
PIAO 2025/2027



Sommario

PREMESSA	3
Introduzione	3
Come leggere il PIAO	3
SEZIONE 1. PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Scheda Anagrafica dell'Ente	5
1.2 Contesto	7
1.3 Attività	10
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	12
2.1 Valore Pubblico	12
2.1.1 Valore Pubblico: definizione	12
2.1.2 Indicatori di Valore Pubblico	12
2.1.3 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	14
2.1.4 Accessibilità fisica	15
2.1.5 Accessibilità digitale	16
2.1.6 Pari opportunità ed equilibrio di genere	16
2.1.7 Sostenibilità	16
2.2 Performance	17
2.2.1 Obiettivi di performance	17
2.2.2 Digitalizzazione	22
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	23
2.3.1. Contesto in Regione Liguria	23
2.3.2. Contesto interno all'Ente Ospedaliero	25
2.3.3 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio	32
2.3.4 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	37
2.3.5 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico	47
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	51
3.1 Struttura organizzativa	51
3.1.1 Linee strategiche	51
3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)	51
3.2 Organizzazione del lavoro agile	51
3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA	51
3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2025/2027)	51
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	52
3.4 Formazione del personale	52
3.4.1 Formazione del personale: linee strategiche	52
3.4.2 Obiettivi della formazione	52
3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2025/2027	52
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	53
ALLEGATI	54
ACRONIMI	55



PREMESSA

Introduzione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento unico di programmazione e governance 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", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

All'interno del presente documento l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera recepisce i contenuti dei seguenti piani precedentemente adottati in maniera distinta come previsto dal D.P.R. 81 del 24 giugno 2022:

- Il Piano della Performance
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Il Piano Formazione Aziendale (PFA);
- Piano Triennale del Personale;
- Piano Triennale di razionalizzazione delle dotazioni strumentali ai sensi dell'art. 2, commi 594 e 595 della l. 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008).
- Il Piano triennale delle azioni positive (PTAP)

Come leggere il PIAO

Il PIAO è stato redatto secondo le linee guida fornite da A.Li.Sa. con lo scopo di disporre di un documento che possa essere il più omogeneo possibile per tutti gli Enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) ligure in conformità a quanto previsto dal D.P.C.M. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione". Obiettivo del documento è quello di poter presentare gli obiettivi strategici dell'attività dell'Ente in modo organico e accessibile a cittadini e portatori di interesse. Il piano presenta infatti le linee di sviluppo, gli obiettivi e gli strumenti individuati per compiere la mission dell'Ente.

Il documento si articola nelle seguenti sezioni:

1. Scheda anagrafica dell'Ente, che riporta le informazioni anagrafiche dell'Ente Ospedaliero e brevi cenni storico giuridici
2. Valore pubblico, obiettivi strategici, di performance e anticorruzione, in cui sono riportati gli obiettivi strategici e con impatto sul valore pubblico dell'attività dell'Ente. La sezione si articola in 3 sottosezioni principali:
 - a. valore pubblico, in cui sono descritte e presentate le politiche atte alla creazione di valore pubblico sotto l'aspetto sanitario, sociale, economico e ambientale;
 - b. obiettivi strategici e di performance, in cui vengono presentati gli obiettivi strategici e i contenuti del piano delle performance, gli ambiti di intervento in tema di accessibilità e in tema di pari opportunità;
 - c. rischi corruttivi e trasparenza, in cui viene riportato il "piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza"

3. Organizzazione e capitale umano, che contiene un rinvio al piano dei fabbisogni di personale, al piano del lavoro agile e al piano di formazione del personale dipendente
4. Monitoraggio, che descrive gli strumenti e le modalità dell'azione di monitoraggio degli obiettivi descritti nelle sezioni precedenti

Al fine di agevolare i lettori del documento è stata riportata una sezione contenente tutti gli acronimi utilizzati.

SEZIONE 1. PRESENTAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Scheda Anagrafica dell'Ente

ENTE	E.O. Ospedali Galliera
SEDE	Mura delle Cappuccine 14, 16128, Genova
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	https://www.galliera.it/
TELEFONO (CENTRALINO)	+39 010 56321
FAX	+39 010 5632018
EMAIL URP	urp@galliera.it
EMAIL PEC	protocollo@pec.galliera.it
CODICE FISCALE	00557720109
PARTITA IVA	00557720109

L' E.O. Ospedali Galliera deve le sue origini alla munificenza della Marchesa Maria Brignole Sale, Duchessa di Galliera, fondatrice dell'Opera Pia De Ferrari Brignole Sale, che lo ha edificato tra il 1877 ed il 1888. Costituito in Ente Ospedaliero ai sensi della legge n.132 del 1968, è stato successivamente individuato quale "Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione" dal D.P.C.M. 14 luglio 1995. Nel corso dei decenni l'Ente ha conservato una posizione peculiare tra le strutture sanitarie pubbliche, mantenendo la propria personalità giuridica in presenza delle riforme di cui alle leggi n.132/68, n.833/78 e al D. Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni¹.

