese - Emissione mandati di pagamento	92	Abuso nella liquidazione delle spese Mancato rispetto dell'ordine cronologico dei pagamenti	Molto basso	Medio	Basso	B-C-D-E-L	Tecnico amministrativo	S.C. Bilancio e Contabilità	1) Procedura aziendale relativa all'emissione degli ordinativi di pagamento. 2) Liquidazione delle spese da parte delle Strutture terze. 3) Doppia firma sugli ordinativi di pagamento
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione decessi in ambito ospedaliero - servizio in parte esternalizzato	93	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa, segnalazione ai parenti di una specifica impresa, accettazione impropria di regali	Medio	Medio	Medio	D-H-L-M	Dipartimento Interaziendale- Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.C. Direzione Professioni Sanitarie ASL2 S.C. Direzione Medica	1) Norme di legge 2) "Presa in carico della Salma" e "Norme comportamentali per il personale in caso di decesso di paziente" 3) "Modulo di incarico Onoranze Funebrì" presente nella IQDMP 1108 4) Regolamenti per i Servizi Mortuari dei Presidi Ospedalieri
Misure relative alla erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari in regime ambulatoriale	94	Gestione liste di attesa per prenotazione interventi chirurgici programmati attraverso applicativo informatizzato che ne garantisce la totale trasparenza in ossequio alle procedure aziendali per la gestione delle liste di attesa e delle liste operatorie	Basso	Basso	Basso	D-E-G	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	SS.CC. e S.S.D. eroganti attività chirurgica, S.C. Direzione medica	Utilizzo corretto degli applicativi disponibili
		95	Mancato utilizzo delle procedure informatiche per la prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali di primo e secondo livello (prestazioni prenotate direttamente dai servizi erogatori nell'ambito di percorsi di presa in carico)	Alto	Basso	Medio	A-D	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.S.D. Gestione liste di attesa e Strutture eroganti prest. ambulatoriali	Indicazioni all'utilizzo di agende informatizzate e divieto uso agende cartacee
		96	Governo liste di attesa	Alto	Basso	Medio	A-D	Programmazione Sanitaria e Governo Clinico	S.S.D. Gestione liste di attesa e Strutture eroganti prest. ambulatoriali	Valutazione giornaliera dei tempi di attesa e loro pubblicazione quindicinale
Dipartimento diagnostico - Area Laboratori	Prestazione utente esterno	97	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e del pagamento ticket	Basso	Basso	Basso	B-C-H	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	Le procedure amministrative sono gestite attraverso applicativi informatici (HERO e ISES) che non permettono anomalie di processo
		98	Utilizzo improprio delle procedure per svolgimento accertamenti diagnostici	Basso	Basso	Basso	B-C-E-L	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	La funzionalità dei sistemi è vincolata alla presenza di prescrizione dematerializzata, per definizione imm modificabile
		99	Referto non consegnato/ritirato (entro 30 giorni) in base all'organizzazione del servizio (tracciatura della consegna)	Molto basso	Molto basso	Molto basso	B-C-H	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	Il referto viene consegnato di norma entro la data prevista per il ritiro, che viene automaticamente calcolata in base ai tempi di processazione
	Accettazione utente interno	100	Mancata corrispondenza (es. pazienti non in carico alla struttura) della richiesta per svolgimento accertamenti diagnostici con ricovero	Basso	Medio	Medio	B-C-D-E	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	Non è possibile eseguire accertamenti diagnostici se non richiesti informaticamente (cartella clinica o ricetta dematerializzata). Eventuali errori anagrafici in fase di accettazione vengono corretti in base ad una rigorosa procedura di richiesta scritta. Ove non sia possibile accertare tutti i passaggi l'accertamento NON viene eseguito e si richiede una nuova accettazione ed un nuovo prelievo
		101	Esecuzione di prestazioni diagnostiche per utenti per i quali non segue effettiva attività di ricovero	Medio	Medio	Medio	B-C-D-E	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	Si eseguono solo previa presentazione di prescrizione dematerializzata
	Gestione magazzino diagnostici	102	Utilizzo improprio delle risorse attribuite	Basso	Medio	Medio	B-C-E-L	Radiologia e dei Servizi	S.C. Laboratorio di Patologia Clinica	L'accesso alle piattaforme diagnostiche è vincolato al accesso tramite login e pw personalizzate
Dipartimento diagnostico - Area Radiologica	Prestazione utente esterno	103	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e del pagamento ticket	Basso	Basso	Basso	B-C-H	Radiologia e dei Servizi	S.C. Radiologia Ponente; Radiologia Levante	Non è possibile erogare la prestazione se non preventivamente verificato (CUPA o accettazione Lab-solo pagamento elettronico) l'avvenuto pagamento del ticket
		104	Utilizzo improprio delle procedure per svolgimento accertamenti diagnostici	Basso	Basso	Basso	B-C-D-E	Radiologia e dei Servizi	S.C. Radiologia Ponente; Radiologia Levante	L'accesso alle piattaforme diagnostiche è vincolato al accesso tramite login e pw personalizzate
		105	Referto non consegnato/ritirato (entro 30 giorni) in base all'organizzazione del servizio (tracciatura della consegna)	Molto basso	Molto basso	Molto basso	B-C-H	Radiologia e dei Servizi	S.C. Radiologia Ponente; Radiologia Levante	Il referto può essere ritirato: allo sportello, online su piattaforma di Regione previa richiesta delle credenziali univoche di accesso o dal FSE
	Accettazione utente interno	106	Mancata corrispondenza (es. pazienti non in carico alla struttura) della richiesta per svolgimento accertamenti diagnostici con ricovero	Basso	Medio	Medio	B-C-D-E	Radiologia e dei Servizi	S.C. Radiologia Ponente; Radiologia Levante	Non applicabile: il paziente deve essere in carico alla struttura richiedente
		107	Esecuzione di prestazioni diagnostiche per utenti per i quali non segue effettiva attività di ricovero	Medio	Medio	Medio	B-C-D-E	Radiologia e dei Servizi	S.C. Radiologia Ponente; Radiologia Levante	Non applicabile: la prestazione si esegue solo previa presentazione di prescrizione informatizzata o in Libera professione. Il tutto è registrato in tutti i suoi passaggi nel Sistema Informatico di Laboratorio (LIS)

PROGRAMMAZIONE MISURE DI PREVENZIONE								
TITOLO MISURE	AZIONI DI GESTIONE E MITIGAZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE		TEMPISTICA/SCADENZA	SOGGETTI / STRUTTURE COMPETENTI ALLA REALIZZAZIONE	INDICATORE	TARGET 2026	TARGET 2027	TARGET 2028
SOTTOSERIZIONE 2.3 Rischio corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, c. 5 e 6, L. 190/2012 e l.m.)	1	Elaborazione e presentazione alla Direzione aziendale della proposta di PIAO - Sottoserizione 2.3 e dei suoi aggiornamenti e/o adeguamenti.	31 dicembre di ogni anno	RPT	Elaborazione e presentazione della proposta di PTPC e dei suoi aggiornamenti e/o adeguamenti entro il termine (S/N/O)	si	si	si
	2	Adozione, pubblicazione e divulgazione a tutte le SS.OO. Aziendali del PIAO - Sottoserizione 2.3.	31 gennaio di ogni anno	Direzione Generale - RPT	Attuazione degli adempimenti entro il termine (S/N/O)	si	si	si
	3	Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta.	15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC	RPT	Predisposizione della relazione annuale entro il termine (S/N/O)	si	si	si
	4	Individuazione azioni di gestione e mitigazione del rischio corruzione previste nel PIAO - Sottoserizione 2.3 nell'ambito del sistema di gestione della performance organizzativa (Strutture alla rischio)	entro il termine previsto per l'aggiornamento degli obiettivi	Direttore S.C. CCD	Presenza degli obiettivi nel Piano Performance (S/N/O)	si	si	si
	5	Revisione e aggiornamento Catalogo mappatura processi e valutazione dei rischi previsti nell'Allegato 2 al PIAO - Sottoserizione 2.3	31 ottobre di ogni anno	Direttore/Responsabili di tutte le strutture aziendali inserite nel catalogo	Attuazione dell'adempimento (S/N/O)	si	si	si
TRASPARRENZA D.lgs. 33/2013 L. 190/2012 Capo V della L. 744/1992	6	Pubblicazione sul sito istituzionale dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione previsti nell'Allegato 2 al PIAO - Sottoserizione 2.3	I tempi di attuazione sono definiti nel PIAO - Sottoserizione 2.3	Direttori e Responsabili delle strutture titolari dei dati oggetto dell'obbligo di pubblicazione come individuati nel PIAO - Sottoserizione 2.3	% di dati pubblicati sul totale dei dati da pubblicare	100%	100%	100%
	7	Attività connesse alla trasparenza: iniziative di comunicazione e diffusione	annuale	RPT	Svolgimento iniziative	si	si	si
CODICE DI COMPORTAMENTO DPR 62/2013	8	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi alle previsioni del Codice di comportamento mediante inserimento della condizione dell'assunzione per i nuovi incarichi e per collaboratori esterni a qualsiasi titolo	Decorrenza immediata per i nuovi conferimenti	Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale e Direttore S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Presenza della clausola negli atti di conferimento e/o contratti (S/N/O)		si	si
	9	Adeguamento atti di gara, contratti e convenzioni con strutture private alle previsioni del Codice di comportamento, mediante inserimento della condizione dell'assunzione per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici di servizi e degli enti convenzionati.	Decorrenza immediata per i nuovi affidamenti e rapporti convenzionati	Direttori di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali (S.C. Provveditorato, Sistemi Informativi Aziendali-SIA, S.C. Farmaceutica, S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP)	Presenza della clausola negli atti di gara, contratti e convenzioni con strutture private (S/N/O)	si	si	si
	10	Adozione iniziative per informare i dipendenti sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento.	annuale	RPT	Pubblicazione su Intranet di avvisi più incontri divulgativi	annuale	annuale	annuale
	11	Comunicazione al RPT delle violazioni alle norme del Codice di comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva.	tempestiva	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari - UPD	% di violazioni e illeciti comunicati tempestivamente al RPT sul totale delle violazioni e illeciti contestati ai dipendenti	100%	100%	100%
	12	Verifica adeguatezza del Codice di Comportamento aziendale ed eventuali aggiornamenti	31 dicembre di ogni anno	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari - RPT- OIV	Verifica adeguatezza del Codice di Comportamento (S/N/O)	si	si	si
ROTAZIONE DEL PERSONALE	13	Comunicazione al RPT dei provvedimenti di assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva e eventi anomali di una significativa criticità (rotazione straordinaria).	tempestiva	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Provvedimenti comunicati/adottati tempestivamente	100%	100%	100%
	14	Valutazione possibile modalità di attuazione del Documento di lavoro nella gestione della rotazione degli incarichi redatto dal gruppo di lavoro regionale	31 dicembre di ogni anno	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Trasmissione relazione puntuale su modalità attuative	si	si	si
	15	Trasmissione al RPT della relazione annuale in merito ai provvedimenti di rotazione straordinaria adottati nel periodo di riferimento.	annuale	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale e Direttori strutture coinvolte	Attuazione dell'adempimento (S/N/O)	si	si	si
OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE	16	Trasmissione al RPT delle dichiarazioni di sussistenza conflitto di interessi	tempestiva	Tutti i Direttori di struttura	valutazione dichiarazione da parte dei Responsabili delle strutture	100%	100%	100%
	17	Trasmissione al RPT delle dichiarazioni di astensione rinviata e ai conseguenti provvedimenti adottati	tempestiva	Tutti i Direttori di struttura	Attuazione dell'adempimento (S/N/O)	si	si	si
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI CONGIUNTI	18	Inserimento negli atti relativi al conferimento e rinnovo degli incarichi di vertice, di una clausola che condiziona il conferimento, il rinnovo e l'efficacia dell'incarico al riascilo e all'aggiornamento annuale della dichiarazione prevista dall'art. 30 del d.lgs. 39/2013.	tempestiva per i nuovi conferimenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale ; S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Presenza della clausola negli atti di conferimento (S/N/O)	si	si	si
	19	Controllo a campione, sulla base delle informazioni accessibili all'ufficio e delle autoverificazioni in merito ai sostituti d'imposta e controllo presso l'agenzia delle entrate.	secondo il piano di attività del Servizio ispettivo	Presidente Servizio Ispettivo	% di controlli eseguiti sul totale delle dichiarazioni rilasciate	100%	100%	100%
INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (art. 1, comma 4, D.L. 95/2012 come modificato dall'art. 6 del D.L. 90/2014)	20	Verifica e attestazione nel provvedimento di affidamento dell'inesistenza della condizione esaltiva di cui all'art. 5, c. 6, D.L. 95/2012 (incarichi a soggetti in quiescenza).	tempestiva per i nuovi conferimenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Presenza dell'attestazione nei provvedimenti di affidamento degli incarichi (S/N/O)	si	si	si
ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO (art. 53 c. 18 bis, D.lgs. 165/2001)	21	Inserimento nei contratti di assunzione del divieto previsto dall'art. 53, comma 18 bis, del d.lgs. 165/2000 (escluso di pinto/Rageli) di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'ASL, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	decorrenza immediata per i nuovi contratti di assunzione e di rinnovo degli incarichi	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale Direttore S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali	Presenza della clausola nei contratti di assunzione relativi alle qualifiche e ai profili interessati (S/N/O)	si	si	si
	22	Inserimento nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, nonché negli atti di convenzionamento con strutture private, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'ASL che hanno esercitato poteri autoritativi o regolari per conto dell'Azienda nei confronti del partecipante/offerta/contraente, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.	decorrenza immediata per le nuove procedure di affidamento	Direttori di tutte le strutture che gestiscono i relativi procedimenti amministrativi e rapporti contrattuali (S.C. Provveditorato, S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA, S.C. S.D. Ingegneria Clinica, S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP)	Presenza della clausola nei bandi e negli atti di gara (S/N/O)	si	si	si
INCOMPATIBILITÀ CONSEQUENTE A CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA F.A. (art. 35 bis D.lgs. 165/2001)	23	Verifica della sussistenza di precedenti penali delle commissioni per l'affidamento di appalti o di commissioni di concorso e all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti dell'area direttiva agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis, del d.lgs. 165/2001.	decorrenza immediata	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Presenza della documentazione comprovante l'avvenuta verifica (S/N/O)	si	si	si
	24	Trasmissione al RPT di una relazione annuale riportante il numero di autocertificazioni acquisite e controllate ai sensi dell'art. 35 bis del D.lgs. 165/2001 e i provvedimenti adottati nel caso di riscontrata sussistenza della condizione esaltiva e di accertamento della non veridicità dell'autocertificazione.	31 ottobre di ogni anno	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Attuazione dell'adempimento entro il termine (S/N/O)	si	si	si
TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SOSTIENE IL LITIGIO (art. 14 bis D.lgs. 165/2001)	25	Segnalazione al RPT di azioni discriminatorie nei confronti del whistleblower	tempestiva	Comitato Unico di Garanzia	% segnalazioni tempestive	100%	100%	100%
FORMAZIONE DEL PERSONALE (S. 190/2012, art. 1, c. 5, lett. b), 6, 10, lett. c), 11, art. 7 bis D.lgs. 165/2001, DPR 62/2013)	26	Individuazione attività di formazione sulla base dei fabbisogni formativi definiti in materia di anticorruzione	annuale	RPT e Direttori S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionale	Individuazione attività (S/N/O)	si	si	si
	27	Test questionari da somministrare ai dipendenti per valutazione conoscenze tematiche anticorruzione	annuale	Direttore S.C. Formazione Innovazione, sviluppo professionale e dei processi assistenziali	Distribuzione questionari	si	si	si
PATTI DI INTESA/INTELLI AFFIDAMENTI Art.1, c. 17, legge 190/2012	28	Ripetto del Protocollo per lo sviluppo della legalità e la trasparenza della Prefettura di Savona come da delibera di adozione della AS2 n. 172 del 14/03/2016. Ripetto "Aggiornamento dati di integrità" (Prot. n. 402585 del 26/05/2023 - Regione Liguria Direzione Generale Dipartimento Salute e Servizi Sociali)	immediata	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA e S.D. Ingegneria Clinica	Presenza indicatori relativi all'accettazione del Protocollo nella documentazione di gara (S/N/O) Presenza indicatori relativi all'accettazione del Protocollo nella documentazione di gara (S/N/O)	si	si	si
	29	Comunicazione al RPT di eventuali provvedimenti di esclusione adottati a seguito del Protocollo/Intesa con Prefettura di Savona	annuale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA, S.D. Ingegneria Clinica	% provvedimenti comunicati sul totale provvedimenti adottati	100%	100%	100%
AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE (Piano Nazionale Anticorruzione)	30	Trasmissione al RPT delle azioni correttive e di miglioramento poste in essere su segnalazioni di cattiva amministrazione trasmesse dal RPT e dalla Direzione Aziendale	annuale	Direttore Strutture Complesse	relazione	100%	100%	100%
MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI (art. 1, c. 9, lett. d), L. 190/2012)	31	Trasmissione al RPT della relazione annuale riportante gli esiti del monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali.	annuale	Direttori strutture aziendali che gestiscono procedimenti amministrativi	Attuazione dell'adempimento entro il termine (S/N/O)	si	si	si
MISURE VOLTE A RIDURRE LA DISCRIMINAZIONE DEI PROCESSI AD ALTO RISCHIO	32							
PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO, AGGIORNAMENTO E CONTROLLO	33							
PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO, AGGIORNAMENTO E CONTROLLO	34							

ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE ACQUISIZIONE, GESTIONE E PROGRISSIONE DEL PERSONALE - INCARICHI E NOMINE									
MISURE SPECIFICHE PER I PROCESSI DI RECLUTAMENTO	35	Sostegno dei componenti delle commissioni di concorso in seduta pubblica con pubblicità sul sito aziendale	decreto immediato per le nuove procedure	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	% di corteggi effettuati in seduta pubblica sul totale delle commissioni nominate	100%	100%	100%	
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE - CONTATTI PUBBLICI									
MISURE SPECIFICHE PER LA FASE DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE	36	Svolgimento delle sedute pubbliche di gara con pubblicità sul sito aziendale	decreto immediato per le nuove procedure	Direttore S.C. Provveditorato	% delle sedute pubbliche pubblicizzate sul sito aziendale sul totale delle sedute effettuate	100%	100%	100%	
				Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	% delle sedute pubbliche pubblicizzate sul sito aziendale sul totale delle sedute effettuate	100%	100%	100%	
AFFIDAMENTI DIRETTI	37	Individuazione infungibilità o esclusiva con procedure e/o linee guida	annuale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Evidenza attuazione procedure dichiarazioni e motivazione espressa infungibilità indicazione nella delibera a contrarre	100%	100%	100%	
PROCEDURE SOTTO SOGLIA (> € 40.000 FATTO SALVO VARIAZIONI SOGGE CODICE DEGLI APPALTI)	38	Valutazione del fabbisogno per pianificazione gare di maggior durata e con maggiore rilevanza e visibilità per il mercato	annuale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Riduzione gare con durata annuale	100%	100%	100%	
	39	Individuazione soggetti da invitare con pubblicità della procedura/domande di partecipazione	semestrale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Evidenza della motivazione della mancata rotazione nella Determina a contrarre	100%	100%	100%	
	40	Inserimento nella documentazione di gara di clausole relative all'accettazione da parte dell'aggiudicatario degli Accordi di legalità e/o dei Patti di integrità	Tempestivo	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Adozione accordi di legalità e/o patti di integrità	100%	100%	100%	
COMMISSIONI GIUDICATRICI	41	Pubblicazione calendario sedute su siti web aziendali	costante	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Avvenuta pubblicazione	100%	100%	100%	
	42	Dichiarazione in merito all'esistenza di incompatibilità e assenza di conflitto di interessi (vedi delibera ASUA 77/18 mod. 7)	costante	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Presentazione dichiarazioni da parte di tutti i commissari	100%	100%	100%	
	43	Nomina Presidente della Commissione di altra Azienda Sanitaria	Nei casi individuali	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Individuazione procedure e presidente esterno	100%	100%	100%	
PROROGHE CONTRATTUALI	44	Inserimento dell'opzione di proroga nei documenti di gara	Annuale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Numero contratti prorogati in cui è prevista l'opzione rispetto al totale delle proroghe	100%	100%	100%	
	45	Richiesta fabbisogno almeno 6 mesi prima della scadenza	Semestrale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Assenza di proroghe legittime (ammessa solo proroga tecnica)	100%	100%	100%	
	46	Provvedimento di proroga (legittimo solo in caso di proroga tecnica o proroga prevista in sede di avvio procedura)	Annuale	Direttore S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica, Direttore S.C. Provveditorato, Direttore S.C. Sistemi informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Assenza proroghe legittime	100%	100%	100%	
CONTRATTI FINANZIATI IN TUTTO O IN PARTE CON RISORSE DEL PNRR	47	Gara - Stesura del capitolato di gara - Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico intende una capitolato di gara che contiene criteri di valutazione che favoriscano una stakeholder esterno con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e/o interessi finanziari, consociati/conveniente, parenti ed affini entro il 6° grado, attività politiche, professionali, economiche) che lo pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno.	Valutazione annuale (da realizzare all'inizio di ogni anno)	Provveditorato/Struttura interessata alla gara	1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabilite (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.	si	si	si	
		Gara - Composizione Commissione di gara - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico (commissario di gara) ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante alla gara rispetto ad un altro esprimendo giudizi non obiettivi (partecipazioni azionarie e/o interessi finanziari, consociati/conveniente, parenti ed affini entro il 6° grado, attività politiche, professionali, economiche). Le gare sono svolte dalla SUAR che è può avvalere di dipendenti delle singole aziende sanitarie.	Tempestive e/o durante la gara	Direzione Aziendale	1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critici e processi che potrebbero far emergere un conflitto d'interesse -> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta e controllo rafforzato. Avvocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetto in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	si	si	si	
		Gara - Nomina del RUP - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il direttore esecutivo del contratto (DEC) può agevolare lo stakeholder esterno nella programmazione, progettazione e esecuzione del contratto. I RUP nominati dalla SUAR sono spesso dipendenti delle aziende sanitarie.	Tempestive e/o durante la gara	Direzione Aziendale	2) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critici processi che potrebbero far emergere un conflitto d'interesse -> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta e controllo rafforzato. Avvocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetto in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	si	si	si	
		Gara - Nomina del DEC - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il direttore esecutivo del contratto (DEC) può agevolare l'affidatario/esecutore del progetto non denunciando eventuali difformità rispetto all'intervento aggiudicato con la gara (variazioni non legittimamente autorizzate).	Tempestive e/o durante la gara	Direzione Aziendale	1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critici processi che potrebbero far emergere un conflitto d'interesse -> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta e controllo rafforzato. Avvocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetto in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	si	si	si	
	48	Concorso pubblico - Stesura del bando/avviso di selezione/incarico - Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico intende un avviso/bando di selezione che contiene criteri di valutazione che favoriscano una stakeholder esterno con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e/o interessi finanziari, consociati/conveniente, parenti ed affini entro il 6° grado, attività politiche, professionali, economiche) che lo pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno.	Valutazione annuale (da realizzare all'inizio di ogni anno)	Gestione Risorse Umane	1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabilite (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.	si	si	si	
		Concorso pubblico - Composizione della Commissione - Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante all'avviso di selezione rispetto ad un altro esprimendo giudizi non obiettivi (partecipazioni azionarie e/o interessi finanziari, consociati/conveniente, parenti ed affini entro il 6° grado, attività politiche, professionali, economiche).	Al momento della costituzione della Commissione	Direzione Aziendale	1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critici processi che potrebbero far emergere un conflitto d'interesse -> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione.	si	si	si	
	49	Opera pubblica (Es. costruzione, acquisto attrezzature, software) - Utilizzo finanziamento - Rischio di riciclaggio con la costituzione o il trasferimento di denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero nel compimento, in relazione al delitto, di beni o altre utilità, di altre operazioni in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa.	Monitoraggio costante	Struttura competente del procedimento	1) Censimento progetti PNRR in cui l'Azienda è stazione appaltante; 2) Sensibilizzazione alla normativa; 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Consensuale/Formazione specifica; 5) Individuazione indicatori anomali (a partire da quelli diffusi) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie; 6) Intervento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni soggette di anticiclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000,00 (oltre IVA).	si	si	si	
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE DEI PROVVEDIMENTI AMPIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO									
MISURE SPECIFICHE RELATIVE AL PROCESSO DI EROGAZIONE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTETTIVA	50	Verifica e controllo attività operatori su valutazione dei tempi trascorsi tra data di ricezione della domanda, data del protocollo e data di autorizzazione.	immediata	Direttore SS.CC. Distretti Sanitari	% di richieste con autorizzazione nei tempi previsti rispetto al totale	si	si	si	
	51	Definizione di criteri condivisi per l'autorizzazione (a parte) di codice: spesa inferiore). Richiesta di preventivi a più ditte con comunicazione alla stessa delle modalità di richiesta del preventivo	immediata	Direttore SS.CC. Distretti Sanitari	Relazione a RPECT su verifica a campione circa applicazione della misura programmata	si	si	si	
MISURE SPECIFICHE RELATIVE AL INDIRIZZAMENTO LAVORATIVI E VALUTAZIONE SANITARIA PER ASSIEN/VALUOSI	52	Attuazione procedura specifica redatta a livello regionale	immediata	Direttore SS.CC. Distretti Sanitari	% domande esaminate secondo la procedura	100%	100%	100%	
	53	Valutazione in équipe integrata socio-sanitaria di tutte le domande pervenute in relazione alla richiesta di socioli/assogno	immediata	Direttore SS.CC. Distretti Sanitari	% domande esaminate in équipe	100%	100%	100%	
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE VIGILANZA, CONTROLLI VERIFICHE, IREZIONI E SANZIONI									
MISURE SPECIFICHE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE NELLE MATERIE DI COMPETENZA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	54	Compatibilmente con le risorse di personale disponibili, affidamento dell'attività di controllo ufficiale ad almeno due dipendenti abilitati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei loro destinatari della suddetta attività.	decreto immediato	Direttore S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Controlli ufficiali (audit, ispezioni, campionamenti) su stabilimenti del settore alimentare condotti da equipe di due o più operatori su tutti i controlli eseguiti	100%	100%	100%	
				Direttore S.C. Igiene e Sanità pubblica	Controlli affidati a equipe di due o più operatori su tutti i Controlli di cui alla LR 9/17	75%	75%	100%	
				Direttore S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	Controlli ufficiali inerenti qualsiasi attività di vigilanza/controllo negli ambienti di Lavoro affidati a due o più operatori della Struttura Complessa su tutti i controlli eseguiti	75%	85%	100%	
				Direttore S.C. Igiene degli Alimenti di origine animale	Rotazione periodica degli incarichi di supervisione veterinaria negli stabilimenti riconosciuti ex Reg (CE)53/2004 (addeve praticabile senza interferire con gli attuali obiettivi di efficacia e efficienza del servizio	60%	75%	100%	
				Direttore S.C. Sanità Animale	Controlli ufficiali affidati ad una equipe di due o più operatori (Tutti Controlli ufficiali)	60%	75%	100%	
				Direttore S.C. Igiene degli allevamenti e delle Produzioni zootecniche	Controlli ufficiali affidati ad una equipe di due o più operatori (Tutti Controlli ufficiali)	60%	75%	100%	
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE VIGILANZA, CONTROLLI VERIFICHE, IREZIONI E SANZIONI									
MISURE SPECIFICHE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE NELLE MATERIE DI COMPETENZA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	55	Firma congiunta delle relazioni di controllo ufficiale da parte di operatori e soggetti interessati	decreto immediato	Direttore S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%	
				Direttore S.C. Igiene e Sanità pubblica	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%	

MISURE SPECIFICHE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE NELLE MATERIE DI COMPETENZA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	56	Firma congiunta delle relazioni di controllo ufficiale da parte di operatori e soggetti interessati	decorrenza immediata	Direttore S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%
				Direttore S.C. Sanità Animale	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%
				Direttore S.C. Igiene degli allevamenti e delle Produzioni zootecniche	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%
				Direttore S.C. Igiene degli Alimenti di origine animale	Relazioni di controllo ufficiale con firma congiunta da parte degli operatori su tutti i controlli effettuati	100%	100%	100%
MISURE SPECIFICHE RELATIVE ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE								
MISURE COMPENSATIVE RELATIVA ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE	57	favorire maggiore trasparenza, agevolando la circolarità delle informazioni aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività mediante percorsi formativi esperienziali mirati e affiancamento operativo	annuale	Direttore S.C. Provveditorato - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP - S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica - S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - S.S.D. Ingegneria Clinica - S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Bilancio e Contabilità	relazione in merito a quanto attivato entro l'anno	si	si	si
	58	promuovere meccanismi di condivisione delle fasi procedurali in modo tale che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istituzione (firma rispettando l'unitarietà della responsabilità del procedimento)	annuale	Direttore S.C. Provveditorato - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP - S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica - S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - S.S.D. Ingegneria Clinica - S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Bilancio e Contabilità	relazione in merito a quanto attivato entro l'anno	si	si	si
	59	assicurare che ogni provvedimento sia passato al vaglio di più titolari	annuale	Direttore S.C. Provveditorato - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP - S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica - S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - S.S.D. Ingegneria Clinica - S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Bilancio e Contabilità	relazione in merito a quanto attivato entro l'anno	si	si	si
	60	attuare una precisa articolazione dei compiti e delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni"	annuale	Direttore S.C. Provveditorato - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP - S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica - S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - S.S.D. Ingegneria Clinica - S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali - S.C. Bilancio e Contabilità	relazione in merito a quanto attivato entro l'anno	si	si	si
	61	distinguere nei processi decisionali più fasi e livelli (funzioni di programmazione, funzioni di esecuzione ...) per incoraggiare il controllo reciproco	annuale	Direttore S.C. Provveditorato - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP - S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica - S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - S.S.D. Ingegneria Clinica - S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Bilancio e Contabilità	relazione in merito a quanto attivato entro l'anno	si	si	si
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE								
MISURE SPECIFICHE PER LA FASE AUTORIZZATIVA DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA	62	Aggiornamento del Regolamento aziendale per la disciplina dell'attività libero professionale alle variazioni che necessario	tempestiva	Direttore S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	predisposizione delibera	si	si	si
	63	Controlli sul collegamento informatico delle strutture convenzionate esterne alla procedura aziendale di prenotazione ed emissione documento contabile	annuale	Direttore S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI	% controlli su attività espletata (il controllo sul 10% delle Strutture convenzionate esterne viene eseguito dal Servizio Ispettivo Aziendale su richiesta della Commissione ALPI)	20%	20%	30%
	64	Pubblicazione tariffe sul format relativo all'attività libero professionale presente sul sito aziendale e aggiornamento annuale in collaborazione con il S.I.A.	tempestiva	Direttore S.S.D. Attività Amministrative Ospedaliere e ALPI - Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA - Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	evidenza pubblicazione	si	si	si
ALTRE MISURE SPECIFICHE LEGATE AD ATTIVITA' LEGALI - PROCEDIMENTI SANZIONATORI - RECUPERO CREDITI E PAGAMENTO DEBITI								
MISURE RELATIVE ALLA GESTIONE DEI CREDITI E DEBITI AZIENDALI	65	Corretta attuazione del "Regolamento per la gestione del recupero dei crediti insoluti", della PQA 155 "Gestione dei crediti aziendali" e della convenzione con Agenzia delle Entrate - Riscossione (ex Equitalia)	breve	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità	evidenza attuazione delle procedure relative al recupero crediti ai sensi del vigente Regolamento aziendale / PQA 155	si	si	si
	66	Corretta attuazione procedura aziendale relativa all'emissione degli ordinativi di pagamento, prevedendo liquidazione delle spese da parte di strutture terze e con doppia firma sugli ordinativi di pagamento	breve	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità- Strutture Aziendali competenti per la liquidazione	evidenza attuazione procedura di emissione pagamento sul totale fatture liquidate	si	si	si
ALTRE MISURE SPECIFICHE LEGATE AD ATTIVITA' DI FARMACOUTICA E GESTIONE DEI FARMACI								
MISURE RELATIVE ALLA GESTIONE E DISTRIBUZIONE INTERNA E AGILI UTENTI DI FARMACI E MATERIALE SANITARIO	67	Corretta applicazione della PQA e PQI definite in sede di certificazione della struttura	immediata	Direttore S.C. Farmaceutica	percentuale azioni intraprese sul totale delle anomalie riscontrate durante le previste ispezioni	100%	100%	100%
	68	Procedura di autorizzazione per la concessione/trattamento all'assorbimento di farmaci e materiale sanitario	mensile	Direttore S.C. Farmaceutica	attestazione verifiche mensili di quadratura entrate/uscite	si	si	si
	69	effettuazione elaborazioni informatiche per rispetto annuale prescrittive da parte dei medici prescrittori	28 febbraio di ogni anno	Direttore S.C. Farmaceutica	predisposizione entro il termine della relazione riferita alle anomalie riscontrate/misure intraprese	si	si	si
	70	Gestione accesso informazioni scientifici del farmaco e Dispositivi Medici	ogni sei mesi	Direttore S.C. Farmaceutica Direttore S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata e/o altra Struttura competente alla gestione dei rapporti con i Medici Concessionari Divisione Sanitaria Divisione Servizi Sanitari RPT	Obbligo di verifica che l'attività degli informatori avvenga secondo quanto stabilito dal "Regolamento Aziendale relativo all'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" da parte dei Responsabili di Struttura Obbligo di verifica del corretto svolgimento dell'attività degli informatori negli studi medici da parte degli MMG adatti e l'orario di ricevimento. Verifica a campione con cadenza semestrale del rispetto delle previsioni regolamentari Relazione al RPT sui dati raccolti in formato tabellare completa di eventuali anomalie	si	si	si
INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIO SANITARE PUBBLICHE E PRIVATE	71	Utilizzo modalità di gestione codificate per l'inserimento di pazienti psichiatrici e tossicodipendenti (eccetto inserimenti disposti dalla Magistratura)	immediato	Direttore S.C. SPOC - S.C. SPOC - S.C. SPOC - S.C. Servizio Dipendenza - S.C. Psichiatria territoriale - S.S.D. Psicologia Clinica	decisioni collegiali con utilizzo procedura informatica ove disponibile, supporto cartaceo	si	si	si
UTILIZZO FONDO DELLA SICUREZZA DESTINATO AI DIRIGENTI DELEGATI DAL DATORE DI LAVORO - D.LGS.R.2008 (art.1)	72	Programmazione fabbisogno annuale per la sicurezza e verifica attività svolta ed obiettivi conseguiti	31 gennaio di ogni anno	Direttore S.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione	relazione in merito agli adempimenti messi in atto dagli assegnatari del budget	si	si	si
ALTRE MISURE SPECIFICHE LEGATE A PRENOTAZIONI / EROGAZIONE DI SERVIZI SANITARI								
MISURE RELATIVE ALLA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	73	Gestione liste di attesa per prenotazione interventi chirurgici programmati attraverso applicativo informatizzato che ne garantisce la totale trasparenza in ossequio alle procedure aziendali per la gestione delle liste di attesa e delle liste operatorie	tempestiva	S.S.C.C. e S.S.D. eroganti attività chirurgica, S.C. Direzione medica	utilizzo applicativi dedicati	100%	100%	100%
	74	Utilizzo delle procedure informatiche per la prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali di primo e secondo livello (prestazioni prenotate direttamente dai servizi erogatori nell'ambito di percorsi di presa in carico)	tempestiva	S.S.D. Gestione Liste di Attesa e Strutture eroganti prest. ambulatoriali	Indicazioni all'utilizzo di agende informatizzate e divieto uso agende cartacee	100%	100%	100%
	75	Governo liste di attesa	tempestiva	S.S.D. Gestione Liste di Attesa	pubblicazione quindicinale tempi di attesa PNGLA	si	si	si
MISURE SPECIFICHE RELATIVE ALL'AREA SANITARIA								
MISURE RELATIVE AL DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO- AREA LABORATORI	76	Verifica a campione della congruenza tra esami prescritti ed esami accettati e procedure di accesso	mensile	Direttore S.C. Laboratorio e Patologia clinica	Gli esami prescritti (sia pr. Ricoverati che ambulatoriali) transitano informativamente nella programmazione strumentale (BS). Ferrone può solo essere in fase di richiesta. La verifica può essere effettuata in qualsiasi momento del percorso diagnostico	si	si	si
	77	Verifica della congruenza tra esami effettuati e pagamento/iscrittione	mensile	Direttore S.C. Laboratorio e Patologia clinica	Processo informatizzato di accettazione, conteggio dei ticket e successiva programmazione strumentale.	si	si	si
	78	Verifica numero esami non ritirati entro 30 gg. (solo per ritiro esami cartacei)	mensile	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali SA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Percentuale referti non ritirati su esami svolti	si	si	si
	79	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivo ricovero del soggetto interessato	mensile	S.C. Laboratorio e Patologia Clinica	Non possono essere richiesti accertamenti se non da Cartella clinica informatizzata, pertanto il paziente deve essere in carico al reparto	si	si	si
	80	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivi ricoveri	20 gg/anno a campione	S.C. Laboratorio e Patologia Clinica S.C. Bilancio e Contabilità (recupero crediti)	Corrispondenza degli esami pre-ricovero e ricoveri effettuati	si	si	si
	81	Verifica a campione tra richiesta di esame e titolarità soggetto per attività svolta dalla Medicina del Lavoro con procedura DOWMS/UNICO	5 mensili (report trimestrale)	Direttore S.S.D. Medicina del Lavoro	Corrispondenza della titolarità del soggetto a cui sono state erogate le prestazioni	si	si	si
	82	Verifica a campione della congruenza tra esami prescritti ed esami accettati e procedure di accesso	mensile	Direttore S.C. Radiologia Levante- Direttore S.C. Radiologia Ponente	Numero verifiche effettuate	si	si	si
	83	Verifica a campione della congruenza tra esami effettuati e pagamento/iscrittione	mensile	Direttore S.C. Radiologia Levante- Direttore S.C. Radiologia Ponente	Numero verifiche effettuate	si	si	si