L'Ente Ospedaliero, al quale il Piano sociosanitario 2023-2025 attribuisce la mission di Ospedale di I livello di riferimento del centro genovese per l'elevata complessità assistenziale a forte integrazione con HSM - Ospedale San Martino, eroga prestazioni sanitarie in regime di convenzione con la Regione Liguria² nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e garantisce secondo la normativa e i regimi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale prestazioni di Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri per acuti e riabilitativi, ricoveri di day hospital, prestazioni ambulatoriali e diagnostiche per pazienti non ricoverati. È sede di Dipartimento di Emergenza e Urgenza di I livello³ e garantisce quindi prestazioni di osservazione breve e intensiva (OBI), di degenza breve, di rianimazione e di subintensiva. Inoltre assicura prestazioni interventistiche e diagnostico terapeutiche in elezione e/o in urgenza per le seguenti discipline:

- cardiologia
- chirurgia generale
- chirurgia maxillo-facciale
- chirurgia generale
- odontostomatologia
- chirurgia spinale
- chirurgia vascolare

¹ Statuto e Atto di autonomia regolamentare sono consultabili al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general>

² delibera del Consiglio di Amministrazione n.26 del 29 novembre 2017

³ <https://www.galliera.it/lospedale/organizzazione/dipartimenti-e-centri/dipartimento-funzionale-emergenza-accettazione-d-e-a>



- dermatologia
- emodinamica
- endocrinologia
- gastroenterologia
- geriatria
- ginecologia
- immunoematologia e trasfusionale
- laboratorio di analisi
- laboratorio anatomia patologica e istologia
- laboratorio di istocompatibilità
- malattie infettive
- medicina generale
- medicina nucleare
- microcitemia
- neonatologia
- neurologia
- neuroradiologia
- oculistica
- oncologia
- ortopedia e traumatologia
- ostetricia
- otorinolaringoiatria
- radiodiagnostica
- radiologia vascolare interventistica
- radioterapia
- riabilitazione funzionale
- terapia del dolore
- urologia

L'Ente dispone di un blocco operatorio centrale composto da 8 sale operatorie di cui una dedicata alle urgenze e una alla chirurgia robot assistita, e di un'area polispecialistica dedicata alle attività diagnostiche invasive e interventistiche in regime ambulatoriale e di ricovero.



L'Ente è fondatore e sede del Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo (I.B.M.D.R)⁴ dal 1989, riconosciuto come Registro Nazionale Italiano dalla Legge 6 marzo 2001, n.52, ed in seguito dall'Accordo Stato/Regioni del 05/10/2006 (provvedimento n.2637) come "sportello unico" per la ricerca di cellule staminali ematopoietiche (CSE) da non familiare per finalità di trapianto. Il Registro oggi ha la finalità di procurare ai pazienti in attesa di trapianto allogenico di CSE che non trovano un donatore idoneo e compatibile all'interno della famiglia o un potenziale donatore adulto sano, volontario, non consanguineo, o un'unità di sangue cordonale donata a scopo solidaristico con caratteristiche immunogenetiche (HLA) tali da consentire il trapianto con elevate probabilità di successo.

L'Ente svolge attività di ricerca coordinata dal Comitato Scientifico la cui attività è aggiornata e consultabile presso la pagina del sito istituzionale dedicata⁵.

1.2 Contesto

Il contesto nazionale e regionale che fa da contorno alle attività dell'Ente Ospedaliero risulta caratterizzato dal completo superamento dell'emergenza pandemica anche se ne risulta ancora notevolmente influenzato sia dal lato delle risorse e della loro distribuzione sulle funzioni, sia dal lato organizzativo e dei livelli di offerta che il sistema sanitario riesce a fornire ai cittadini.

Sul lato delle risorse finanziarie si è formalmente conclusa la stagione dei tagli alla sanità proprio sulla scia del finanziamento ricevuto per affrontare la pandemia: negli anni 2020-2022 il FSN è cresciuto di € 11,6 miliardi, rispetto agli € 8,2 miliardi del decennio 2010-2019. Tuttavia, le ingenti risorse sono state interamente assorbite dall'emergenza pandemica e non hanno permesso di rafforzare in maniera strutturale il SSN, né di mantenere in ordine i conti delle Regioni⁶.

La spinta al finanziamento per altro sembra essersi affievolita dal 2023 come si evidenzia dal grafico dell'andamento del fabbisogno del Servizio Sanitario Regionale e dal Documento di Economia e Finanza (DEF) dove il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2027, ben al di sotto del valore pre-pandemia del 2019.

⁴ Italian Bone Marrow Donor Registry (<https://ibmdr.galliera.it>)

⁵ Comitato Scientifico "prof. G.M.Gazzaniga" - <https://www.galliera.it/attivita-scientifica/comitato-scientifico-prof-gian-massimo-gazzaniga/>

⁶ Rapporto GIMBE 2024



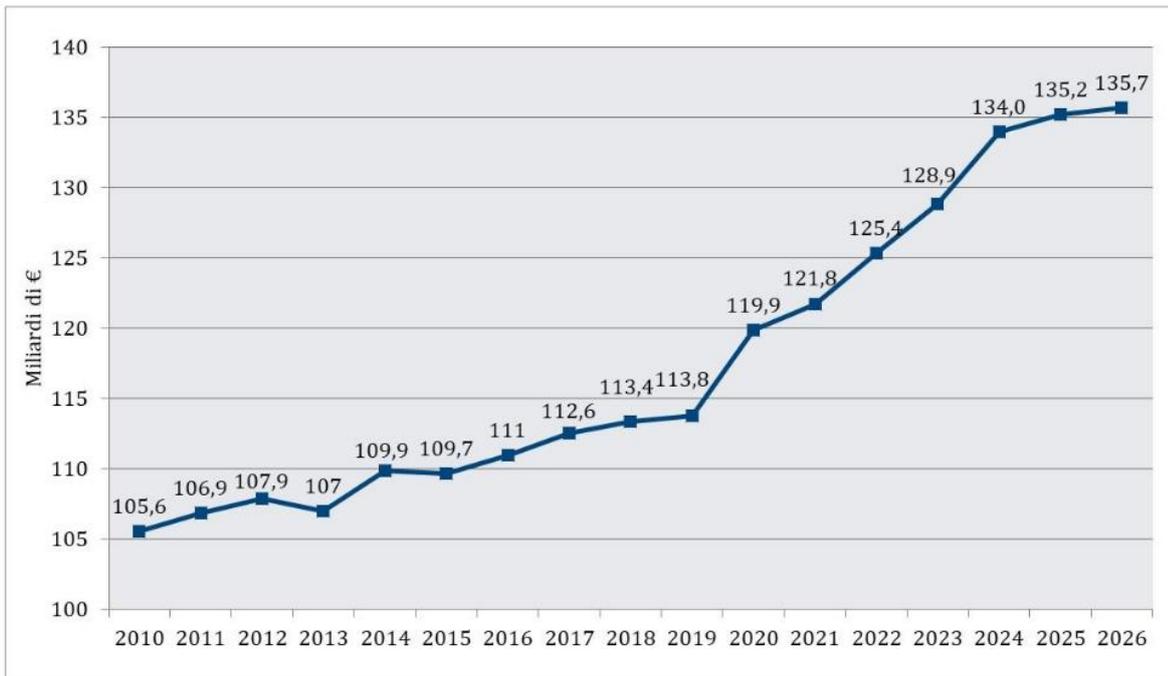
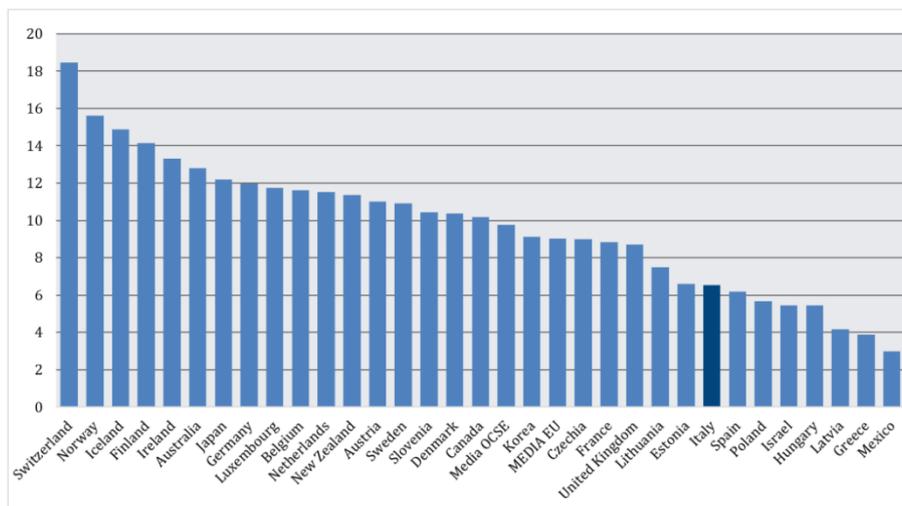


Figura 1 Fabbisogno Sanitario Nazionale (GIMBE 2024)



Sempre sul lato delle risorse la pandemia ha lasciato pesanti conseguenze nel personale sanitario e non del SSN, facendo emergere in maniera drammatica carenze di pianificazione del decennio precedente e



portando l'Italia ad una situazione molto critica anche dal punto di vista numerico. Se il numero di medici ogni 1000 abitanti è ancora leggermente superiore alla media OCSE (4.2 contro 3.7)⁷, il numero di infermieri risulta fortemente al di sotto di quest'ultima, attestandosi a 6.2 contro i 9.8 dei paesi OCSE.

Questi dati sono accompagnati da aspetti relativi al contesto sociale e lavorativo in cui attualmente infermieri e altri professionisti sanitari devono operare (burnout, demotivazione, inadeguati livelli retributivi, aumento della conflittualità e della violenza ai loro danni). Questi spingono ad una progressiva fuga dal SSN e complicano la ricerca di nuove forze lavoro all'interno del sistema.

In questo contesto non mancano gli allarmi relativi alla salvaguardia dei LEA e del loro uniforme raggiungimento su tutto il territorio nazionale. A riguardo la Liguria risulta comunque ancora adempiente dall'ultimo monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute (per altro riguardante il 2022) anche se con risultati al limite della sufficienza in alcuni indicatori. Si colloca ad esempio al 13° posto nell'area della prevenzione e nell'area ospedaliera mentre risulta al 6° nell'area distrettuale.