MISURE RELATIVE AL DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO: AREA RADIOLOGICA	84	Verifica numero esami non ritirati entro 30 gg. (solo per ritiro esami cartacei)	mensile	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Percentuale referral non ritirati su esami svolti	si	si	si
	85	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivo ricovero del soggetto interessato	mensile	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali SIA e Direttore S.S.D. Ingegneria Clinica	Verifiche costanti per tutte le richieste interne	si	si	si
	86	Verifica a campione tra richiesta di esame ed effettivi ricoveri	30 gg/anno a campione	S.C. Laboratorio e Patologia Clinica S.C. Bilancio e Contabilità (recupero crediti)	Corrispondenza degli esami pre-ricovero e ricoveri effettuati	si	si	si
	87	Verifica a campione tra richiesta di esame e idoneità soggetto (utilizzo procedura IRO/FENIS)	5 mensili (report trimestrale)	Direttore S.C. Radiologia Levante - Direttore S.C. Radiologia Ponente	Corrispondenza della idoneità del soggetto a cui sono state erogate le prestazioni	si	si	si
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE DELLE ATTIVITÀ CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRACOSPEDALIERO								
MISURE SPECIFICHE RELATIVE ALLE ATTIVITÀ DELLE DITTE DI ORGANIZZAZIONE FUNERIE ALL'INTERNO DEI PRESIDI OSPEDALIERI	88	Verifica rispetto della procedura di "presa in carico della salma" e delle "norme comportamentali per il personale in caso di decesso di paziente" in ambito ospedaliero	31/10/2023	Direttore S.C. Professioni Sanitarie ASL2 - S.C. Direzione medica	revisione e verifica delle procedure esistenti per i presidi ospedalieri	100%	100%	100%
ALTRE MISURE SPECIFICHE PER IL SETTORE DEI RAPPORTI CONTRATTUALI CON I PRIVATI ACCREDITATI								
GESTIONE CENTRI CONVENZIONATI ESTERNI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	89	Verifica e controllo mensile delle prestazioni rendicontate	mensile	Responsabile SSD Gestione Liste di Attesa	Report contenente dettagli/anomalie, inviato mensilmente alle strutture contrattualizzate	si	si	si
	90	Attività di vigilanza straordinaria con l'utilizzo di strumento omogeneo e codificato (check - list)	annuale a campione		Numero verifiche effettuate	si	si	si

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE							
	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigenti Responsabili elaborazione, trasmissione e pubblicazione dati	Aggiornamento/Termine scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio dei Dirigenti Responsabili/Referenti
Disposizioni generali	Sottosezione 2.3 Rischi corrottivi e trasparenza del PIAO	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.	Rischi corrottivi e trasparenza nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO	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 e s.m.i., (MODG 231) (link alla sotto-sezione altri contenuti/alcune strutture)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale	Annuale
	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 "Normattivi" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni Norme statali, regionali istitutive delle aziende sanitarie locali e successive modifiche.	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Semestrale
			Atti amministrativi generali (organizzativi, di programmazione, indirizzo, etc.)	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,	Tutte le S.C. che formano atti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	link sito ANAC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	link sito Regione Liguria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 166/2001 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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario 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	(non pertinente)	Tempestivo	Tempestivo
Organizzazione	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.	Tutte le S.C. per i propri uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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 certificate dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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. La S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP è interessata soltanto alle fattispecie descritte nel c.2 art 15 "conferimento di incarichi a qualsiasi titolo" (il D.Lgs. 185/2001 rientra nelle competenze della S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 166/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 166/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo	Tempestivo
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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 La S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP si occupa degli atti di conferimento dei Direttori, non degli incarichi dirigenziali (c. 1 bis)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) 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)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1 ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Annuale (non oltre il 30 marzo)
				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.	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013	Incariichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali; discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1 bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) 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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 166/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo	Tempestivo
Personale	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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Non richiesto	Non richiesto
	Titolari di incarichi dirigenziali	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Sospeso l'obbligo ai sensi dell'art. 1 comma 16 del D.L. 31/12/2020 n. 183 **	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)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	**	**
		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)]	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	**	**
Personale	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative (Incariichi di funzione)	Curricula dei titolari di posizioni organizzative (Incariichi di funzione) redatti in conformità al vigente modello europeo	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incariichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 14, d.lgs. n. 166/2001	Incariichi 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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 166/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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 relazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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. 160, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Performance	Relazione sulla Performance	Art. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	S.C. Centro Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi (livello raggiungimento dei risultati - Scheda budget)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti (livello raggiungimento dei risultati - Scheda budget)	S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013).	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				1) ragione sociale	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016						
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Strutture competenti per il procedimento (revisione tempistiche e responsabilità) https://www.asl2.liguria.it/arm-informazione-trasparente/attivita/CENAD-e-procedimenti/typologie-di-procedimento.html	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 35, c. 1, lett. i), 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Per i procedimenti ad istanza di parte:	strutture competenti per il procedimento			
			1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, 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	Strutture competenti per il procedimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione di 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	Strutture competenti per il procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 (Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012)	Provvedimenti organi indirizzo politico	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 e con altre amministrazioni pubbliche.	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP e Strutture NSO - Nodo Smistamento Ordini	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA S.S.D. Ingegneria Clinica S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 52, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 della Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerta/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 1, c. 52, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 della Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, soggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerta/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27 e 28 d.lgs. n. 36/2023 ALLEGATO 5 al d.lgs. 36/2023 "Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi" e D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni...						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023; d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGLIA Avvisi di indagine di mercato (art. 36, c. 7 e linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avvisi di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alla ipotesi ex art. 36, c. 2, lettera a) ai) SETTORI ORDINARI-SOPRASOGGLIA Avvisi di preinformazione per l'adozione di una gara per procedura ristretta e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 1 e 4) Bandi ed avvisi (art. 70, c. 1 e 4) Bandi di gara o servizi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IV (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bandi per i concorsi di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedura ristretta e negoziazione- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 1) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 128, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee- Bandi (art. 141, c. 1) SPONSORIZZAZIONI Avvisi con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuta ricezione di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 15, c. 1)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGLIA Avvisi sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), e-h), Per la ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto (tranne determinata a contrarre ex articolo 32, c. 2) Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede a sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI-SOPRASOGGLIA Avvisi di appalto aggiudicati (art. 38) Avvisi di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IV eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 1) Avvisi sui risultati dei concorsi di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avvisi relativi agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 1 e art. 130) Avvisi di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 141, c. 1) Avvisi sui risultati dei concorsi di progettazione (art. 141, c. 2)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice e il curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Verbal delle commissioni di gara	Verbal delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <u>in quanto compatibili</u> ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016, anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specificità dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica		Tempestivo

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 31 d.lgs. 36/2023, Titolo II "Gli operatori economici"	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni economiche	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		D.l. 76/2020, art. 6 Artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Resconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 130.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 130.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 47, c. 2, 3, 9, d.l. 77/2021 e artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 48, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e artt. 20, 27, 28 d.lgs. n. 36/2023		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 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 di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021		Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove la S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	S.C. Provveditorato S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica; S.C. Sistemi Informativi Aziendali- SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
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	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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.	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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.	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. 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 o 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	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	S.C. Centro Controllo Direzionale	Tempestivo	Tempestivo
				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)	S.C. Centro Controllo Direzionale	Tempestivo	Tempestivo
				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	S.C. Centro Controllo Direzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

	Corte dei conti		Rilevi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non receipti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	S.C. Bilancio e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	Strutture aziendali S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP S.C. Qualità Accreditemento e	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	S.C. Centro Controllo Direzionale	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.S.D. Gestione liste di attesa	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	S.C. Qualità Accreditemento e Rischio clinico e S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Tempestivo	Tempestivo
Pagamenti all'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	S.C. Bilancio e contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	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	S.C. Bilancio e contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	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)	S.C. Bilancio e contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	S.C. Bilancio e contabilità	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare complessivo dei debiti	S.C. Bilancio e contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Bilancio e contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 58, 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 Ministeri)	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	S.C. Assistenza e Residenzialità Ancari, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	S.C. Affari Generali e Legali, Comunicazione e URP	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 6, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale	Annuale
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo	Tempestivo
		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)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo	Tempestivo
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo	Tempestivo
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, Art. 2, c. 9 bis, l. 241/90	Accesso civico "semplificato" 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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo	Tempestivo
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo	Tempestivo
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Semestrale	Semestrale

Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it /catalogo gestiti da AGID	S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Tempestivo	Tempestivo
		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	S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Annuale	Annuale
		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	S.C. Sistemi Informativi Aziendali-SIA; S.S.D. Ingegneria Clinica	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Strutture competenti per argomento	Da definire da parte strutture competenti	Da definire da parte strutture competenti
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 purificatori intervenuti	Strutture competenti per il provvedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Interventi a seguito dell'emergenza Covid-19: deroga alla normativa generale applicando le disposizioni anticovid, e le disposizioni di legge da applicare in caso di situazioni straordinarie o eccezionali Pubblicazione
		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	Strutture competenti per il provvedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
					Strutture competenti per il provvedimento		
		Art. 42, c. 1,		Costo previsto dagli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Strutture competenti per il provvedimento	Tempestivo	



RAPPORTO SULLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2025

**Gruppo di lavoro interaziendale
sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza
nelle Aziende Sanitarie e negli Enti della Regione Liguria**

DGR N. 957 DEL 28/10/2021

Genova, 20 novembre 2025

*A cura di:
Ufficio di Coordinamento Strategico
del Gruppo di Lavoro RPCT
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino*

LE AZIENDE PARTECIPANTI



Sommario

1. I PROVVEDIMENTI DELLA REGIONE LIGURIA E IL GRUPPO DI LAVORO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA	6
2. OBIETTIVI STRATEGICI PER IL 2025	6
3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ, METODOLOGIA DI LAVORO E RIUNIONI ANNO 2025	8
4. ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2025	10
4.1. OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	10
4.2 OBIETTIVO 2 - Promozione della cultura dell'integrità e formazione	12
4.3 OBIETTIVO 3 – Antiriciclaggio	13
4.4 OBIETTIVO 4 - Indicatori per la prevenzione della corruzione	13
5. ULTERIORI ATTIVITA'	13
5.1 Evento formativo in collaborazione con ANAC	13
5.2 Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul " <i>pantouflage</i> "	14
6. MONITORAGGIO INTERNO.....	14
7. PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ E OBIETTIVI 2026	15
8. RIFLESSIONI CONCLUSIVE.....	17
ALLEGATI	18

I COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO INTERAZIENDALE

DGR N. 957 DEL 28/10/2021

Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali - Dott. Paolo Bordon

Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Regione Liguria – Dott. Luca Nervi

Referente della Direzione Generale Area Salute e Servizi Sociali per Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Marco Sussi

Coordinatrice del Gruppo di Lavoro Interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza – Avv. Laura Oliveri - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Ospedale Policlinico San Martino Genova

Componenti:

Emiliana Brunetti - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Liguria Salute

Simone Ascheri - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 1

Patrizia Satragno - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 2

Natascia Massocco - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 3

Anna Conti - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 4 “Chiavarese”

Carlo Oliva - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 5 “Spezzino”

Miranda Grangia - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Ospedale Galliera

Carlo Berri - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Istituto Giannina Gaslini

Rita Poggio - Ospedale Evangelico Internazionale ex D.Lgs 231/2001.

Gruppo Tecnico di supporto

Luisa Bazurro – Assistente RPCT ASL 3

Pietro Cordasco – Assistente RPCT Ospedale Policlinico San Martino

Laura Capula – Assistente RPCT Ospedale Galliera

Segreteria tecnica

Monica Lunghi - Assistente RPCT Ospedale Policlinico San Martino

TAVOLO DI LAVORO RISTRETTO

DECRETO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI N. 4484 DEL 3/07/2023

Coordinatrice del Tavolo di Lavoro ristretto – Laura Oliveri - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Ospedale Policlinico San Martino Genova

Luca Nervi - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Regione Liguria

Marco Sussi - Referente della Direzione Generale Area Salute e Servizi Sociali per Anticorruzione e Trasparenza

Natascia Massocco - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ASL 3

Miranda Grangia - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Ospedale Galliera

Carlo Berri - Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Istituto Giannina Gaslini

Pietro Cordasco – Assistente RPCT Ospedale Policlinico San Martino

Laura Capula – Assistente RPCT Ospedale Galliera

Segreteria tecnica

Monica Lunghi - Assistente RPCT Ospedale Policlinico San Martino

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

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

Con **deliberazione della Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021** è stato ridefinito il ruolo del Gruppo di Lavoro interaziendale 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:

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

Il gruppo è composto dal Direttore della Direzione Generale Area Salute e Servizi Sociali o suo delegato e dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di A.Li.Sa. (che dal 01.09.2025 ha cambiato denominazione in Liguria Salute) e delle AA.SS.LL. ed Enti/Istituti del S.S.R., ed è coordinato dal RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino con funzioni di coordinamento strategico tra il Dipartimento e il Gruppo stesso.

Con **Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 3/07/2023** avente ad oggetto: *“Gruppo di lavoro 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 Tavolo di lavoro ristretto che prevede la partecipazione – tramite il proprio RPCT oppure l'assistente al RPCT stesso–della ASL 3, della ASL 4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini al fine di rappresentare al meglio tutte le tipologie di Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. di cui alla L.R. n. 41/2006 e ss.mm.ii. integrato e modificato con D.D.G. n. 7310/2024.

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

Con **deliberazione della Giunta Regionale n. 38-2025 del 23/01/2025** è stato attribuito l'incarico dirigenziale di struttura organizzativa complessa afferente alla Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali al Dottor Paolo Bordon, il quale ha fornito indicazioni e direttive per l'attività del Gruppo di Lavoro.

2. OBIETTIVI STRATEGICI PER IL 2025

Il Tavolo ristretto degli RPCT, in collaborazione con il RPCT di Regione Liguria, ha individuato obiettivi strategici di prevenzione della corruzione per il 2025, comuni a Regione Liguria, Enti partecipati ed Enti del SSR, tracciandone la strategia complessiva.

Gli obiettivi sono stati posti in consultazione pubblica sottoponendoli alle principali associazioni rappresentative della società civile.

Con nota prot. n. 150273 del 17.03.2025 e con Decreto n. 2380 del 31.03.2025 del Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali, gli obiettivi strategici proposti del Gruppo Regionale degli RPCT, sono stati comunicati ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie allo scopo di aumentare la coesione e l'omogeneità tra i RPCT e favorire il più possibile la diffusione di politiche di prevenzione della corruzione comuni a tutti gli Enti del SSN liguri, di seguito riportati:

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

OBIETTIVO 2 - Promozione della cultura dell'integrità e formazione

OBIETTIVO 3 - Antiriciclaggio

OBIETTIVO 4 - Indicatori (KPI) per la prevenzione della corruzione

Conseguentemente, Il Gruppo di Lavoro ha organizzato la propria attività per la realizzazione dei suddetti obiettivi e per offrire agli Enti del Servizio Sanitario Regionale gli strumenti per mantenere alta l'attenzione sui temi strategici direttamente correlati all'integrità del sistema sanitario, esercitando la propria funzione di indirizzo, coordinamento e controllo nell'applicazione concreta di iniziative finalizzate alla prevenzione di illeciti e ad assicurare la massima trasparenza sul funzionamento e sulle attività delle Aziende sanitarie del Sistema Socio Sanitario Ligure.

Di seguito si riporta uno schema riepilogativo sugli obiettivi strategici individuati dal Dipartimento salute per il 2025 e sul grado di raggiungimento degli stessi.

OBIETTIVI 2025

OBIETTIVI	ATTIVITÀ SVOLTA
OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato. A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi: ▪ Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti; ▪ Prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse, (in quest'ultimo caso acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria); ▪ Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC.	<i>E' stata predisposta una scheda già elaborata da ASL5 per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.</i> <i>La scheda si compone di diverse sezioni relative alla descrizione dei processi, identificazione dei rischi – indicatori di rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche di prevenzione del rischio.</i> <i>I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzature, software).</i> <i>Nella sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Altri contenuti PNRR viene pubblicata la rendicontazione semestrale dei progetti in essere e il monitoraggio sull'utilizzo dei fondi stanziati e sullo stato di attuazione dei progetti stessi.</i>

OBIETTIVO 2 – Promozione della cultura dell'integrità e formazione La promozione della cultura dell'integrità e dei comportamenti etici degli operatori pubblici è un elemento fondamentale nella strategia della prevenzione. Per questo occorre programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento al Codice di Comportamento approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023, l'istituto del whistleblowing e la normativa anticorruzione.	<i>E' stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento.</i> <i>E' stato predisposto il materiale per il corso sulla normativa e sulle disposizioni attuative riguardanti il whistleblowing che verrà erogato nel corso del 2026.</i>
OBIETTIVO 3 - Antiriciclaggio L'applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs. n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni. A tal fine, occorre garantire l'applicazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n.231 del 21 Novembre 2007 recante "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.	<i>E' stato organizzato un corso per i dirigenti e i dipendenti di Regione Liguria e delle aziende sanitarie che si è svolto in data 13 Novembre 2025 come da programma allegato.</i>
OBIETTIVO 4 – Indicatori per la prevenzione della corruzione Per migliorare l'efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l'azione pubblica degli enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di <i>alert</i> che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare. Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi: ▪ Mappare i principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia. ▪ Progettare un cruscotto informativo di indicatori (KPI) finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.	<i>E' stato progettato un cruscotto di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.</i> <i>Gli ambiti considerati sono: Appalti pubblici (procedure, esiti, partecipazione); Gestione del personale (assegnazioni, rotazione, incarichi, formazione); Conflitti di interesse (dichiarazioni, incompatibilità, autorizzazioni); Formazione e cultura dell'integrità; Trasparenza e accesso civico.</i> <i>Tale attività è stata presentata durante il Convegno in data 9/06/2025 presso la Regione Liguria al quale sono intervenuti anche due Consiglieri di ANAC.</i>

3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ, METODOLOGIA DI LAVORO E RIUNIONI ANNO 2025

Il Tavolo di Lavoro ristretto, istituito con Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria n. 4484 del 03.07.2023 ha provveduto ad individuare le specifiche aree tematiche ritenute più significative, nonché a programmare le conseguenti iniziative da adottare per il tramite del Gruppo di Lavoro Interaziendale degli RPCT ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza da parte degli Enti del SSR.

Il Gruppo di Lavoro ha operato confrontandosi, condividendo esperienze, problematiche riscontrate in fase di applicazione delle norme e soluzioni operative ed organizzative realizzate, avendo come impostazione di fondo quella di ricercare e assicurare l'applicazione della normativa con una modalità coerente, uniforme e condivisa a livello regionale.

Alla luce di quanto sopra e dell'esperienza di tutti i partecipanti, la metodologia di lavoro ha ricalcato quella da sempre seguita, con approfondimenti affidati a specifici sottogruppi, con successiva condivisione da parte di tutti i componenti del gruppo di lavoro e con il coordinamento del Dipartimento Salute di Regione Liguria.

Per la realizzazione delle attività programmate nel 2025 sono stati individuati quattro sottogruppi di lavoro per l'approfondimento sui diversi temi individuati, che si sono riuniti separatamente per poi riferire sull'attività svolta nelle riunioni del Gruppo in plenaria, con la partecipazione attiva di tutti i componenti, come specificato nello schema sotto riportato.