Il contesto regionale risente dal punto di vista del finanziamento di un saldo storicamente negativo di mobilità interregionale, dovuto anche alla vicinanza con regioni attrattive come Lombardia e Emilia Romagna, e un contesto demografico comunque ancora svantaggioso rispetto alle altre regioni italiane in termini di età media della popolazione, bassa natalità e dalla riduzione progressiva dei cittadini residenti.

Con ciò il territorio ligure risulta essere una delle regioni con maggior numero di medici per abitante (2,41 ogni 1000 a fronte di una media nazionale di 2,11) e la prima per infermieri (7 ogni 1000 a fronte di una media nazionale di 5,13), dati comunque inferiori alla media OCSE sopra riportata.

A fronte comunque di una popolazione più anziana della media nazionale e di una morfologia del territorio comunque non agevole, la Regione dovrà affrontare il nodo della connessione tra ospedali e rete territoriale. In attesa che l'iter previsto dagli investimenti del PNRR si realizzi (per la Liguria sono previsti 11 Ospedali di comunità e 32 Case di comunità) attualmente appare comunque critica la situazione della rete riabilitativa e socio-assistenziale visto che le RSA coprono attualmente solamente il 13% del bisogno relativo per pazienti over 65 all'interno della nostra regione, per altro in un quadro comunque critico su tutto il livello nazionale⁸. Quest'ultimo fattore risulta evidentemente essenziale per la gestione dei flussi ospedalieri in uscita e influenza pesantemente anche la disponibilità di posti letto a disposizione delle strutture che ospitano un Pronto Soccorso e la capacità ricettiva del sistema di emergenza e urgenza.

In questo quadro evidentemente complesso l'Ente Ospedale Galliera sta affrontando due processi estremamente importanti che avranno ricadute profonde nel ruolo svolto all'interno del Sistema Sanitario Regionale e sulle prospettive future. L'obiettivo è continuare ad essere attore importante nel panorama sanitario, garantendo attrattiva anche attraverso percorsi diagnostici, interventistici e terapeutici innovativi e tecnologicamente avanzati.

Per garantire ciò risulta fondamentale il percorso intrapreso nel 2024 di pieno riconoscimento dello status giuridico pubblico dell'Ente da parte del Ministero della Sanità e del Ministero dell'Economia e Finanze nell'ottica di garantire risorse economiche adeguate alle sfide poste dalla medicina contemporanea e dare respiro alla progettualità dell'Ente in coordinamento con le altre strutture regionali.

In parallelo nel 2024 ha ripreso la progettualità per la costruzione del Nuovo Ospedale che ha visto il riavvio delle attività volte alla realizzazione di una struttura adeguata alle esigenze di pazienti, operatori e

⁷ Rapporto GIMBE 2024

⁸ Rapporto OASI 2024 – *Cergas Bocconi*

cittadini, garantendo standard di efficienza ed efficacia non pienamente perseguibili all'interno degli attuali padiglioni.

1.3 Attività

Le principali linee di attività dell'Ente Ospedaliero sono rappresentate dall'attività di degenza, dall'erogazione di prestazioni ambulatoriali, dall'attività interventistica e dall'attività di pronto soccorso. Dai dati dal 2019 al 2024 si evince in modo evidente l'impatto della pandemia nel triennio 2020–2022 sui volumi delle prestazioni aziendali e sulla distribuzione del setting di offerta dei servizi. L'attività ambulatoriale nel dopo la forte contrazione registrata nel 2020 presenta un trend di crescita e ripresa superando già nel 2023 i livelli del 2019 in termini di numero assoluto di prestazioni erogate.

I dati relativi ai ricoveri mostrano che la ripresa delle attività è continuata nel 2023 in linea con l'andamento degli anni precedenti, mentre nel 2024 i dati attualmente disponibili fanno prevedere un sostanziale appiattimento di questa curva di crescita che non andrà quindi a toccare il livello registrato nel 2019. Su questo aspetto influiscono un diverso asset aziendale delle risorse (in primis una riduzione dei posti letto), lo spostamento di attività verso il regime di day surgery e day hospital dove possibile e la difficoltà ad allocare risorse per l'apertura di ulteriori sale di degenza rispetto al periodo precedente la pandemia.

Notevole risulta nell'ultimo anno l'incremento degli accessi in Pronto Soccorso, che aumentano di un ulteriore 6.3% rispetto al 2023, con incrementi maggiormente significativi di casi di severità maggiore (+15% per codice arancione e +9.7% per codice rosso).

Ricoveri	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Degenza ordinaria	16.817	11.924	14.230	14.353	14.768	14.763
Day Surgery	1.386	523	447	953	974	1.113
Day Hospital	4.959	4.235	5.774	6.147	6.431	6.196
Totale complessivo	23.162	16.682	20.451	21.453	22.173	22.072

Tabella 1 - Pazienti dimessi (fonte Datawarehouse aziendale)

** dati anno 2024 ancora in corso di consolidamento al momento della stesura del documento*

Prestazioni per esterni	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N. prestazioni	1.311.588	835.880	1.006.461	1.283.164	1.366.211	1.450.777

Tabella 2 - Prestazioni ambulatoriali per esterni (fonte Datawarehouse Aziendale)