ATTIVITA' DEI SOTTOGRUPPI 2025

Sottogruppo 1

PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Componenti sottogruppo:

Referente: Dott. Carlo Oliva (ASL5),
ASL 1 Dott. Ascheri,
ASL 4 Dott.ssa Ferlenghi
A.Li.Sa Dott.ssa Brunetti

Attività di Lavoro:

Prosecuzione delle attività del sottogruppo costituito nel 2024.
Predisposizione mappatura dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle procedure di gara e di reclutamento del personale.

Obiettivo raggiunto:

ATTIVITA' CONCLUSA

Sottogruppo 2

Promozione della cultura dell'integrità e formazione

Componenti sottogruppo:

Referente: Dott.ssa Grangia
Dott.ssa Capula (E.O. Galliera)
Dott.ssa Ferlenghi (ASL4)

Attività di Lavoro:

E' stata prevista la partecipazione obbligatoria corso FAD sulla legge 190/2012 comprendente tutti i principali argomenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il quale è stato effettuato un aggiornamento comprendente anche il codice di comportamento.
Realizzazione corso in materia di Whistleblowing.

Obiettivo raggiunto:

ATTIVITA' CONCLUSA

Sottogruppo 3

Antiriciclaggio

Componenti sottogruppo:

Referente: Dott.ssa Massocco / Dott. Nervi

Attività di Lavoro:

E' STATO REALIZZATO UN INCONTRO FORMATIVO PER IL 13 NOVEMBRE 2025

Obiettivo raggiunto:

ATTIVITA' CONCLUSA

Sottogruppo 4

Indicatori per la prevenzione della corruzione

Componenti sottogruppo:

Referente: Dott.ssa Oliveri
Dott. Cordasco (Policlinico San Martino)
Dott. Mistretta (Istituto Giannina Gaslini)

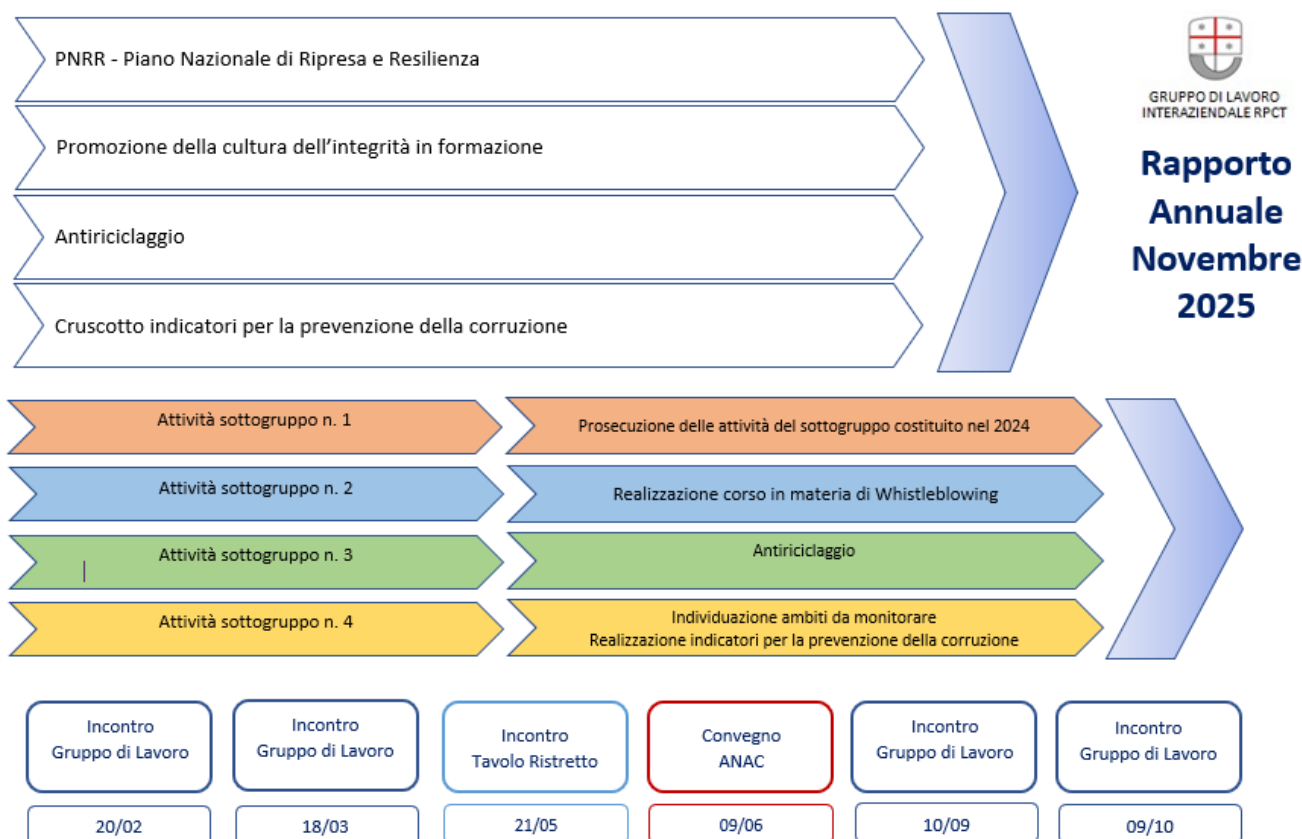
Realizzazione di un cruscotto di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni ambiti ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire. Gli ambiti considerati sono: Appalti pubblici (procedure, esiti, partecipazione); Gestione del personale (assegnazioni, rotazione, incarichi, 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.

Obiettivo raggiunto:

ATTIVITÀ CONCLUSA

Piano di lavoro 2025



4. ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2025

Il Gruppo ha lavorato per realizzare gli obiettivi fissati per il 2025 nella succitata nota prot. n. prot. n. 150273 del 17.03.2025, confermati con Decreto n. 2380 del 31.03.2025 del Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali integrandoli, laddove necessario, con ulteriori attività previste dall'evoluzione delle disposizioni normative.

Di seguito gli interventi più significativi:

4.1. OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Per l'attuazione del PNRR e dell'obiettivo in argomento, sono stati elaborati i modelli delle schede che sono state utilizzate per ogni audit eseguito (e relativo modello di verbale). E' stata inoltre effettuata una scheda per ogni intervento finanziato dal PNRR.

Nella relazione di seguito riportata il Referente del Sottogruppo costituito *ad hoc*, ha esposto il procedimento di elaborazione dei suddetti documenti.

ASL 5 ha a suo tempo predisposto una scheda di analisi per la mappatura dei processi a maggior rischio di corruzione, con indicatori di rischio e relative misure di prevenzione (allegata alla presente relazione) al fine di elaborare il nuovo registro dei rischi.

Il sopra citato modello di scheda è stato elaborato per costruire il nuovo registro dei rischi che sarà vigente dall'anno 2026.

La motivazione del lavoro di ASL 5 consiste nel superamento delle indicazioni contenute nel PNA 2013 relativamente alla valutazione del rischio con indici numerici basati sulla valutazione della probabilità di accadimento di un rischio e sul relativo impatto (allegato n. 5 PNA 2013 -> valore medio sommatoria

probabilità x valore medio sommatoria impatto con i risultati che determinavano il livello di rischio) sulla quale è stato elaborato l'attuale registro dei rischi aziendale.

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

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

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

Per procedere allo sviluppo dello schema di analisi, A.Li.Sa (dal 01.09.2025 Liguria Salute) componente del sottogruppo PNRR, ha fornito il "Catalogo dei rischi PNRR" predisposto da ANAC, Italia Open Go, 5° Piano d'Azione Nazionale 2021-2023 che è stato studiato dal sottogruppo nelle sue diverse parti. In particolare si è utilizzato il paragrafo del "conflitto di interessi" che fa uno specifico focus sulle "relazioni sensibili" e sul fenomeno della "interferenza relazionale" tra decisore pubblico e stakeholder esterno (soggetto terzo che partecipa ad una procedura di gara, ad una selezione del personale e ad opera pubblica (es. costruzione, acquisto attrezzatura, software).

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

Occorre quindi una valutazione preventiva del conflitto di interessi che include:

- una mappatura sintetica delle relazioni "sensibili" stabili (attuali e del recente passato del decisore pubblico);

- uno o più scenari, che potrebbero favorire l'emersione di un conflitto di interessi;
- un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire o gestire il conflitto di interessi.

Stabiliti i potenziali conflitti di interessi occorre agire con le relative misure che non si limitano all'astensione ma possono anche concretizzarsi in altre soluzioni:

- avocazione del superiore gerarchico;
- gestione congiunta quando il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in conflitto di interessi;
- controllo rinforzato quando il superiore gerarchico identifica una serie di controlli da effettuare sul processo gestito dal soggetto in conflitto di interessi, al fine di identificare eventuali non conformità o anomalie sintomatiche di una gestione non imparziale.

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

Un altro documento che ha costituito oggetto di consultazione sono le "Linee guida n. 5, di attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 recante "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici".

In particolare, si sono individuati processi/procedimenti relativi a interventi finanziabili con il PNRR: gare per opere pubbliche, acquisti di beni e servizi e assunzioni del personale.

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

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

GARA

1. stesura del capitolato di gara;
2. composizione Commissione di gara;
3. nomina del RUP;
4. nomina del DEC.

CONCORSO PUBBLICO

1. stesura del bando/avviso di selezione/incarico;
2. composizione della Commissione.

OPERA PUBBLICA (ES. COSTRUZIONE, ACQUISTO ATTREZZATURA, SOFTWARE)

1. utilizzo finanziamento.

Tale lavoro può essere sviluppato estendendo l'analisi ad altri processi e relativi fasi.

ALLEGATO 1

4.2 OBIETTIVO 2 - Promozione della cultura dell'integrità e formazione

E' stato approvato l'aggiornamento dei contenuti del Corso FAD "La legge 190: i piani e le misure anticorruzione" alla luce dell'evoluzione normativa dal 2019 ad oggi e contenente la revisione complessiva di tutto il materiale.

Il corso è stato erogato nel 2025, e riveste carattere obbligatorio per tutto il personale.

ALLEGATO 2

Inoltre, è stato predisposto dal relativo sottogruppo, e approvato dal Gruppo il materiale relativo al Corso FAD "Whistleblowing: Dalla teoria alla pratica".

ALLEGATO 3

4.3 OBIETTIVO 3 – Antiriciclaggio

L'applicazione attenta e scrupolosa della normativa sul contrasto al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo di cui al D.Lgs. n. 231/2007 rappresenta un elemento indispensabile nel sistema di risk management delle pubbliche amministrazioni.

A tal fine, occorre garantire l'applicazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 231 del 21 Novembre 2007 recante "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.

A seguito del corso precedentemente realizzato, è stata prevista lo svolgimento di un nuovo corso in materia di antiriciclaggio per i Gestori ed i Referenti di ciascuna azienda

ALLEGATO 4

4.4 OBIETTIVO 4 - Indicatori per la prevenzione della corruzione

E' stato elaborato un progetto volto a costruire un sistema organico, integrato e multidimensionale di indicatori di rischio corruttivo, in grado di supportare sia le attività di prevenzione sia quelle di rilevazione tempestiva di fenomeni illeciti o distorsivi all'interno della pubblica amministrazione. Il sistema proposto integra indicatori **preventivi** (*leading indicators*), in grado di segnalare *ex-ante* condizioni di vulnerabilità, e **consuntivi** (*lagging indicators*), utili a misurare l'effettivo verificarsi di comportamenti anomali o non conformi.

Gli ambiti considerati coprono in maniera trasversale le principali aree a rischio della gestione pubblica:

- **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**

Il progetto ha un'impostazione operativa e orientata all'implementazione pratica, prevedendo:

- La realizzazione di indicatori di corruzione *ex ante* ed *ex post*;
- L'individuazione delle soglie di attenzione e del livello di rischio;
- Valutazione e gestione del rischio.

Questo modello si propone come **strumento decisionale e di supporto alla governance**, idoneo a rafforzare i sistemi di controllo interno, a migliorare la capacità di prevenzione della corruzione e a fornire evidenze oggettive per audit e verifiche.

5. ULTERIORI ATTIVITA'

5.1 Evento formativo in collaborazione con ANAC

La Direzione Generale Area Salute e Servizi Sociali in considerazione della complessità e della rilevanza strategica della prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione, ha ritenuto opportuno promuovere lo svolgimento di un evento formativo e informativo, in collaborazione con il Gruppo di Lavoro Interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende e degli Enti Sanitari liguri e il RPCT di Regione Liguria.

Nel corso di tale evento, al quale sono intervenuti importanti esponenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, sono state approfondite le tematiche relative all'efficacia delle misure di prevenzione della

corruzione e la trasparenza, al fine di diffondere una reale cultura dell'integrità che dia concretezza all'applicazione della normativa di settore.

Inoltre, è stato presentato il progetto riguardante gli indicatori di rischio corruttivo descritto al precedente paragrafo 4.4.

In considerazione dell'importante momento di confronto che l'iniziativa rappresenta con riguardo ad una tematica, quale quella della prevenzione della corruzione, che coinvolge tutta l'attività amministrativa, reso anche più prestigioso dalla presenza di esponenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per la prima volta presso la Direzione, e di importanti relatori, sono intervenuti i Direttori Generali, Amministrativi e i Direttori delle principali Strutture delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, nonché dell'Università di Genova e il Preside della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, e il Difensore Civico.

L'iniziativa, organizzata dal Coordinatore del Gruppo e dal RPCT di Regione Liguria, si è svolta in data **9 giugno 2025** presso la Regione Liguria, secondo il programma allegato.

ALLEGATO 5

5.2 Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul “*pantouflage*”

A seguito dell'approvazione delle procedure relative allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*Pantouflage*) trasmesse con nota prot. n. 2023-1544070 del 20.11.2023 dal Direttore del Dipartimento Salute, sono state approvate le “*Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sullo svolgimento dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage)*” redatte dall'Ufficio di Coordinamento sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione ANAC 2022 e nelle Linee guida ANAC n° 1 in tema di c.d. divieto di *Pantouflage* - art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001 adottate con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024 per disciplinare le modalità di svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni successive alla cessazione del rapporto di lavoro.

ALLEGATO 6

6. MONITORAGGIO INTERNO

Nel corso del 2025 è proseguita l'attività di monitoraggio interno alle singole Aziende sanitarie per la verifica dell'attuazione delle linee guida e documenti prodotti dal gruppo regionale ed approvati dal Direttore del Dipartimento Salute introdotto nel 2023 tra gli obiettivi stabiliti dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

Il livello di attuazione dei suddetti obiettivi è stato riepilogato nell'allegata tabella dalla quale emerge che l'applicazione delle suddette direttive è stata per la maggior parte attuata.

Anche quest'anno allo scopo di monitorare più efficacemente il livello di raggiungimento degli obiettivi strategici e delle attività programmate nel 2025 abbiamo ritenuto opportuno richiedere la compilazione della tabella di rendicontazione delle misure principali e degli obiettivi strategici assegnati agli Enti sanitari in materia di prevenzione della corruzione di antiriciclaggio, non solo a fine anno, come normalmente richiesto, ma anche a conclusione del I semestre, in modo da ottenere un quadro, il più possibile esaustivo, della situazione attuale, e avere, quindi, il tempo per predisporre eventuali correttivi alle criticità eventualmente evidenziate.

Inoltre rispetto al passato la tabella è stata strutturata per ricevere un riscontro non soltanto sul raggiungimento degli adempimenti formali (ad esempio l'adozione della delibera di approvazione di un certo regolamento) ma anche di attestare l'effettivo rispetto delle disposizioni formalmente approvate (ad esempio l'effettuazione delle verifiche sul rispetto di un determinato obbligo).

In questo modo oltre a verificare se gli Enti abbiano provveduto o meno ad approvare con un atto dirigenziale o con nota le procedure previste (il whistleblowing, le sponsorizzazioni, gli ingressi degli informatori, il registro degli accessi, la modulistica sul conflitto di interessi, i Patti di Integrità, il *pantouflage* ecc...) è stato anche verificato se le stesse siano concretamente applicate e rispettate dai soggetti obbligati, nei modi e nei termini previsti.

La tabella strutturata a colonne permette di verificare con immediatezza i riscontri dei singoli Enti evidenziando analogie e differenze nelle varie risposte fornite che riflettono, sia pure in modo sommario, la performance e l'impegno profuso dalle diverse amministrazioni, auspicando costituisca anche uno sprone per favorire un miglioramento reciproco nella qualità del lavoro svolto nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

ALLEGATO 7

7. PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ E OBIETTIVI 2026

Il Gruppo interaziendale degli RPCT, su proposta del RPCT di Regione Liguria, ha individuato obiettivi strategici di prevenzione della corruzione per il 2026, comuni a Regione Liguria, Enti partecipati ed Enti del SSR, tracciandone la strategia complessiva come di seguito riportato.

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.

Gli obiettivi sono stati posti in consultazione pubblica sottoponendoli alle principali associazioni rappresentative della società civile.

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.

Successivamente, dopo l’adozione della deliberazione della Giunta Regionale che annualmente definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per la Regione Liguria, comprendente anche gli Enti del SSR, potranno essere approvati anche del Direttore del Dipartimento Salute della Regione Liguria, e trasmessi alle aziende sanitarie che provvederanno ad attuarli in conformità con il proprio assetto organizzativo interno.

8. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

A conclusione delle attività svolte nel 2025 sono utili alcune osservazioni e alcune riflessioni.

Il Gruppo di Lavoro ha sviluppato ulteriormente la collaborazione con l’Area Salute e Servizi Sociali, molto positiva, concreta ed efficace, come sopra meglio descritto.

Come descritto nel presente Rapporto, sono stati quasi completamente raggiunti gli obiettivi assegnati e previsti per il 2025, integrandoli con altri derivanti dall’introduzione di nuovi adempimenti normativi.

Anche per il 2025 è proseguita la collaborazione con la Regione Liguria.

In particolare, dall’intervento e dal coordinamento da parte del Dipartimento Salute di Regione Liguria e dal consolidamento della collaborazione con il RPCT di regione Liguria, che hanno permesso di realizzare

una visione strategica e condivisa degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di rafforzamento della cultura dell'integrità.

Sarebbe tuttavia auspicabile una più completa partecipazione da parte di tutti i componenti del Gruppo ed una più uniforme e sollecita applicazione dei documenti prodotti.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – Mappatura PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

ALLEGATO 2 – Aggiornamento dei contenuti del Corso FAD *“La legge 190: i piani e le misure anticorruzione”*

ALLEGATO 3 – Corso FAD *“Whistleblowing: Dalla teoria alla pratica”*

ALLEGATO 4 – Corso su Antiriciclaggio

ALLEGATO 5 – Evento formativo in collaborazione con ANAC

ALLEGATO 6 – Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul *“pantouflage”*

ALLEGATO 7 – Tabella monitoraggio

ALLEGATO 1

Protocollo Generale n. 0059389/25 del 14/11/2025



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE GENERALE DI AREA
SALUTE E SERVIZI SOCIALI



aoorlig - r_liguri - Regione Liguria
Prot-2025-0538514
del 14/11/2025

II DIRETTORE GENERALE

Genova, data del protocollo

Ai Direttori Generali delle Aziende del SSR della Liguria

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza
delle Aziende del SSR della Liguria

Al Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza della Regione Liguria

LORO SEDI

Oggetto: Cruscotto di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

Con nota prot. n. 14475/75 sono stati indicati a codeste Aziende gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per l'anno 2025 da inserire nell'aggiornamento della sezione PTPCT interna al PIAO 2025 - 2027, tra i quali l'elaborazione di indicatori per la identificazione e valutazione del rischio corruttivo nelle aziende sanitarie.

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 è emersa la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di *alert* che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare.

Conseguentemente, attraverso la mappatura dei principali ambiti nei quali si esercita la funzione pubblica dalla cui osservazione possano arrivare eventuali segnali di anomalia, il Gruppo interaziendale degli RPCT delle aziende e degli enti sanitari ha realizzato la progettazione di un cruscotto informativo di indicatori finalizzato al monitoraggio di alcuni settori ritenuti sensibili per individuare aree di criticità sulle quali intervenire.

Tale documento, come è noto, è stato presentato in occasione del Convegno svoltosi presso la Regione



REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e servizi sociali
Via Fieschi 17 - 16121 Genova - Tel. 010.5485571 - 5576 -
MAIL: dga_sanita@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.regione.liguria.it

Liguria in data 9 giugno 2025 e costituisce un utile strumento per la valutazione del rischio corruttivo di ciascun Ente.

Si invitano pertanto le SS. LL. ad applicare detto schema ai processi a rischio corruttivo e inserirlo nella progettazione delle misure di prevenzione della corruzione nell'ambito delle rispettive Sezioni interne al PIAO per il 2026.

Il materiale verrà trasmesso dal Coordinatore del Gruppo agli RPCT delle singole Aziende.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Paolo Bordon)



Firmato
digitalmente da:
PAOLO BORDON
Regione Liguria
Firmato il: 30-10-
2025 16:50:13
Certificato valido
dal 06-02-2025
al 05-02-2028

+

REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e servizi sociali

DESCRIZIONE DEL PROCESSO								
STRUTTURA	PROCESSO	N. Fase	DESCRIZIONE FASI/AZIONI	Esecutore fase (Struttura responsabile/competente della implementazione)	Evento (rischio)	LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO (la presenza anche di interessi economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio)	GRADO DI DISCREZIONALITA' DEL DECISORE INTERNO DELLA PA (la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale vincolato)	OPACITA' DEL PROCESSO DECISIONALE (l'adozione di strumenti di trasparenza e sostanziale e non solo formale)
ENTE/AZIENDA	GARA	1	Stesura del capitolato di gara	Provveditorato/Struttura interessata alla gara	Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico stende una capitolato di gara che contiene <u>criteri di valutazione</u> che favoriscono una stakeholder esterno con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convincente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche che lo pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità nella definizione del fabbisogno delle opere e dei relativi servizi e dei beni (apparecchiature, attrezzature). Gli interventi da finanziare come PNRR sono soggetti ad autorizzazione ministeriale.	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"
ENTE/AZIENDA	GARA	2	Composizione Commissione di gara	Direzione Aziendale	Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico (commissario di gara) ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante alla gara rispetto ad un altro <u>esperimento giudizi non obiettivi</u> (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convincente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche). Le gare sono svolte dalla SUAR che si può avvalere di dipendenti delle singole aziende sanitarie.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Bassa discrezionalità: ANAC -> Linee guida n. 5, attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici", approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1190 del 16/11/2016, aggiornate con Decreto Legislativo del 19/04/2017 n. 56 con Deliberazione del Consiglio n. 4 del 10 gennaio 2018 e modifiche del 2019	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"
ENTE/AZIENDA	GARA	3	Nomina del RUP	Direzione Aziendale	Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il responsabile unico di progetto (RUP) <u>può agevolare il stakeholder esterno nella programmazione, progettazione e esecuzione del contratto</u> . I RUP nominati dalla SUAR sono spesso dipendenti delle aziende sanitarie.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità - nomine effettuate dalla Stazione Appaltante Unica Regionale (SUAR)	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"
ENTE/AZIENDA	GARA	4	Nomina del DEC	Direzione Aziendale	Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico che in questo caso è il direttore esecutivo del contratto (DEC) può agevolare l'affidatario/esecutorio del progetto <u>non denunciando eventuali difformità rispetto all'intervento aggiudicato con la gara (variazioni non legittimamente autorizzate).</u>	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità perché di nomina del Responsabile della Struttura su indicazione del RUP	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"
ENTE/AZIENDA	CONCORSO PUBBLICO	1	Stesura del bando/avviso di selezione/incarico	Gestione Risorse Umane	Rischio di una interferenza relazionale per cui il decisore pubblico stende un avviso/bando di selezione che <u>contiene criteri di valutazione che favoriscono una stakeholder esterno</u> con il quale intrattiene una relazione sensibile (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convincente, parenti od affini entro il II grado, Attività politiche, professionali, economiche che li pongano in contatti frequenti con lo stakeholder esterno).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Alta discrezionalità della definizione del fabbisogno del personale	Bassa opacità: i documenti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"
ENTE/AZIENDA	CONCORSO PUBBLICO	2	Composizione della Commissione	Direzione Aziendale	Rischio di interferenza relazionale per cui il decisore pubblico ha una relazione sensibile con lo stakeholder esterno e può agevolare un partecipante all'avviso di selezione rispetto ad un altro <u>esprimendo giudizi non obiettivi</u> (partecipazioni azionarie e /o interessi finanziari, coniuge/convincente, parenti od affini entro il II grado, attività politiche, professionali, economiche).	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Media discrezionalità - le norme identificano le figure professionali che devono far parte della Commissione	Media opacità: la nomina avviene con provvedimento pubblicato all'albo pretorio
ENTE/AZIENDA	OPERA PUBBLICA (ES. COSTRUZIONE, ACQUISTO ATTREZZATURA, SOFTWARE)	1	Utilizzo finanziamento	Struttura competente del procedimento	Rischio di riciclaggio con la sostituzione o il trasferimento di denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero nel compimento, in relazione al denaro, ai beni o alle utilità, di altre operazioni in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa.	Rilevanti interessi economici (data la entità dei finanziamenti PNRR) -> ALTO LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO.	Possibilità di utilizzare i fondi illeciti per pagare i materiali e la manodopera (da parte del privato).	Media opacità: gli atti sono conservati dalla struttura competente

NOTE: CI SARA' UNA RIGA PER OGNI FASE.

OCCORRE DESCRIVERE IN MODO SINTETICO L'INDICATORE DI RISCHIO E IL GIUDIZIO FINALE DEL RISCHIO.

OCCORRE DESCRIVERE IN MODO SINTETICO LA MISURA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO E I RELATIVI CAMPI.

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO - INDICATORI DI RISCHIO							VALUTAZIONE DEL RISCHIO
GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE ANTICORRUZIONE (l'attuazione delle misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi)	DATI SUI PRECEDENTI GIUDIZIARI (sentenze passate in giudicato: reati contro la P.A., falso e truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.)	I PROCEDIMENTI PER RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA CONTABILE (Corte dei Conti)	I RICORSI AMMINISTRATIVI IN TEMA DI AFFIDAMENTO PER I CONTRATTI PUBBLICI	ESITI DEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	SEGNALAZIONI WHISTLEBLOWING, RECLAMI, RISULTANZE INDAGINI CUSTOMER SATISFACTION (possibili malfunzionamenti o mala gestione);	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI, AMBIENTALI	GIUDIZIO DEL RISCHIO (descrizione narrativa della probabilità del rischio e del relativo impatto)
							Elevato rischio -> l'operazione non viene fatta in trasparenza

PROGRAMMAZIONE MISURA SPECIFICA					
DESCRIZIONE DELLA MISURA	RISULTATO ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLA MISURA	VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA MISURA
1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabili (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Valutazione annuale (da realizzare all'inizio di ogni anno)	Direttore della Struttura che ha il governo delle gare	Presenza mappatura, valutazione scenario e elenco delle misure	Rilevazione di eventuali elementi di potenziale conflitto di interesse
1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche e processi che potrebbero far emergere un conflitto di interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Tempestiva e/o durante la gara	Direttore della Struttura che ha il governo della gara	Presenza moduli conflitto di interesse e eventuali atti di avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato	Non si sono verificati casi di conflitto di interessi
1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto di interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Tempestiva e/o durante la gara	Direttore della Struttura che ha il governo della gara	Presenza moduli conflitto di interesse e eventuali atti di avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato	Non si sono verificati casi di conflitto di interessi
1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto di interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione -> avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato. Avocazione: il superiore gerarchico si assume la responsabilità di svolgere i compiti e le attività, nonché di acquisire e gestire le informazioni e di assumere le decisioni, al posto del soggetti in conflitto. Gestione congiunta: il superiore gerarchico impone al soggetto in conflitto di interessi di gestire il processo insieme ad un secondo soggetto che non è in situazione di conflitto.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Tempestiva e/o durante la gara	Direttore della Struttura che ha il governo della gara	Presenza moduli conflitto di interesse e eventuali atti di avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato	Non si sono verificati casi di conflitto di interessi
1) mappatura sintetica delle relazioni sensibili stabili (attuali o del recente passato) del decisore pubblico con soggetti privati; 2) valutazione dello scenario e degli elementi che potrebbero favorire l'emergere dei conflitti di interesse; 3) stesura di un elenco di misure di gestione, controlli e standard comportamentali finalizzati a prevenire e gestire le situazioni di conflitto.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Valutazione annuale (da realizzare all'inizio di ogni anno)	Direttore della SC Gestione Risorse Umane	Presenza mappatura, valutazione scenario e elenco delle misure	Rilevazione di eventuali elementi di potenziale conflitto di interesse
1) identificazione tempestiva delle relazioni degli eventi critiche processi che potrebbero far emergere un conflitto di interesse-> compilazione modulo 2) nel caso di conflitto di interessi accertato: astensione.	Prevenzione o risoluzione del conflitto di interessi	Al momento della costituzione della Commissione	Direttore della SC Gestione Risorse Umane	Presenza moduli conflitto di interesse e eventuali atti di avocazione o gestione congiunta o controllo rinforzato	Non si sono verificati casi di conflitto di interessi
1) Censimento progetti PNRR in cui l'Azienda è stazione appaltante; 2) Sensibilizzazione alla normativa; 3) Diffusione indicatori di anomalia PNRR; 4) Consulenza/formazione specifica; 5) Individuazione indicatori anomalia (a partire da quelli UIF) rilevanti nel settore delle Aziende Sanitarie; 6) Inserimento tra i controlli del RUP della verifica degli indicatori di anomalia ed assenza di operazioni sospette di antiriciclaggio con un limite di soglia/valore economico di € 20.000,00 (oltre IVA).	Individuazione preventiva delle operazioni sospette	Monitoraggio costante	RUP e Responsabile antiriciclaggio	1) Relazione censimento dei progetti; 2) Comunicazioni e corsi due formazione svolti; 3) Misurazione indicatori di anomalia; 4) Controlli Urp con indicatori di anomalia.	Rilevazione di eventuali situazioni di riciclaggio

Protocollo Generale n. 0013331/25 del 11/03/2025



aoorlig - r_liguri - Regione Liguria
Prot-2025-0139946
del 11/03/2025



REGIONE LIGURIA

DIREZIONE GENERALE DI
AREA SALUTE
E SERVIZI SOCIALI
IL DIRETTORE GENERALE

Genova, data del protocollo

Ai Direttori Generali AA.SS.LL. ed
Enti/Istituti del SSR

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza

Ai Responsabili Uffici Formazione
LORO SEDI

Oggetto: Corso FAD "Aggiornamento e integrazione del Corso La legge n. 190/2012 i Piani, le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento"

Tra gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione assegnati per il 2025 a tutti gli Enti del SSR sulla base degli obiettivi generali fissati dalla Regione Liguria con Deliberazione n. 63/2025, è stato individuato l'obiettivo riguardante la "Promozione della cultura dell'integrità e formazione", in quanto elemento fondamentale nella strategia della prevenzione della corruzione.

Per questo occorre programmare e realizzare corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti, con particolare riferimento al Codice di Comportamento, approfondendo le modifiche introdotte dal DPR n. 81/2023.

Conseguentemente, il Gruppo di lavoro interaziendale degli RPCT ha ritenuto opportuno, alla luce delle più recenti disposizioni normative e delle linee guida di ANAC, procedere ad un aggiornamento del Corso FAD "La legge 190, i piani e le misure anticorruzione" con la progettazione di un nuovo corso FAD, in sostituzione del precedente, dal Titolo "Aggiornamento e integrazione del Corso La legge n. 190/2012 i Piani, le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento".

E' stato pertanto elaborato il materiale didattico riguardante la parte generale sulla prevenzione della corruzione ed il codice di comportamento, con particolare riferimento ad alcuni aspetti specifici quali la gestione del conflitto di interessi, le misure di prevenzione della corruzione correlate al procedimento disciplinare e con l'individuazione di alcuni casi concreti, nonché l'aggiornamento sull'utilizzo dei social media previsto dal D.P.R. 81/2023.

REGIONE LIGURIA – VIA FIESCHI 15, 16121 GENOVA – TEL. 010/54851
PEC ISTITUZIONALE: protocollo@pec.regione.liguria.it

Il Corso è rivolto a tutto il personale delle Aziende e degli Enti del SSR, e In considerazione dell'importanza degli argomenti trattati e della rilevanza strategica della materia, si ribadisce il carattere obbligatorio di tale percorso formativo per tutto il personale del SSR, e si raccomanda a codeste Aziende di verificarne la partecipazione e prevedere eventuali misure ritenute necessarie.

Il corso è accreditato ECM per i professionisti della sanità. Per qualsiasi informazione i partecipanti potranno contattare gli Uffici Formazione delle proprie Aziende.

Per la erogazione del corso, le Aziende che ne sono già in possesso potranno utilizzare la propria piattaforma FAD, mentre quelle che non hanno tale dotazione potranno stipulare accordi con le altre aziende sanitarie per consentire la fruizione del corso ai propri dipendenti.

Il materiale didattico verrà trasmesso dal Coordinatore del Gruppo alle singole Aziende.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
(Dott. Paolo Bordon)



Firmato
digitalmente da:
PAOLO BORDON
Regione Liguria
Firmato il: 10-03-
2025 13:54:02
Certificato valido
dal 06-02-2025
al 05-02-2028

Protocollo Generale n. 0051774/25 del 07/10/2025



aoorlig - r. liguri - Regione Liguria
Prot-2025-0472902
del 07/10/2025



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE GENERALE DI AREA
SALUTE E SERVIZI SOCIALI

II DIRETTORE GENERALE

Genova, data del protocollo

Ai Direttori Generali AA.SS.LL. ed
Enti/Istituti del SSR

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza

Ai Responsabili Uffici Formazione

LORO SEDI

Oggetto: Corso FAD "WHISTLEBLOWING: DALLA TEORIA ALLA PRATICA"

Con nota prot. n. 150273 del 17.03.2025, confermati con Decreto n. 2380 del 31.03.2025 del Direttore Generale dell'Area Salute e Servizi Sociali, nell'ambito degli obiettivi strategici assegnati alle Aziende sanitarie per l'anno 2025 per favorire la diffusione di politiche di prevenzione della corruzione comuni a tutti gli Enti del SSN liguri, è stata individuata la Promozione della cultura dell'integrità e formazione.

In particolare, è stata prevista la programmazione e realizzazione di corsi ed eventi di formazione e adeguate forme di informazione sui temi più rilevanti con particolare riferimento, all'istituto del *whistleblowing*.

Il Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ha sviluppato il materiale didattico e i contenuti di un corso FAD che illustra:

- il contesto normativo di riferimento e le indicazioni di ANAC in materia;
- le procedure per le segnalazioni. le modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta e/o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- il rafforzamento e l'ampliamento delle misure di tutela previste per il segnalante.



REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e servizi sociali
Via Fieschi 17 - 16121 Genova - Tel. 010.5485571 - 5576 –
MAIL: dga.sanita@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.regione.liguria.it

Il Corso è rivolto a tutto il personale delle Aziende e degli Enti del SSR e, in considerazione dell'importanza degli argomenti trattati e della rilevanza strategica della materia, si ribadisce il carattere obbligatorio di tale percorso formativo per tutto il personale del SSR e si raccomanda a codeste Aziende di verificarne la partecipazione e prevedere eventuali misure ritenute necessarie.

Il corso è accreditato ECM per i professionisti della sanità.

Per qualsiasi informazione i partecipanti potranno contattare gli Uffici Formazione delle proprie Aziende.

Per la erogazione del corso, le Aziende che ne sono già in possesso potranno utilizzare la propria piattaforma FAD, mentre quelle che non hanno tale dotazione potranno stipulare accordi con le altre aziende sanitarie per consentire la fruizione del corso ai propri dipendenti.

Il materiale didattico verrà trasmesso dal Coordinatore del Gruppo alle singole Aziende.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Paolo Bordon)



Firmato
digitalmente da:
PAOLO BORDON
Regione Liguria
Firmato il: 06-10-
2025 14:23:30
Certificato valido
dal 06-02-2025
al 06-02-2028



REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e servizi sociali

Via Fieschi 17 - 16121 Genova - Tel. 010.5485571 - 5576 -

MAIL: doa.sanita@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.regione.liguria.it

ALLEGATO 4

PROGRAMMA CORSO ANTIRICICLAGGIO REGIONE LIGURIA

Gentilissimi,

con la presente si trasmette integrazione dettagliata degli argomenti inerenti il corso Antiriciclaggio per i Dirigenti e dipendenti di REGIONE LIGURIA – SESSIONE 13 NOVEMBRE 2025 – ASL 3

Contenuti

Il corso sarà strutturato:

La Normativa Antiriciclaggio nella Pubblica Amministrazione e gli ambiti di applicazione in REGIONE LIGURIA

La Normativa Antiriciclaggio , come prevenzione alla corruzione

Gli Obblighi Antiriciclaggio della Pubblica Amministrazione e le Procedure e i Presidi adottati in REGIONE LIGURIA:

- Aggiornamento dei Patti di Integrità in materia di contratti pubblici
- Analisi dello schema del Patto di integrità
- Analisi della deliberazione e di presidi adottati per la segnalazione

L'Obbligo di Segnalazione di Operazione Sospetta e la Procedura di Segnalazione di REGIONE LIGURIA –
L'individuazione del coadiuvatore del Gestore

Gli Indicatori di Anomalia Antiriciclaggio in ambito Pubblica Amministrazione in generale e quelli applicabili in REGIONE LIGURIA : casi specifici per ASL 3

Compilazione della segnalazione

Domande e casi pratici

Durata prevista giornata formativa di 7 ore

Materiale didattico: slides e proiezioni in ppt appositamente formulate per la tipologia di corso, test finale,

ALLEGATO 5



REGIONE LIGURIA

*Sala di rappresentanza Liguri nel Mondo
Via Fieschi, 15 – Genova - 11° piano – Torre A*

LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA - ATTUAZIONE ED EFFICACIA -

9 GIUGNO 2025

PROGRAMMA

8.45 - Registrazione partecipanti

9.15 - *Saluti istituzionali*

Prof. Massimo Nicolò - Assessore Sanità, Politiche socio-sanitarie e sociali, Terzo Settore, Regione Liguria

9.30 - *Introduzione ai lavori*

Dott. Paolo Bordon - Direttore Generale Area Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria

9.50 - **Avv. Consuelo del Balzo** - Consigliere ANAC

La rilevanza del PTPCT e la funzione dell'OIV in materia di trasparenza

10.20 - **Dott.ssa Francesca Calabrese** - Funzionaria ANAC

La prevenzione della corruzione in ambito sanitario. Rischi e misure specifiche

10.50 - **Dott. Luigi Carlo Bottaro** - Direttore Generale ASL 3 - Presidente Federsanità ANCI Liguria

L'Azienda Sanitaria e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza: opportunità gestionale o fredda applicazione della normativa vigente?