Codice Gravità Accesso PS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BIANCO	2.748	1.828	1.562	1.325	1.176	1.725
VERDE	25.132	14.951	16.984	12.666	10.044	10.272
ARANCIONE				6.369	8.469	9.758
AZZURRO				11.643	16.168	16.328
GIALLO	15.165	10.086	12.323	2.466		
ROSSO	1.889	1.687	1.957	1.660	1.653	1.814
NERO	1		1		1	1
Totale	44.935	28.552	32.827	36.129	37.511	39.898

Tabella 3 - Accessi al Pronto Soccorso (fonte Datawarehouse Aziendale)

Interventi chirurgici – sede	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Blocco Operatorio Centrale	7.506	4.716	7.195	6.986	7.381	7461
Piastra Interventistica	3.396	2.163	2.570	2.545	2.594	2740
Altre sale	779	561	591	1.283	1.745	1965
Totale	11.681	7.440	10.356	10.814	11.720	12166

Tabella 4 - Interventi chirurgici (fonte Datawarehouse Aziendale)

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

2.1.1 Valore Pubblico: definizione

Il concetto di Valore Pubblico può essere sintetizzato come «il livello di benessere economico, sociale e ambientale della collettività di riferimento di un'Amministrazione, e più precisamente dei destinatari di una sua politica o di un suo servizio» (Deidda Gagliardo, 2012).

Una pubblica amministrazione genera Valore Pubblico quando grazie alla sua attività il livello di benessere della comunità aumenta in un dato periodo rispetto alle condizioni iniziali. Il miglioramento è quindi strettamente legato a quello delle performance della pubblica amministrazione in ambito economico, gestionale, sociale e ambientale.

Il PIAO amplia la prospettiva del concetto di performance delineato dal D. Lgs. 150/2009 e concepito come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi erogati ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza. Con l'introduzione del concetto di Valore Pubblico e la misurazione degli impatti dell'attività della pubblica amministrazione, nel PIAO vengono attenzionate, oltre alle dimensioni delle attività, dei servizi offerti e dell'assorbimento di risorse economiche, anche le dimensioni sociali di benessere interno (personale dipendente) e esterno (cittadini, istituzioni, associazioni e categorie portatrici di interesse, fornitori e altre pubbliche amministrazioni), quali componenti fondamentali da monitorare e valutare in una prospettiva di trasparenza e rendicontazione (*accountability*) verso terzi.

2.1.2 Indicatori di Valore Pubblico

Il concetto di valore pubblico delineato nel precedente paragrafo abbraccia quindi a 360° le attività delle aziende ospedaliere che devono garantire servizi sanitari ad una popolazione in diverse condizioni di urgenza e gravità, rispondere in modo adeguato alla domanda di salute proveniente dal territorio, coordinare l'attività e cooperare in sinergia con altre aziende, rispettare i piani e le indicazioni regionali, garantire quanto più elevati standard qualitativi e continui aggiornamenti delle pratiche cliniche, adeguare le proprie strumentazioni alle continue innovazioni tecnologiche.

L'E.O. Ospedali Galliera per il triennio 2025-27 ha individuato gli obiettivi di performance presentati nel paragrafo 2.2.2 e inserito ognuno di essi in una macroarea di intervento al cui interno si possono individuare ricadute in termini di valore pubblico verso uno o più soggetti portatori di interesse. Il perseguimento di ogni obiettivo, nel quadro della definizione di valore pubblico sopra fornita e in coerenza con le linee di indirizzo strategiche riportate nei prossimi paragrafi, concorre alla generazione di valore pubblico nel determinato contesto in cui interviene.

Le aree di intervento individuate sono le seguenti:

- ✓ Nuovo Ospedale
- ✓ Governance
- ✓ Appropriatelyzza delle cure e dei percorsi, efficienza e incremento dell'offerta
- ✓ Ricerca
- ✓ Implementazione tecnologica e nuove metodologie diagnostico-terapeutiche
- ✓ Sostenibilità, etica e prevenzione della corruzione, privacy

Gli obiettivi e i target scaturiscono sia dalle determinazioni di Regione Liguria che dalle scelte strategiche effettuate dal Consiglio di Amministrazione nel corso dell'anno 2024 e sono soggetti ad integrazione a seguito dell'emanazione di ulteriori linee di indirizzo da parte degli organi regionali.

Premesso ciò l'Ente individua come obiettivi di maggior impatto nella generazione di valore pubblico quelli riportati nella seguente tabella in quanto investono dimensioni direttamente correlate con il miglioramento della cura dei pazienti, dei servizi offerti ai cittadini e con l'interesse degli *stakeholders*.

OBIETTIVO	INDICATORE	2025
Infezioni ospedaliere	Incidenza infezioni correlate alla degenza – proporzione casi secondari	<10% rispetto al 2024
Mantenimento del volume di prestazioni PNGLA erogate	Numero di prestazioni PNGLA erogate rispetto al 2024	Mantenimento del numero di prestazioni PNGLA erogate
Implementazione utilizzo farmaci biosimilari: 100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	Indicatore e Target per ciascuna singola molecola: DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola soggetta a monitoraggio =1; l'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	Mantenimento del dato 2023 e del dato infrannuale 2024
Trapianti da donatore non familiare resi possibili per tutti i pazienti italiani e internazionali: % di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg. dalla data di attivazione della ricerca rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca	Numero / percentuale	Stante la popolazione di pazienti nazionali che attivano la ricerca presso l'IBMDR e le loro caratteristiche genetiche principalmente caucasiche, su cui si basa la ricerca del potenziale donatore compatibile: percentuale di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg dalla data di attivazione della ricerca > del 60% rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca
Utilizzo antibiotici	1) Aggiornamento Procedura Centrale "Profilassi Antibiotica Perichirurgica" 2) DDD farmaci (carbapenemici) 3) Proporzioni carbapenemici prescritti senza consulenza infettivologica	1) Nuova Edizione Procedura profilassi antibiotica pre-chirurgica 2) Stabilità (± 10%) su calcolo DDD 2023 e 2024 3) < 5% su calcolo 23-24
Percorso Accredimento ERAS	Evidenze documentali	Qualificazione di Centro Trainer Nazionale ed Europeo
Gestione liste d'attesa	Numero di prestazioni prenotate e non erogate per assenza del paziente, evidenza dell'analisi e delle azioni	Analisi e monitoraggio del "drop out" relativo agli appuntamenti per pazienti esterni Individuazione delle azioni finalizzate alla riduzione del fenomeno

Tabella 5: Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico 2025

2.1.3 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)⁹ è il documento che il Governo italiano ha predisposto per illustrare alla Commissione Europea come il nostro Paese intenda investire i fondi stanziati nell'ambito del programma *Next Generation Eu*¹⁰.

La Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;

Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ad una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Nello specifico l'E.O. Ospedali Galliera è interessato da finanziamenti e interventi nei seguenti ambiti:

- ✓ Telemedicina (Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" del PNRR): sono in essere diversi progetti tra cui la teledermatologia e l'implementazione di ulteriori servizi a livello regionale tra cui uno specifico percorso per il trattamento dello scompenso cardiaco che inizierà nel 2025. Sempre su fondi PNRR sono stati implementati servizi di cooperazione applicativa per il telemonitoraggio e tele assistenza tra aziende ospedaliere e territorio in cui l'Ente ha partecipato alle fasi preliminari per la messa in opera dei microservizi regionali acquisiti da RL con finanziamenti PNRR;
- ✓ Revisione del Percorso Chirurgico alla luce delle direttive di A.Li.Sa. (progetto regionale "Gestione del paziente chirurgico programmato")
- ✓ "1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Sub Investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature" [Missione 6C2 I]. L'investimento si compone di tre linee di intervento tra cui la prima interessa le Grandi apparecchiature e prevede l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero tramite la sostituzione di modelli di apparecchiature obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

Per l'Ente sono stati previsti a valere su fondi PRR i seguenti investimenti

- 381.056,40 € fondi PNRR per sistema radiologico fisso e 39.336,83 € cofinanziamento regionale. Il sistema è stato collaudato il 12 gennaio 2024
- 530.000 € su fondi PNRR e 14.852,31 € co-finanziamento regionale per una TAC 128 strati già operativa dal 28/11/2022
- 470.383,60 € su fondi PNRR per una TAC 128 strati collaudata il 21/02/2024

⁹ per approfondimenti sul PNRR consultare il portale nazionale <https://www.italiadomani.gov.it>

¹⁰ per approfondimenti sul programma europeo consultare il portale <https://next-generation-eu.europa.eu>

- 41.160 € su fondi PNRR per un ecotomografo per chirurgia vascolare operativo dal 30/08/2022.

L'Ente è coinvolto anche nell'attuazione di investimenti previsti dal Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) - Piano Operativo "Salute, Ambiente, Biodiversità, Clima" (PRACSI) - Investimenti 1.1. Nello specifico si tratta di attrezzature tecnico scientifiche destinate alla Fisica sanitaria ed all'Igiene ospedaliera dell'Ente.

Con DGR n. 1342 del 22/12/2023 sono stati approvati dall'Istituto Superiore di Sanità i fabbisogni di attrezzature in priorità 2 (P2) e in priorità 3, per un importo complessivo pari a 355.100,00 € di cui 284.500,00 destinati ai fabbisogni in priorità 2 e 70.600,00 € a copertura dei fabbisogni in priorità 3.

2.1.4 Accessibilità fisica

L'accessibilità dei locali ospedalieri è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione in generale e in particolare della popolazione anziana e diversamente abile.

In tale ottica l'amministrazione, pur operando in una struttura che per la parte storica è vincolata quale patrimonio architettonico dalla Soprintendenza Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per la città metropolitana di Genova e la provincia di La Spezia, ha realizzato e tutt'ora realizza le opere necessarie al superamento delle barriere architettoniche.

Nell'ambito delle modalità di accesso all'ospedale sono disponibili per accedere all'Ospedale i seguenti varchi sulla via pubblica:

Mura del Prato, 6 (Padiglione A - Pronto Soccorso)

Via Alessandro Volta, 8 - Ingresso/uscita

Via Alessandro Volta, 6 - Ingresso/uscita

Via Alessandro Volta, 19 (Padiglione E)

Mura delle Cappuccine, 14 (Padiglione D - amministrazione)

L'Ospedale è servito dalla rete urbana A.M.T. - linea n. 35 - che dalla stazione ferroviaria di Genova Principe conduce in corso Aurelio Saffi percorrendo le vie adiacenti l'Ospedale dove, nei pressi degli ingressi di via Volta 6, di via Volta 8 e di Mura delle Cappuccine 14 vi sono fermate nei due sensi.