11.10 - **Avv. Laura Oliveri** - Coordinatore Gruppo Interregionale RPCT Enti SSR

Presentazione di un cruscotto di indicatori per la misurazione del rischio di corruzione in ambito sanitario

11.30 - **Dott. Luca Nervi** - RPCT Regione Liguria – Componente Forum per il Governo Aperto

Una dashboard per la "buona amministrazione" e l'efficacia delle misure di prevenzione

11.50 - **PhD Luca Ricciotti** - Esperto in Trasparenza e Performance Management

Trasparenza: attestazioni - criticità - inadempienze: l'importanza della "squadra" e della programmazione

12.10 **Dott. Pietro Bevilacqua** – Valutatore di Performance Pubbliche - Rete Nazionale OIV

La rilevanza strategica dell'anticorruzione nel ciclo della performance e il ruolo dell'OIV

12.30 - **Avv. Paolo Giacomazzo** - Consigliere ANAC

Conclusioni

Per informazioni e per iscriversi all'evento: trasparenza@regione.liguria.it
Si chiede di specificare se la partecipazione sarà in presenza o da remoto

Evento accreditato per n. 4 crediti ECM

ITALIA

open
GOV



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE GENERALE DI AREA
SALUTE E SERVIZI SOCIALI

II DIRETTORE GENERALE

Genova, data del protocollo

Ai Signori Direttori Generali
delle Aziende del SSR della Liguria

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende
del SSR della Liguria

Al Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza della Regione
Liguria

LORO SEDI

Oggetto: Mappatura dei processi PNRR

Con nota prot. n. 14475/75 sono stati indicati gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per l'anno 2025, tra i quali l'Obiettivo 1 - PNRR – "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", in quanto 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 è stata prevista, tra le misure da attuare, la realizzazione di una mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti.

A tal fine, il Gruppo interaziendale degli RPCT delle aziende e degli enti sanitari ha predisposto una scheda per procedere alla mappatura e all'analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR, approvata da questa Direzione.

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.



REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e servizi sociali
Via Fieschi 17 - 16121 Genova - Tel. 010.5485571 - 5576 –
MAIL: dsa.sanita@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.regione.liguria.it

I processi contemplati nella scheda nelle loro diverse fasi sono: gara, concorso pubblico per selezione del personale, opera pubblica (costruzione, acquisto attrezzature, software).

Si invitano pertanto le SS. LL. ad utilizzare detto schema nella redazione delle mappature dei processi a rischio corruttivo e progettazione delle relative misure di prevenzione della corruzione nell'ambito delle rispettive sezioni interne al PIAO 2026 - 2028.

Il materiale verrà trasmesso dal Coordinatore del Gruppo agli RPCT delle singole Aziende.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Paolo Bordon)



REGIONE LIGURIA – Direzione Generale di Area Salute e ser
Via Fieschi 17 - 16121 Genova - Tel. 010.5485571 -
MAIL: segreteria@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.regione.liguria.it



Firmato
digitalmente da:
PAOLO BORDON
Regione Liguria
Firmato il 30-10-
2025 16:50:13
Certificato valido
dal 06-02-2025
al 05-02-2028

ALLEGATO 6

Protocollo Generale n. 0016048/25 del 24/03/2025



aoorlig - r_liguri - Regione Lig
Prot-2025-0163380
del 24/03/2025



REGIONE LIGURIA

DIREZIONE GENERALE DI
AREA SALUTE
E SERVIZI SOCIALI
IL DIRETTORE GENERALE

Genova, data del protocollo

Ai Signori Direttori Generali
delle Aziende e degli Enti del SSR della Liguria

Ai Signori Direttori Amministrativi

Ai Responsabili della Prevenzione della
Corruzione e per la Trasparenza
delle Aziende e degli Enti del SSR della Liguria

Ai Responsabili degli Uffici Personale
delle Aziende e degli Enti del SSR della Liguria

LORO SEDI

All. 1

Oggetto: Procedure operative di verifica sul divieto di *pantouflage*.

Con riferimento alla nota prot. n. 2023 – 1544070 del 20.11.2023 avente ad oggetto “*Aggiornamento Procedure sul divieto di pantouflage*”, si trasmettono in allegato le Procedure operative per la verifica delle dichiarazioni rese dai dipendenti cessati dal servizio, elaborate dal Gruppo regionale degli RPCT alla luce delle più recenti disposizioni e delle Linee guida ANAC, che dovranno essere applicate da codeste Aziende sulla base dell’organizzazione interna.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
(Dott. Paolo Bordon)



Firmato
digitalmente da:
PAOLO BORDON
Regione Liguria
Firmato il: 24-03-
2025 09:49:31
Certificato valido
dal 06-02-2025
al 06-02-2028

REGIONE LIGURIA – VIA FIESCHI 15, 16121 GENOVA – TEL. 010/54851
PEC ISTITUZIONALE: protocollo@pec.regione.liguria.it

ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI CONTROLLI SULLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. *PANTOUFLAGE*)

Riferimenti normativi

- Art. 53, comma 16 ter, D.lgs. 165/2001
- Piano Nazionale Anticorruzione ANAC 2022
- Linee guida ANAC n° 1 in tema di c.d. divieto di *Pantouflage* - art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001 adottate con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024
- Nota Regione Liguria Prot. n. 2023 – 1544070 del 20.11.2023

Procedure

Il presente documento disciplina le modalità di svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni successive alla cessazione del rapporto di lavoro, che verranno svolti secondo le modalità stabilite dalle Procedure relative allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *Pantouflage*) trasmesse dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali con nota prot. n. 2023 – 1544070 del 20.11.2023 (pag. 7).

Dette linee guida stabiliscono che “al fine di verificare eventuali incarichi svolti dopo la cessazione dal servizio (così come previsto dal PNA 2022, sezione “*Pantouflage*”: par. 2.2 *Modello operativo per la verifica sul divieto di Pantouflage* e par. 3.2 *Le verifiche sul Pantouflage nelle amministrazioni*, pagg. 70 – 74), gli Uffici del personale delle Aziende del SSR, con il coordinamento del RPCT, sono tenuti ad effettuare controlli a campione sul personale cessato, con riferimento all’anno solare precedente, sulle dichiarazioni del personale di qualifica dirigenziale e dei futuri titolari incarichi di posizione, funzione organizzativa o professionale posizione che saranno inquadrati nell’area di “elevata qualificazione” prevista dall’art. 24 del CCNL del comparto sanità 2010 – 2011, sottoscritto il 02/11/2022.

Le aziende sanitarie potranno organizzare le modalità i controlli e le percentuali nella misura tra il 5% e il 10% del personale cessato nell’anno solare precedente sulla base del proprio assetto organizzativo, attraverso l’interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui l’ente abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (ad es. Telemaco/Argo, INI-PEC). Inoltre, i controlli potranno essere svolti con le seguenti modalità:

- a. richiedendo alla Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verificare se i nominativi estratti abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l’assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l’affidamento di incarico o consulenza);
- b. richiedendo informazioni sui versamenti contributivi tramite la piattaforma INPS.

Gli esiti del controllo dovranno essere comunicati al RPCT attraverso l’invio del verbale di estrazione con indicazione dei criteri utilizzati per l’individuazione degli ex dipendenti (o di altro criterio scelto per l’individuazione degli ex dipendenti da sottoporre a controllo) e del verbale attestante il controllo.

In conformità alle suddette indicazioni si definiscono le seguenti modalità e procedure.

Verifiche nel caso in cui il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno

Le verifiche verranno effettuate sulle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di *pantouflage* (Mod. 25) rese dai dipendenti destinatari della norma, e più precisamente, dai **dirigenti e dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti di soggetti privati** negli ultimi tre anni.¹

Conseguentemente, l'Ufficio Personale comunica trimestralmente / semestralmente al RPCT l'elenco **dei soli dirigenti e/o dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti di soggetti privati cessati negli ultimi tre anni e le relative dichiarazioni**, nonchè dei dipendenti oggetto di eventuali circostanziate segnalazioni.

Il RPCT / L'Ufficio Personale effettua verifiche a campione in base al principio di equità, in misura tra il 5% e il 10% nei confronti dei suddetti soggetti mediante:

- a. l'interrogazione della banca dati (es. Telemaco) alle quali le Aziende hanno accesso per effetto di una specifica convenzione (prioritariamente);
- b. richiedendo alla Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verificare se i nominativi estratti abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza.

Laddove emergano dubbi o un'effettiva violazione della normativa di riferimento, come prescritto dal PNA 2022, il Responsabile dell'Ufficio Personale, a seguito di un'interlocuzione con l'interessato e alle necessarie verifiche, intimerà al soggetto privato di risolvere il rapporto di lavoro o di collaborazione contrario alla legge e provvederà all'espletamento dei conseguenti necessari adempimenti di competenza.

Il Responsabile dell'Ufficio Personale inoltrerà la relativa documentazione al RPCT, che trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata contenente le predette informazioni, informandone comunque l'interessato. Per segnalazione qualificata è da intendersi una dichiarazione che abbia i seguenti requisiti:

- a) fondatezza;
- b) completezza;
- c) oggetto rientrante nella competenza dell'Autorità;
- d) non fondata su questioni di carattere prevalentemente personale del segnalante.

Laddove l'ex dipendente comunichi all'Azienda, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, il Responsabile dell'Ufficio Personale effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della norma sul *Pantouflage*. Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle banche dati di cui si ha la disponibilità all'accesso e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione. In caso di violazione della norma, il Responsabile dell'Ufficio Personale svolge gli adempimenti di propria competenza da comunicazione al RPCT che provveda alla segnalazione qualificata ad ANAC.

¹ Devono considerarsi dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, ai sensi dell'art. 53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001, i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i predetti poteri, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. ANAC, PNA 2022

Rendicontazione alla Regione Liguria del livello di attuazione delle misure e delle attività svolte dal Gruppo di Lavoro Interaziendale degli RPT					
Attuazione regolamento whistleblowing	Deliberazione n. 19 del 27.10.2025 Approvazione del Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione di disposizioni normative nazionali e dell'unione europea e relative forme di tutela (c.d. "whistleblowing") ed aggiornamento ai sensi della Legge Regionale n.7 del 29.05.2025.	Si Deliberazione aziendale n.1069 della14/12/2023	Si Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 20/09/2024 avente per oggetto: "Approvazione "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione di disposizioni di normative nazionali e dell'unione europea e relative forme di tutela (c.d. "whistleblowing")".		
Whistleblowing: Previsioni di informazione nei confronti dei soggetti interessati (descrivere i controlli svolti)	Revisione procedura pubblicata su Amministrazione Trasparente/Altri contenuti a seguito dell'attivazione del canale informatico di segnalazione. Diffusione procedura a tutte le strutture aziendali con nota prot. n. 630/2025.	Pubblicazione su Amministrazione Trasparente delle procedure previste dalla normativa, pubblicazione sulla intranet aziendale per maggiore diffusione a tutti i dipendenti, esposizione del regolamento nei principali luoghi di aggregazione (ospedale e distretto). Nel corso del 2025 sono pervenute, ad oggi, 90 segnalazioni tramite la piattaforma e sono stati richiesti e accordati tre incontri in presenza	Pubblicazione informativa dedicata su "Amministrazione Trasparente" (percorso Home>Amministrazione Trasparente>Altri contenuti>Prevenzione della corruzione>Segnalazioni di illecito - Whistleblowing).		
Attivazione del registro informatico degli accessi	Si. Modulo attivato su applicativo di protocollo Folum.	Si Attivazione sul gestionale Folum del modulo di richieste di accesso documentali e accessi civili e relativi corsi formativi per tutti i dipendenti.	Si I documenti di riferimento sono: 1. Determinazione della S.C. Sistemi Informativi e Ing. Clinica n. 290 del 10/03/2022 avente oggetto "Registro informatico degli accessi FOIA - adesione all'addendum dell'accordo quadro tra Liguria Digitale S.p.A. e Dedagroup Public Services S.r.l. (CIG 8058469AFB)". 2. Delibera del Commissario Straordinario n. 354 del 05/06/2020 avente per oggetto "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ad atti e documenti amministrativi e per il diritto di accesso civico a dati, informazioni e documenti prodotti e tenuti da ASI2".		
Registro informatico degli accessi Controllo sull'effettivo inserimento dei fascicoli online	Tutte le attività di registrazione, gestione e trattamento della richiesta sono effettuate utilizzando il sistema di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali in uso presso Liguria salute. I controlli vengono effettuati dalla SS Affari legali che gestisce il registro informatico.	Si pubblicazione semestrale di tabella excel degli accessi civili effettuata dalle S.C. Affari Generali e Legali che gestisce il registro informatico	Vengono effettuati controlli a campione.		
Adozione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo	Si. Deliberazione n. 188 del 09.07.2025 Approvazione procedure operative su partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati.	Adottata procedura operativa il 29/11/2023	Si Viene utilizzata la PCA 1225 Rev. 1 del 24/08/2023 Reperibile sul sito www.asi2.it (percorso Home>Amministrazione Trasparente>Altri contenuti>Servizi dalla A alla Z > Sponsor: partecipazione a eventi sponsorizzati).		
Verifica sull'effettiva applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo da parte dei soggetti interessati (domande pervenute solo alla Direzione e non al singolo, non più di due eventi all'anno per singolo partecipante, divieto di partecipare ad eventi per commissari di gara ecc...).	E' stata fornita opportuna informativa scritta a tutte le strutture. Ufficio competente in materia di formazione svolge il controllo su tutti gli eventi formativi sponsorizzati ed è responsabile della tenuta degli elenchi delle autorizzazioni agli eventi sponsorizzati.	Verifiche agli atti dell'ufficio formazione. I divieti vengono rispettati. Per quanto concerne invece l'indicazione di non partecipare a più di due eventi all'anno, si rilevano degli sforamenti sporadici in strutture con numero esiguo di personale assegnato.	Viene applicata la PCA 1225 Rev. 1 del 24/08/2023 dalla S.C. Formazione, innovazione, sviluppo professionale e dei processi assistenziali.		
Applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco (rispetto degli orari, delle sedi degli incontri; affiliazione degli orari ovvero altra forma di pubblicazione, elenco degli informatori e rispetto delle regole da parte degli uffici).	Esiste una procedura interna a cura della Struttura competente. In corso di definizione l'adozione del regolamento regionale.	Regolamento approvato con Deliberazione aziendale n. 1137 del 29/12/2023. Verifica sullo stato di attuazione pianificata entro fine novembre 2025	1. Con Nota prot. 123899 del 20/12/2023 avente ad oggetto "trasmissione del Regolamento Gruppo Regionale RPT alle strutture interessate" è stato trasmesso il Regolamento in oggetto; 2. è stata effettuata l'istruttoria con le componenti Aziendali interessate; 3. è stato adottato il "Regolamento Aziendale relativo all'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" e relativi allegati (Deliberazione del Direttore Generale n. 643 del 05/09/2025). 4. è stato pubblicato il Regolamento adottato su Intranet Aziendale e su Sito Web nella Sezione Amministrazione Trasparente (percorso: Home>Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione Regolamenti per la prevenzione della corruzione e dell'illegittimità).		
Adozione del regolamento sui patti di integrità	In corso di definizione	Si deliberazione aziendale n.869 del 23.12.2024	Trasmessa Nota prot. 123929 del 20/12/2023 avente oggetto "Nota prot. ASI2 n. 53229 del 25/05/2023 "Aggiornamento Patti di Integrità (Prot. n. 402585 del 25/05/2023 di Regione Liguria-Direzione Generale Dipartimento Salute e Servizi Sociali)" e riscontro dell'adozione dell'aggiornamento sui patti di integrità da parte delle strutture interessate con note prot. 124772 del 22/12/2023, 126521 del 28/12/2023 e 126730 del 29/12/2023. Pubblicazione linee guida su sezione del sito Amministrazione Trasparente denominata "disposizioni regionali". Comunicazione alle Strutture con nota protocollo 57012 del 07/06/2024.		
Verifica effettiva attuazione (attraverso audit o richiesta documentazione sull'effettiva compilazione modulistica del titolare effettivo, firma delle clausole da parte di tutti gli operatori economici).	NO	Sono stati effettuati gli audit presso due strutture complesse in data 3 Novembre 2025. Nessuna criticità rilevata sui moduli relativi ai contratti PNRR. Sono state date indicazioni per la risoluzione delle criticità rilevate sulle modulistica affidamenti interni. Entro il 31 dicembre 2025 verranno effettuati gli audit sulle rimanenti strutture	Le Strutture interessate hanno comunicato di aver provveduto ad adottare le Linee Guida ed il nuovo schema trasmesso da Regione Liguria relativo ai patti di integrità con Note prot.: - 124772 del 22/12/2023 (ex S.C. Economato e Logistica ora S.C. Provveditorato) n. 126521 del 28/12/2023 (S.C. Patrimonio e Gestione Tecnica), n. 126730 del 29/12/2023 (ex S.C. Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica ora S.C. Sistemi Informativi aziendali S.I.A. e S.S.D. Ingegneria Clinica). Quanto sopra è stato confermato dalle SS.CC. interessate con le comunicazioni del 15/10/2025 (Provveditorato-Nota prot. n. 107160 del 28/10/2025) e 16/10/2025 (Patrimonio e Gestione Tecnica-Nota prot. n. 107150 del 28/10/2025 - Sistemi Informativi aziendali S.I.A.-Nota prot. n. 107158 del 28/10/2025).		
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica e rendiconto attività di controllo svolte	La modulistica è gestita dai servizi interessati.	Sono stati effettuati gli audit presso due strutture complesse in data 3 Novembre 2025. Sono state date indicazioni per la risoluzione delle criticità rilevate. Entro il 31 dicembre 2025 verranno effettuati gli audit sulle rimanenti strutture	è stato proposto come obiettivo di Budget per la S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata dal RPT Aziendale alla S.C. Centro Controllo Direzionale con Nota prot. n. 14243 del 13/02/2025 avente oggetto: "Riscontro E-mail del 04/02/2025 - Proposta obiettivo di Budget/Performance per l'anno 2025". La proposta è stata accolta ed inserita tra gli obiettivi con scadenza al 31/12/2025.		
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica relativa all'Area contratti/PNRR: inoltre modulistica da parte di Regione Liguria	La modulistica è gestita dai servizi interessati.	In corso di verifica	è stato proposto come obiettivo di Budget per le SS.CC. Sistemi Informativi Aziendali S.I.A. e Patrimonio e Gestione Tecnica, dal RPT Aziendale alla S.C. Centro Controllo Direzionale con Nota prot. n. 14243 del 13/02/2025 avente oggetto: "Riscontro E-mail del 04/02/2025 - Proposta obiettivo di Budget/Performance per l'anno 2025". La proposta è stata accolta ed inserita tra gli obiettivi con scadenza al 30/11/2025.		
Pantouflage: controlli a campione sul personale cessato, con riferimento all'anno solare precedente, sulle dichiarazioni del personale di qualifica dirigenziale e dei futuri titolari incarichi di posizione che saranno inquadrati nell'area di "elevata qualificazione" in base ai criteri stabiliti dal modello operativo predisposto dal Gruppo di lavoro	Documentazione agli atti del singolo fascicolo personale. Solicitata verifica all'Ufficio competente.	Una volta numerata l'istruzione operativa, verranno avviati i controlli a campione sul personale cessato	Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 23/05/2025 avente per oggetto "Adozione Piano Attuativo Obiettivi di Budget e Performance Anno 2025". Obiettivo di Budget 2025 -> "controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interesse, anche con riferimento al divieto di pantouflage". Riscontro all'RPT, Certificatore di 1^ istanza, sull'adempimento dell'obbligo per il primo semestre 2025: - prot. n. 77592 del 05/08/2025 S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata - prot. n. 85774 del 01/09/2025 S.C. Gestione Trattamento Economico del Personale e Fondi Contrattuali.		
Adozione Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul "pantouflage", di cui alla nota della Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali prot. n. 2025-0163380 del 24.03.2025	Si. Deliberazione n. 179 del 30.06.2025.	L'istruzione operativa è in corso di numerazione	Si Nota prot. n. 30747 del 27/03/2025: trasmissione Istruzioni operative Gruppo Regionale RPT a S.C. Gestione Risorse Umane e Medicina Convenzionata Nota prot. n. 37247 del 14/04/2025 circolare esplicativa ed applicativa avente oggetto: "Attività di prevenzione della corruzione. Applicazione delle prescrizioni di cui all'articolo 53 ("Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi)", comma 16-ter, D.Lgs. N. 165/2003 - Circolare in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage/"revolving door"/"porte girevoli")." Pubblicazione della circolare sulla intranet Aziendale e su Sito Web nella Sezione Amministrazione Trasparente (percorso: Home>Amministrazione Trasparente>Altri contenuti>Adempimenti di adeguamento a provvedimenti CIVIT/ANAC>Circolare in materia di svolgimento attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage)).		
Mappatura dei processi PNRR e individuazione rischi: indicazioni delle fasi attenzionate e dei rischi rilevati	Il sottogruppo dedicato ha predisposto bozza di scheda di mappatura e analisi dei rischi nei procedimenti relativi agli interventi finanziati con il PNRR.	L'azienda si è già dotata di mappature relative alla gestione delle gare di appalto. Tali mappature sono da allineare alla modulistica elaborata dallo specifico sottogruppo di lavoro	In corso di attuazione. Obiettivo di Budget 2025 per SS.CC. Patrimonio e Gestione Tecnica, Sistemi Informativi Aziendali - S.I.A. e S.S.D. Ingegneria Clinica: scadenza 30/11/2025.		
Evento formativo in collaborazione con ANAC Numero di partecipanti per ogni Ente/numero di attestati di partecipazione	Si. partecipazione del RPT in presenza ed altri dipendenti da remoto (elenco iscritti a cura di Regione)	Si N. 2 ISCRITTI N. 2 COMPLETATO	Si Partecipazione al Convegno del 09 giugno 2025 "Le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, attuazione ed efficacia" - 5 iscritti N. 5 partecipanti (in presenza RPT Aziendale e Funzionario supporto + 3 partecipanti in collegamento da remoto).		
Attivazione corso FAD "Aggiornamento e integrazione del Corso La Legge 190/2012 I Piani, le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento", numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Si. iscritti 114 n. completato 91	Si N. 1742 ISCRITTI N. 1398 COMPLETATO	Si n. iscritti: 4.405 n. completato: 1.971		
Attivazione del corso sulla gestione del conflitto di interessi, numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Il corso è stato svolto da tutti i dipendenti a dicembre del 2023	Si N. 360 ISCRITTI N. 302 COMPLETATO	Si n. iscritti: 4.665 n. completato: 3.247		
Attivazione del corso sull'antiriciclaggio numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Il corso è stato svolto dai dipendenti dei settori interessati a dicembre del 2023 e da ulteriori n. 3 dipendenti nell'anno 2025	Si N. 110 ISCRITTI N. 110 COMPLETATO	Si dal 23/12/2023 n. iscritti 4465 n. completato 1934		