L'Ospedale è raggiungibile anche tramite le linee che percorrono Corso Aurelio Saffi, con discesa nei pressi di Villa Croce dove è possibile il collegamento con la linea n. 35.

Intorno all'area ospedaliera è possibile parcheggiare a pagamento nella Blu Area mentre un posteggio a pagamento è disponibile dall'accesso di Via A. Volta 6r ed è consentito l'accesso con mezzi propri nel parcheggio interno dell'Ente, via Alessandro Volta, 6 (CUP1), ai pazienti portatori di handicap.

Le persone assistite che accedono per cicli di trattamenti sanitari di lunga durata possono richiedere il contrassegno gratuito a "Genova Parcheggi S.p.A." che viene rilasciato alle persone fisiche, previa presentazione di apposito modulo che rilascia la struttura sanitaria di questo Ospedale che eroga le cure.

Sono inoltre disponibili parcheggi "rosa", riservati alle mamme in attesa che accedono alla struttura.

2.1.5 Accessibilità digitale

L'Agid, Agenzia per l'Italia Digitale, definisce l'accessibilità digitale come "la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari". A tal fine l'E.O. Ospedali Galliera ha previsto nel 2024 azioni che permettano di apportare migliorie in tal senso. Nello specifico:

- migrazione al nuovo sito aziendale in conformità alle norme di accessibilità AGID, per migliorarne la fruizione dall'esterno di cittadini e soggetti terzi e della intranet aziendale per dipendenti e utenti interni
- consegna mediante SPID e CIE dei referti radiologici e delle immagini radiologiche.

Nel corso del 2025 proseguirà anche l'attività di messa in sicurezza delle applicazioni fornite dai sistemi informativi dell'Ente ai propri dipendenti in ottemperanza alle normative più recenti in materia di cybersecurity (NIS e NIS2) e in linea con le migliori pratiche di sicurezza disponibili.

Nello specifico nel 2024 è stata introdotta l'autenticazione a due fattori delle procedure con accesso aperto su rete internet dedicate agli operatori abilitati.

2.1.6 Pari opportunità ed equilibrio di genere

Tra i valori fondamentali dell'E.O. Ospedali Galliera uno dei principi cardine è il divieto di discriminazioni e la parità di trattamento dei lavoratori in relazione all'accesso al lavoro.

Con il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) l'Ente intende indicare gli obiettivi perseguiti e le azioni positive finalizzate al raggiungimento degli stessi. Nell'Allegato 2 è riportato tale Piano.

2.1.7 Sostenibilità

Dal 2013 l'Ente ha formalizzato la propria politica in termini di Sostenibilità, dapprima attraverso lo strumento del Bilancio di Sostenibilità, edito dal 2013 al 2020 ed in seguito attraverso l'*ESG rating*, uno strumento di valutazione che permette di valutare il livello di integrazione dei principi di sostenibilità in ambito Ambientale, Sociale e di Governance nelle attività, nelle politiche, nelle strategie, nelle procedure e negli obiettivi.

Nel 2024 l'Ente di certificazione RINA ha realizzato la prima misurazione del *rating ESG* dell'Ente, *ESG assesment*, attribuendo, al termine della verifica, uno *scoring* di sostenibilità di 69,9/100 sulla base di un set di indicatori chiave di prestazione ESG. Sono state identificate inoltre raccomandazioni ed opportunità di miglioramento che rappresentano le possibili aree di intervento per migliorare il *rating ESG* per il 2025.

In tema di sostenibilità l'Ente, quale azienda con più di 100 dipendenti operante in un capoluogo di provincia ha nominato un Mobility Manager con il compito di governare la domanda di mobilità e promuovere la mobilità sostenibile nell'ambito degli spostamenti casa-lavoro del personale dipendente. Per

realizzare questi obiettivi il Mobility Manager ha l'obbligo di produrre annualmente un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro, un piano aziendale finalizzato alla riduzione del traffico veicolare privato che individua le misure utili a orientare gli spostamenti casa-lavoro del personale dipendente verso forme di mobilità sostenibile alternative all'uso individuale del veicolo privato a motore.

L'aggiornamento del Piano avviene con cadenza annuale, è stato finora redatto in due edizioni, 2024 e 2025, e contiene iniziative ed interventi di mobilità sostenibile di duplice natura. Per la realizzazione di alcune misure di miglioramento si è reso necessario avanzare istanza all'Amministrazione Comunale ed in particolare al Mobility Manager d'area, con il quale è avviata una interlocuzione. Per le iniziative di miglioramento realizzate senza il coinvolgimento di attori esterni all'Ente è stato avviato lo studio di fattibilità che ne determinerà la possibilità di una effettiva realizzazione.

2.2 Performance

2.2.1 Obiettivi di performance

L'E.O. Ospedali Galliera declina ogni anno nel Piano Attuativo (Budget) gli obiettivi presenti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (Piano Strategico prima dell'introduzione di tale documento) di durata triennale e soggetto a revisione annuale. La Tabella 1 riporta gli obiettivi di Performance triennali dai quali discendono gli indicatori del Piano Attuativo di Budget.