Rendicontazione alla Regione Liguria del livello di attuazione delle misure e delle attività svolte dal Gruppo di Lavoro Interaziendale degli RPCT	Asl3 Azienda Sanitaria Locale 3 Società Sanitaria Integrata	Asl4 Azienda Sanitaria Locale 4 Società Sanitaria Integrata	Asl5 Azienda Sanitaria Locale 5 Società Sanitaria Integrata
Attuazione regolamento whistleblowing	SI Prov. n. 284 del 12/06/2024 Aggiornamento del Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione di disposizioni normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela (c.d. "whistleblowing"). Svolta relativa DPIA.	SI emanata procedura AZ/PR/RPCT/02 Rev. 1 in data 03.06.2024	SI Delibera del Direttore Generale n. 148 del 15/02/2024
Whistleblowing: Previsioni di informazione nei confronti dei soggetti interessati (descrivere i controlli svolti)	Publicata informativa su "Amministrazione Trasparente" che sintetizza la normativa e, in particolare, su quali temi debba vertere l'oggetto della segnalazione.	Procedura pubblicata sul portale del dipendente, diffusa secondo le regole delle procedure Qualità. E' stato accreditato il corso FAD, sarà disponibile sulla piattaforma aziendale dal 25/11/2025	E' stata svolta un'attività di informazione a tutti i dipendenti ASL. E' un tema che è trattato in un corso di formazione interna per i neassunti di tutti i ruoli. Sono state illustrate n. 4 segnalazioni negli anni 2023 e 2024 e nessuna nel 2025. (come whistleblowing).
Attivazione del registro informatico degli accessi	SI In data 24/03/2023 sul programma aziendale del protocollo, Follum, è stato attivato un modulo denominato "richieste di accesso" che consente di registrare tutte le richieste di accesso. La S.C. Affari Generali, con nota prot. n. 4003 del 24/03/2023 e n. 8082 del 06/05/2023, ha fornito le istruzioni agli operatori. Il registro è diventato strumento consolidato utilizzato dalle strutture aziendali.	SI	SI
Registro informatico degli accessi Controllo sull'effettivo inserimento dei fascicoli online	Estrazione dati, anonimizzati, con cadenza semestrale e pubblicazione su AT a cura del RPCT.	SI	SI Il controllo è stato svolto con la S.C. Affari Generali e Legali che gestisce il registro informatico.
Adozione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo	SI Prov. n. 449 del 14/09/2022 : "Approvazione procedure operative sulla partecipazione ad eventi formativi individuali sponsorizzati, di dipendenti in qualità di discenti" in recepimento alla regolamentazione regionale.	SI Procedura PR/ECI/05 Pubblicata su portale del dipendente in apposita sezione	SI Delibera del Direttore Generale n. 582 del 18/07/2019
Verifica sull'effettiva applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo da parte dei soggetti interessati (domande pervenute solo alla Direzione e non al singolo, non più di due eventi all'anno per singolo partecipante, divieto di partecipare ad eventi per commissari di gara ecc...).	Predefinito elenco da parte della Direzione Sanitaria e Sociosanitaria con indicazione dei corsi organizzati e i dipendenti che vi partecipano. Sopra alcuni campi non siano compilati, dai dati disponibili si evince il rispetto del limite previsto di partecipazione a non più di due eventi sponsorizzati all'anno, così come l'obbligo da parte dello sponsor di contattare la Direzione Sanitaria/Sociosanitaria e non direttamente il dipendente. Per quanto concerne le verifiche sul divieto di partecipazione per coloro che sono stati membri di commissioni di gara, non sono state fatte verifiche specifiche ma sono state acquisite le dichiarazioni da parte dei dipendenti	SI Presenza dichiarazioni agli atti dell'Ufficio Formazione	L'ufficio formazione svolge un puntuale controllo su tutti gli eventi formativi sponsorizzati.
Applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco (rispetto degli orari, delle sedi degli incontri, affissione degli orari ovvero altra forma di pubblicazione, elenco degli informatori e rispetto delle regole da parte degli uffici).	Regolamento approvato con Del. n. 334 del 27/07/2023. Con nota n. 70014 del 06/05/2024 è stato ricordato agli uffici coinvolti l'obbligo di ripetere il regolamento, illustrando le attività di verifica svolte da cui sono emersi dei problemi tecnici di programma che hanno determinato la perdita di alcune registrazioni di informazioni. Sono stati assegnati degli obiettivi di performance per garantire il rispetto del regolamento. Con nota prot. n. 933398 del 12/06/2024 sono stati individuati i criteri oggettivi per la verifica dell'attuazione degli obblighi relativi alla trasparenza dei dati degli informatori.	SI Procedura AZ/PR/RPCT/04 Dalle verifiche effettuate risulta che gli informatori hanno il tessarino identificativo apposto a vista. E' stato verificato nella maggior parte dei reparti la presenza dell'orario di ricevimento esposto in bacheca, ma non è possibile verificare se avvengono incontri al di fuori degli orari previsti. Il locale dedicato nei reparti è sempre lo studio del primario e/o la medica di guardia, ma non sono state individuati come spazi ufficiali. E' stato concordato con Ufficio Qualità un re-ritiro della procedura alle Strutture aziendali con richiesta di provvedere a quanto sopra ai direttori di struttura che non abbiano ancora individuato gli spazi e concordato delle verifiche congiunte.	L'Azienda doveva procedere a definire gli aspetti operativi per completare e la borsa al regolamento informatori anticorruzione e relativi allegati. L'Ufficio RPCT aveva già scritto alla struttura competente affinché provvedesse nel settembre 2024. All'ultima email del 21/10/2025 inviata al Direttore della Direzione Medica di Guardia e per conoscenza al Direttore Sanitario, al Direttore di Distretto e al Direttore della Farmacia Aziendale, non è stato dato alcun riscontro.
Adozione del regolamento sui patti di integrità	SI Prov. n. 106 del 28/02/2024: Aggiornamento dei Patti di Integrità in materia di contratti pubblici e trasmissione del modulo TE alle Strutture interessate.	SI Adozione procedura AZ/R/PR/RPCT/03 Rev 1	SI Delibera del Direttore Generale n. 275 del 23/03/23
Verifica effettiva attuazione (attraverso audit o richiesta documentazione sull'effettiva compilazione modulistica del titolare effettivo, firma delle clausole da parte di tutti gli operatori economici).	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 e sono state successivamente proseguite nel 2025. Nel corso degli audit è stato verificato: - Effettivo inserimento dei Patti d'integrità nella documentazione richiesta per la partecipazione alle procedure di affidamento; - sottoscrizione delle clausole da parte degli operatori economici; - presenza dei dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo/dei titolari di cui all'art 1 c. 2 lett. pp) del D. Lgs. 231/2007; 21, 22 e 20 ottobre 2024 Struttura ASL3 coinvolte: SC Elettromedicali e Impianti - SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico - SC Riqualficazione Edilizia - SC Programmazione e Gestione delle Forniture. Le verifiche hanno evidenziato che: - SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico e la SC Riqualficazione Edilizia hanno utilizzato il modello "Patto di Integrità" non aggiornato, impegnandosi ad utilizzare il modello aggiornato da subito. Tutte le SC-CC, coinvolte si sono impegnate a far sottoscrivere da subito il modulo TE, non ancora utilizzato. 30 ottobre 2025 Struttura coinvolta SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico Le verifiche hanno evidenziato la corretta attuazione della misura.	SI La verifica viene fatta tramite questionario di monitoraggio semestrale, con riscontro positivo da parte delle strutture interessate. In particolare: - per quanto riguarda le gare gestite come USSA Edilizia Sanitaria di Regione Liguria per PNRR, viene fatto firmare dall'appaltatore il Patto di Integrità e viene altresì richiamato nel contratto di appalto. Viene fatta firmare dichiarazione sostitutiva relativa al titolare effettivo (aggiudicatario) e verificato tramite visita camerale Gare ASL4 no PNRR viene richiamato il patto di integrità nei documenti di gara Quanto sopra è archiviato agli atti	Verifica con la Struttura Complessa S.C. Programmazione e Gestione Acquisti, Gestione Magazzino Economico.
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica e rendiconto attività di controllo svolte	Nell'ambito degli audit è stato verificato il corretto utilizzo della modulistica, la corretta archiviazione da parte delle strutture coinvolte.	SI La documentazione agli atti della singola procedura. Viene fatta sottoscrivere dal RUP la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	La modulistica è gestita dai servizi interessati.
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica relativa all'Area contratti/PNRR; inoltre modulistica da parte di Regione Liguria	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 e sono state successivamente proseguite nel 2025. Nel corso degli audit è stato verificato: - La compilazione della dichiarazione sostitutiva (modulo n. 18) di atto di notorietà 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 sulla base della Linea Guida Area n. 15/2019 e del PNA 2022; - La corretta compilazione del modulo a seconda del tipo di procedura affidata (finanziata dal PNRR o altri finanziamenti provenienti da fondi "strutturali" ovvero per la finanziaria); - La corretta conservazione delle dichiarazioni in base ai soggetti tenuti all'obbligo dichiarativo. 21, 22 e 20 ottobre 2024 Struttura ASL3 coinvolte: SC Elettromedicali e Impianti - SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico - SC Riqualficazione Edilizia - SC Programmazione e Gestione delle Forniture. Le verifiche hanno evidenziato che: - SC Programmazione e Gestione delle Forniture. Le dichiarazioni del RUP dislocati in Regione sono richiesti formalmente al RPCT dell'Ente regionale. 20 e 30 ottobre 2025 Strutture ASL3 coinvolte: SC Elettromedicali e Impianti - SC Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico - SC Riqualficazione Edilizia - SC Programmazione e Gestione delle Forniture. Le verifiche hanno evidenziato la corretta applicazione della misura.	SI Documentazione agli atti della singola procedura Viene compilata e firmata la documentazione su modulistica di Regione Liguria e relativa al conflitto di interessi da parte di tutto il personale coinvolto nel procedimento di affidamento Quanto sopra è archiviato agli atti	La modulistica è gestita dai servizi interessati.
Pantouflage: controlli a campione sul personale cessato, con riferimento all'anno solare precedente, sulle dichiarazioni del personale di qualifica dirigenziale e dei futuri titolari incarichi di posizione che saranno inquadrati nell'area di "elevata qualificazione" in base ai criteri stabiliti dal modello operativo predisposto dal Gruppo di lavoro	Le attività di verifica, attuate tramite l'attivazione di audit mirati, hanno avuto avvio nel 2024 e sono state successivamente proseguite nel 2025. Audit 1 ottobre 2024 Struttura ASL3 coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane Nel corso dell'audit è stato verificato: - numero delle dichiarazioni (modulo n. 25) da rendere da parte dei dipendenti cessati/dimesi che sono state acquisite agli enti; - numero di richieste ai Direttori delle Strutture circa le attività svolte dai dipendenti del comparto cessati/dimesi al fine di verificare se gli stessi abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali; - corretta conservazione delle dichiarazioni in base ai soggetti tenuti all'obbligo dichiarativo. La S.C. ha comunicato che nel 2024 sono stati resi n. 22 moduli da dirigenti per dimissioni volontarie, sia a tempo determinato sia indeterminato, e n. 21 da dirigenti cessati a seguito di pensionamento, per un totale di n. 43 dichiarazioni. Le richieste trasmesse ai Direttori di struttura sono state n. 17 e che detti moduli sono conservati presso la S.C. stessa. Audit 3 maggio 2025 Le verifiche sono state effettuate in conformità alle "ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI CONTROLLI SULLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. Pantouflage)" di cui al successivo punto.	SI Documentazione agli atti del singolo fascicolo personale	SI Delibera del Direttore Generale n. 271 del 14/03/24 Codice di Comportamento ASL5 - aggiornato DPR 1/23.
Adozione Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul "pantouflage", di cui alla nota della Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali prot. n. 2025-0103380 del 24.03.2025	SI con nota prot. RU n. 65776-24-04-2025 il RPCT ha trasmesso alla competente Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane le "ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI CONTROLLI SULLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. Pantouflage)".	SI E' stata adottata l'istruzione operativa ed è stata emessa la Revisione 1 della procedura aziendale del pantouflage	In ultimo, l'ufficio RPCT ha inviato il 21/10/25 al Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane richiesta di rendiconto relativo ai controlli eseguiti. Il Direttore della suddetta S.C. ha chiesto chiarimenti che le sono stati forniti con email e relativa documentazione in data 22/10/2025. Non si è ricevuto alcun riscontro.
Mappatura dei processi PNRR e individuazione rischi: indicazioni delle fasi attenzionate e dei rischi rilevati	Con nota prot. n. 94659 del 14/06/2024 sono state fornite le indicazioni operative sulla gestione del rischio di corruzione, oltre a ricordare gli adempimenti e le scadenze da parte dei Facilitatori (individuati per dare supporto ai dirigenti). In precedenza erano state illustrate comunicazioni via mail sulla gestione operativa delle cartelle condivise. Le indicazioni riguardano tutti i procedimenti concernenti negli adempimenti PNRR. Nell'ambito dell'incontro del Gruppo regionale svoltosi in data 10.9 u.s. il referente del sotto-gruppo, dott. Oliva, ha trasmesso a tutti i membri la scheda di monitoraggio per i sequenti processi/procedimenti relativi a interventi finanziabili con il PNRR: gare per opere pubbliche, acquisti di beni e servizi e assunzioni del personale.	SI Si fa riferimento alla Circolare del MEF n. 30 del 11/01/2022 ed alle verifiche di controllo svolte in data 11/01/2022 e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti Attuatori (che fa comunque rinvio al PIAD)	E' stata svolta l'attività di controllo sugli interventi PNRR.
Evento formativo in collaborazione con ANAC. Numero di partecipanti per ogni Ente/numero di attestati di partecipazione	SI n. partecipanti: 14 (n. 5 da remoto e n. 9 in presenza)	SI N. ISCRITTI: 2	n. 2 partecipanti
Attivazione corso FAD "Aggiornamento e integrazione del Corso La Legge 190/2012 I Piani, le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento", numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	SI n. iscritti: 663 n. partecipanti che hanno completato il corso alla data del 14.10.2025: 574	SI ISCRITTI ALLA DATA DEL 13/10/2025: 1056 COMPLETATO ALLA DATA DEL 13/10/2025: 553	n. 1170 discenti hanno svolto il corso al 20/10/2025 (n. 1375 sono gli iscritti)
Attivazione del corso sulla gestione del conflitto di interessi, numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	SI n. iscritti 570 n. partecipanti che hanno completato il corso: 342	SI N. ISCRITTI NEL 2024: 1258 COMPLETATO: 174	SI (nel 2023) n. 145 iscritti n. 82 completati
Attivazione del corso sull'anticorruzione numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	SI L'attivazione sul portale è avvenuta il 04/09/2023. n. iscritti: 446 n. partecipanti che hanno completato il corso: 319	SI n. iscritti Inel 2024: 316 n. completato nel 2024: 169 dall'acquisto da Ufficio Formazione	SI (nel 2023) n. 78 iscritti n. 60 completato

Rendicontazione alla Regione Liguria del livello di attuazione delle misure e delle attività svolte dal Gruppo di Lavoro Interaziendale degli RPCT	 OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO Via XX Settembre, 10 16126 GENOVA	 Ospedale Civile Via XX Settembre, 10 16126 GENOVA	 Istituto Clinico Sanitoli Via XX Settembre, 10 16126 GENOVA	 Ospedale Evangelico Internazionale Via XX Settembre, 10 16126 GENOVA
Attuazione regolamento whistleblowing	Si Deliberazione n. 851 del 03/06/2024 avente ad oggetto: <i>"Deliberazione per la gestione delle segnalazioni di violazioni di disposizioni normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela (c.d. "whistleblowing")"</i>	Si Prov. n. 836 del 15/12/2023, successivamente aggiornato con Prov. n. 322 del 04/06/2024	Si, pubblicata procedura aziendale su "Amministrazione Trasparente"	
Whistleblowing: Previsioni di informazione nei confronti dei soggetti interessati (descrivere i controlli svolti)	Si Pubblicate le procedure informatizzate adottate per la gestione del whistleblowing su Amministrazione Trasparente e sulla Intranet aziendale	E' pubblicato sul sito il disciplinare interno per la gestione delle segnalazioni che sono contenute, tra l'altro, le modalità con cui queste ultime possono essere effettuate. Nel 2025, alla data di compilazione del presente report, non sono pervenute segnalazioni.	Pubblicata informativa su "Amministrazione Trasparente" con l'indicazione dei riferimenti normativi e delle tematiche che possono essere oggetto di segnalazione.	
Attivazione del registro informatico degli accessi	Si Deliberazione n. 44 del 23/01/2023 avente ad oggetto: <i>"Aggiornamento del Regolamento disciplinante i procedimenti relativi all'accesso documentale, civico, civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dal Policlinico ed il Registro informatico degli accessi"</i> Il Registro degli accessi è tenuto a livello aziendale in modalità informatica, e costituisce un applicativo collegato al sistema di gestione documentale in uso. Con il supporto dell'U.O. ICT e SI/AV, si è proceduto allo sviluppo di un sistema per la creazione automatica del "registro informatico degli accessi" tale da rappresentare automaticamente tutte le varie fasi delle istanze di accesso agli atti, attraverso il loro inserimento nella piattaforma del protocollo, anche in conformità con il Regolamento sull'accesso civico e documentale.	NO L'ente pubblica in Amministrazione Trasparente il registro degli accessi, con 468/2024. L'informatizzazione del registro non è ancora completata, ma se ne prevede la messa a regime entro fine 2025	E' stato aggiornato il sistema di gestione documentale che prevede un modulo di gestione informatico degli accessi che sarà messo in uso tra dicembre 2025 e gennaio 2026.	
Registro informatico degli accessi Controllo sull'effettivo inserimento dei fascicoli online	Tutte le attività di registrazione, gestione e trattamento della richiesta sono effettuate utilizzando il sistema di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali in uso presso il Policlinico, nel rispetto dei requisiti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e D.lgs. n. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale). I controlli vengono effettuati dal RPCT.	Il controllo viene effettuato sulle informazioni indicate nel Registro attivato in AT	Fino alla messa in uso del sistema di cui sopra, il registro non è automatizzato e pertanto il registro degli accessi viene regolarmente pubblicato, ma è redatto manualmente	
Adozione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo	Si Deliberazione n. 1113 del 07/07/2022 <i>"Approvazione procedure operative sulla partecipazione ad eventi formativi individuali"</i> La partecipazione alle attività formative è stata disciplinata con Deliberazione n. 1187 del 09/07/2025, in ottemperanza alle indicazioni trasmesse dal Dipartimento Salute con nota prot. 410403 del 13.06.2022.	Procedura non ancora attivata	No, la procedura è in fase di discussione per l'adeguamento alla realtà aziendale. L'iter verrà completato nel corso del 2026	
Verifica sull'effettiva applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo da parte dei soggetti interessati (domande pervenute solo alla Direzione e non al singolo, non più di due eventi all'anno per singolo partecipante, divieto di partecipare ad eventi per commissari di gara ecc...).	Si In collaborazione con la SSD Formazione e Comunicazione è stata prevista la Rendicontazione della partecipazione ad eventi di formazione sponsorizzati pubblicata periodicamente su Amministrazione Trasparente	Procedura non ancora attivata	Visto che l'iter sarà completato nel corso del 2026 al momento non è stata effettuata nessuna verifica.	
Applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco (rispetto degli orari, delle sedi degli incontri, affissione degli orari ovvero altra forma di pubblicazione, elenco degli informatori e rispetto delle regole da parte degli uffici).	Sulla base delle indicazioni fornite con nota Prot. n. 1468 trasmessa l'11.03.2023 dal Dipartimento Salute, è stato predisposto il <i>"Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici"</i> sottoposto all'esame del Collegio di Direzione.	La procedura interna, predisposta sulla base degli indirizzi regionali di cui alla nota PG 1468/23, è stata approvata con provvedimento n. 568 del 12/09/2023	No, la procedura è in fase di discussione per l'adeguamento alla realtà aziendale. L'iter verrà completato verosimilmente nel corso del 2025	
Adozione del regolamento sui patti di integrità	Si Deliberazione n. 1076 del 07.07.2023 avente ad oggetto <i>"Aggiornamento dei Patti di Integrità in materia di contratti pubblici"</i>	Si Prov. n. 374 del 04/06/2024	Si	
Verifica effettiva attuazione (attraverso audit o richiesta documentazione sull'effettiva compilazione modulistica del titolare effettivo, firma delle clausole da parte di tutti gli operatori economici).	E' stato predisposto uno specifico modulo trasmesso a tutte le UU.OO. interessate dell'Area Contratti, con tutte le necessarie istruzioni operative. Predisposta e inviata check list per la verifica corretto utilizzo e archiviazione.	E' stato effettuato il monitoraggio sulle misure di prevenzione del 1° semestre, nell'ambito del quale le Strutture interessate hanno confermato di operare nel rispetto dei disposizioni di cui al prov. n. 374/2024	In via di attuazione	L'Ospedale Evangelico Internazionale, partecipa così come ribadito nel Decreto Regione Liguria n.4484 del 2023 al Gruppo di Lavoro al fine di individuare possibili raccordi con i protocolli e le procedure del M.O.C. - ex D.lgs. 231/2001, compatibilmente alla natura giuridica dell'Ente.
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica e rendiconto attività di controllo svolte	Approvata la nuova modulistica secondo le indicazioni regionali e trasmessa a tutte le UU.OO. interessate dell'Area Contratti, con tutte le necessarie istruzioni operative. Predisposta e inviata check list per la verifica corretto utilizzo e archiviazione	La nuova modulistica è stata approvata con provvedimento n. 468/2024 E' in corso l'attività di controllo a campione sulla corretta compilazione della modulistica	La modulistica è gestita dai servizi interessati.	
Verifica inoltre, archiviazione della modulistica in base alle nuove disposizioni e alla nuova modulistica relativa all'Area contratti/PNRR: inoltre modulistica da parte di Regione Liguria	Verifica corretto utilizzo e archiviazione nuova modulistica presso le UU.OO. Area Contratti	Attività svolta a cura degli uffici competenti	La modulistica è gestita dai servizi interessati.	
Pantouflage: controlli a campione sul personale cessato, con riferimento all'anno solare precedente, sulle dichiarazioni del personale di qualifica dirigenziale e dei futuri titolari incarichi di posizione che saranno inquadrati nell'area di "elevata qualificazione" in base ai criteri stabiliti dal modello operativo predisposto dal Gruppo di lavoro	L'attuazione della Procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro viene effettuata con acquisizione della documentazione tenuta agli atti di ogni fascicolo. I controlli vengono effettuati in ottemperanza alle indicazioni regionali fornite con note Prot. n. 2023 - 1546070 del 20.11.2023 e n. 2025 - 0163380 del 24.03.2025 e alle ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI CONTROLLI SULLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. PANTOUFFAGE).	Il disciplinare è stato approvato con prov. n. 359 del 28/05/2024, i controlli a campione sono stati programmati entro la fine del 2025	Non è ancora stato avviato il processo di controllo a campione sul personale cessato. Tuttavia, tutti gli operatori economici hanno firmato dichiarazioni in cui affermano di non aver conferito incarichi al personale cessato del Gestito.	
Adozione Istruzioni operative per l'attuazione dei controlli sul "pantouflage", di cui alla nota della Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali prot. n. 2025-0163380 del 24.03.2025	Si Con nota prot.16337 del 25/03/2025 sono state adottate ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI CONTROLLI SULLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. PANTOUFFAGE).	NO, la procedura verrà adottata entro il 2025	La procedura verrà adottata nel 2026	
Mappatura dei processi PNRR e individuazione rischi: indicazioni delle fasi attese e dei rischi rilevati	In attesa dei risultati del sottogruppo dedicato	E' stata attenzionata la fase esecutiva, di gestione dei progetti PNRR, con particolare attenzione ai seguenti rischi: riciclaggio di denaro, sussistenza di conflitti di interesse in capo all'operatore economico (titolare effettivo), infiltrazioni della criminalità organizzata.	La mappatura è in fase di realizzazione.	
Evento formativo in collaborazione con ANAC Numero di partecipanti per ogni Ente/numero di attestati di partecipazione	Si N. partecipanti totali 21 10 in presenza 11 da remoto	Si N. partecipanti: 11, di cui tre in presenza, i restanti da remoto	Si	
Attivazione corso FAD "Aggiornamento e integrazione del Corso La Legge 390/2012 i Piani, le misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento", numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Si N. 2402 ISCRITTI N. 1851 COMPLETATO	Si N. iscritti: 164 N. completato: 164	Si N. iscritti: 480 N. completato: 416 (dato al 31/10/2025)	
Attivazione del corso sulla gestione del conflitto di interessi, numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Si N. 1415 ISCRITTI N. 707 COMPLETATO	Si N. iscritti: 55 N. completato: 55	Si N. iscritti: 137 N. completato: 99 (dato al 31/10/2025)	
Attivazione del corso sull'anticiclaggio: numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2025	Si N. 8 ISCRITTI N. 2 COMPLETATO	Si N. iscritti: 16 N. completato: 16	Si N. iscritti: 5 N. completato: 3 (dato al 31/10/2025)	

DIRIGENZA				
N.	S.C. (Per selezioni Direttori S.C.) AREA (Per selezioni altra Dirigenza)	DISCIPLINA	SELEZIONE	STATO ITER
A1	S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHICHE	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Indetto con del. n. 147 del 5.03.2025
A2	S.C. SANITA' ANIMALE	Sanità animale	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Indetto con del. n. 146 del 5.03.2025
A3	S.C. NEURORADIOLOGIA	Neuroradiologia	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Indetto con del. n. 535 del 25.07.2025
A4	S.C. MALATTIE INFETTIVE	Malattie Infettivo	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A5	S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI	Igiene degli Alimenti	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A6	S.C. CHIRURGIA VASCOLARE	Chirurgia vascolare	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A7	S.C. RADIOTERAPIA	Radioterapia	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A8	S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Neuropsichiatria infantile	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A9	S.C. PNEUMOLOGIA	Malattie dell'apparato respiratorio	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire

A10	S.C. ASSISTENZIALITA' E RESIDENZIALITA' ANZIANI	Medicina Fisica e Riabilitazione ovvero Geriatria	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
A11	S.C. NEUROLOGIA PONENTE	NEUROLOGIA	Incarico quinquennale Direttore S.C.	Da indire
B1	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	DERMATOLOGIA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 711 del 3/10/2025
B2			Co.li.pro.	Da indire
B3	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	GASTROENTEROLOGIA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 536 del 25.07.2025
B4	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	CARDIOLOGIA	Avviso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 777 del 23/10/2025
B5			Co.li.pro.	Da indire
B6	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 968 del 31/12/2024
B7			Avviso pubblico	Indetto con del. n. 848 del 29/11/2024
B8	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	Avviso di mobilità	Da indire
B9	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	MEDICINA INTERNA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 541 del 25/07/2025
B10			Avviso pubblico	Da indire
B11	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	MEDICINA INTERNA/EMATOLOGIA	Co.li.pro.	Da indire
B12	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Concorso pubblico	Da indire
B13	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 534 del 25/07/2025
B14			Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 832 del 14/11/2025

B15			Avviso pubblico	Da indire
B16			Co.li.pro.	Indetto con del. n. 880 del 25/11/2025
B17	MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	PSICHIATRIA	Concorso	Da indire
B18	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	OFTALMOLOGIA	Avviso pubblico	Da indire
B19	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	ORTOPEDIA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 616 del 6/11/2005
B20	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	CHIRURGIA GENERALE	Avviso di mobilità	Da indire
B21			Concorso pubblico	Da indire
B22	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	CHIRURGIA TORACICA	Avviso pubblico	Da indire
B23	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	CHIRURGIA VASCOLARE	Concorso pubblico	Da indire
B24			Avviso pubblico	Da indire
B25			Co.li.pro.	Da indire
B26	CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	UROLOGIA	Concorso	Indetto per n. 1 posto con del. n. 537 del 25/07/2025
B27			Co.li.pro.	Da indire
B28	MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Avviso di mobilità	Indetto per n. 3 posti con del. 902 del 27/11/2025
B29			Concorso pubblico	Da indire

B30			Co.li.pro.	Indetto con del. n. 881 del 25/11/2025
B31			Co.li.pro.	Da indire
B32	MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE	Concorso pubblico	Da indire
B33	MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	MEDICINA TRASFUSIONALE	Avviso pubblico	Da indire
B34	MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	NEURORADIOLOGIA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 338 del 27/05/2025
B35	MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	RADIODIAGNOSTICA	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 466 del 3/07/2025
B36	SANITA' PUBBLICA	MEDICINA DEL LAVORO	Concorso pubblico	Da indire
C1		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DA ASSEGNARE ALLA S.C. BILANCIO E CONTABILITA'	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 966 del 31/12/2024

COMPARTO			
D1	Assistente Sociale (di cui 1 riserva L. 68/1999)	Concorso pubblico	Indetto per n. 2 posti con det. n. 1442 del 5/10/2023
D2	Specialista nei rapporti con i media – giornalista pubblico	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. 708 del 10/10/2024
D3	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Concorso pubblico	Indetto per n. 1 posto con del. n. 712 del 3/10/2025
		Avviso pubblico	Indetto con del. n. 899 del 27/11/2025
D4	Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Concorso pubblico	Indetto con del. n. 713 del 3/10/2025
D5	Infermiere (concorso unificato ASL1 – ASL2)	Concorso pubblico	Indetto con del. 541 del 5/09/2025

D6	Ortottista	Concorso pubblico	Indetto con del. n. 715 del 3/10/2025
D7	Tecnico di Laboratorio	Concorso pubblico	Indetto con del. n. 827 del 14/11/2025
D8		Avviso pubblico	Indetto con del. n. 828 del 14/11/2025
D9	Logopedista	Concorso pubblico	Indetto con del. n. 825 del 6/11/2025
D10		Avviso pubblico	Indetto con del. n. 844 del 17/11/2025
D11	Assistente Sanitario	Concorso pubblico	Da Indire
D12		Avviso pubblico	Indetto con del. n. 849 del 20/11/2025
D13	Coadiutore Amministrativo L. 68/1999	Centro per l'Impiego	Da inviare richiesta a Centro per l'Impiego

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2026			AZIENDA: ASL2 AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE				
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2025 (in FTE)	Cessazioni 2026	Assunzioni 2026	Dotazione prevista per il 2026 (n. unità)	Dotazione prevista per il 2026 (in FTE)	NOTE
			n. unità	n. unità			
RIEPILOGO GENERALE							
DIRIGENZA	Dirigenza Medica	590,41	66	66	596	590,41	
	Dirigenza Veterinaria	18,00	2	2	18	18,00	
	Dirigenza Sanitaria	83,54	8	9	85	84,54	
	Dirigenza PTA	19,00	3	3	19	19,00	
	TOTALE DIRIGENZA	710,95	79	80	718	711,95	
COMPARTO	Personale Infermieristico	1770,20	115	178	1851	1832,87	
	Personale tecnico - sanitario	224,80	16	22	233	231,13	
	Personale riabilitazione	206,31	20	25	214	210,98	
	Personale della prevenzione	45,33	6	6	46	45,33	
	Personale ruolo tecnico	248,16	23	23	250	247,83	
	Personale ruolo professionale	1,00	0	0	1	1,00	
	Personale ruolo socio-sanitario	616,64	39	39	619	616,97	
	Personale amministrativo	378,63	28	41	396	391,63	
	TOTALE COMPARTO	3491,07	247	334	3610	3577,74	
	TOTALE GENERALE	4202,02	326	414	4328	4289,69	

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2027			AZIENDA: ASL2 AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE				
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2026 (in FTE)	Cessazioni 2027	Assunzioni 2027	Dotazione prevista per il 2027 (n. unità)	Dotazione prevista per il 2027 (in FTE)	NOTE
			n. unità	n. unità			
RIEPILOGO GENERALE							
DIRIGENZA	Dirigenza Medica	590,41	55	55	596	590,41	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza Veterinaria	18,00	2	2	18	18,00	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza Sanitaria	84,54	5	5	85	84,54	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza PTA	19,00	2	2	19	19,00	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	TOTALE DIRIGENZA	711,95	63	63	718	711,95	
COMPARTO	Personale Infermieristico	1832,87	85	85	1.851	1832,87	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale tecnico - sanitario	231,13	10	10	233	231,13	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale riabilitazione	210,98	14	14	214	210,98	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale della prevenzione	45,33	4	4	46	45,33	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale ruolo tecnico	247,83	12	12	250	247,83	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale ruolo professionale	1,00	0	0	1	1,00	
	Personale ruolo socio-sanitario	616,97	24	24	619	616,97	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale amministrativo	391,63	16	16	396	391,63	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	TOTALE COMPARTO	3577,74	165	165	3610	3577,74	
	TOTALE GENERALE	4289,69	228	228	4328	4289,69	

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2028			AZIENDA: ASL2 AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE				
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2027 (in FTE)	Cessazioni 2028	Assunzioni 2028	Dotazione prevista per il 2028 (n. unità)	Dotazione prevista per il 2028 (in FTE)	NOTE
			n. unità	n. unità			
RIEPILOGO GENERALE							
DIRIGENZA	Dirigenza Medica	590,41	55	55	596	590,41	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza Veterinaria	18,00	2	2	18	18,00	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza Sanitaria	84,54	5	5	85	84,54	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Dirigenza PTA	19,00	2	2	19	19,00	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	TOTALE DIRIGENZA	711,95	63	63	718	711,95	
COMPARTO	Personale Infermieristico	1832,87	85	85	1.851	1832,87	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale tecnico - sanitario	231,13	10	10	233	231,13	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale riabilitazione	210,98	14	14	214	210,98	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale della prevenzione	45,33	4	4	46	45,33	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale ruolo tecnico	247,83	12	12	250	247,83	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale ruolo professionale	1,00	0	0	1	1,00	
	Personale ruolo socio-sanitario	616,97	24	24	619	616,97	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	Personale amministrativo	391,63	16	16	396	391,63	Intera copertura turn over: stima cessazioni sull'andamento medico dell'ultimo triennio
	TOTALE COMPARTO	3577,74	165	165	3.610	3577,74	
	TOTALE GENERALE	4289,69	228	228	4328	4289,69	