All'interno degli obiettivi di performance vengono recepiti anche gli obiettivi assegnati annualmente da Regione Liguria alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere. Per il 2024 gli obiettivi regionali sono stati definiti dalla DGR n. 789 del 1° agosto 2024 che conferma alle aziende gli obiettivi dell'anno precedente approvati con DGR n. 658 del 7 luglio 2023. Questo è al momento della redazione del presente documento rappresenta l'ultimo documento di indirizzo operativo regionale che accompagna il Piano sociosanitario regionale 2023-2025 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n.19 del 22/11/2023. Le misure e gli indirizzi definiti da questi due documenti vengono qui declinati nella programmazione aziendale e riportati in tabella 5.

Nel 2024 l'Ente ha formalmente adottato il nuovo "Sistema di misurazione e valutazione delle performance" (delibera n. 16 del 20 settembre 2024). Il documento in coerenza con la normativa inserisce il PIAO quale fonte primaria degli obiettivi di performance che a sua volta vengono poi declinati e recepiti dai documenti relativi ai budget delle singole strutture. Gli obiettivi sono poi soggetti a monitoraggio durante l'anno e di valutazione finale recepita dalla relazione annuale sulle performance.

In tabella 6 sono riportati gli obiettivi per il triennio 2025 – 2027.

Area	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	2025	2026	2027
NUOVO OSPEDALE	1	Progetto Nuovo Ospedale	Evidenze documentali	Attività di supporto al commissario <i>ad acta</i> come da deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.25 del 19 dicembre 2024 su proposta di Regione Liguria nota prot. 2024-2037140	Attuazione delle determinazioni assunte nel 2025 secondo cronoprogramma	Attuazione delle determinazioni assunte nel 2026 secondo cronoprogramma
	2	Fondazione Galliera	Presentazione del progetto al Consiglio di Amministrazione entro il 30 ottobre 2025	Predisposizione del progetto di costituzione di una fondazione a supporto delle attività di ricerca e di fundraising a favore dell'Ente		
GOVERNANCE	3	Reingegnerizzazione dei processi amministrativo contabili e loro informatizzazione	Evidenze dei documenti contrattuali, di analisi, di test e messa in produzione delle procedure	<ul style="list-style-type: none"> Proseguimento dell'attività di definizione e predisposizione di ulteriori macrofasi dei processi del PAC: ciclo attivo, ciclo passivo, e patrimonio netto Avvio del nuovo gestionale - Verifica e ottimizzazione del sistema alle esigenze aziendali 		
	4	SEC – Sistema Europeo di Contabilità	Evidenze delle attività effettuate	<ul style="list-style-type: none"> Azioni conseguenti all'entrata dell'Ente nel bilancio consolidato regionale e nazionale (SEC - Sistema Europeo di contabilità) Adempimenti informativi nei confronti dell'ISTAT derivanti dall'inclusione dell'Ente nel settore delle amministrazioni pubbliche (S13) 		
	5	Digitalizzazione	Evidenze dei documenti contrattuali, di analisi, di test e messa in produzione delle procedure	Vedere azioni paragrafo 2.2.2 "Digitalizzazione" del PIAO	Vedere azioni paragrafo "Digitalizzazione" del PIAO	Vedere azioni paragrafo "Digitalizzazione" del PIAO
	6	Sistema qualità	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato	<ul style="list-style-type: none"> Estensione della certificazione ISO 9001:2015 ad una struttura sanitaria Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi 	<ul style="list-style-type: none"> Estensione della certificazione ISO 9001:2015 ad una struttura amministrativa Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi 	<ul style="list-style-type: none"> Estensione della certificazione ISO 9001:2015 ad una struttura sanitaria Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi
	7	Comunicazione	Evidenze documentali di iniziative ed eventi svolti	<ul style="list-style-type: none"> Iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale in relazione agli esiti dei ricorsi pendenti e alle attività di cui all'obiettivo 1 Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione delle iniziative previste dal Piano di Comunicazione per il Nuovo Ospedale Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione delle iniziative previste dal Piano di Comunicazione per il Nuovo Ospedale Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini
	8	Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione delle Linee Guida per un Sistema di Gestione del Rischio sul lavoro da adottare presso l'Ente Ospedaliero impostato su quanto definito dalla norma ISO 45001. 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi in funzione di scadenze temporali, modifiche organizzative ed eventuali priorità Mantenimento ed aggiornamento, laddove necessario, del Sistema di Gestione Antincendio 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi in funzione di scadenze temporali, modifiche organizzative ed eventuali priorità Mantenimento ed aggiornamento, laddove necessario, del Sistema di Gestione Antincendio
	9	Formazione Sviluppo del fascicolo formativo del dipendente	Iscrizione corsi formazione facoltativa on-line	Attivazione iscrizioni on-line	Sviluppo fascicolo formativo	

Area	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	2025	2026	2027
GOVERNANCE	10	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. Obiettivo raggiunto in %: a) 0% per ritardi > 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo b) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 giorni c) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 giorni d) 90% per ritardi compresi tra 1 e 10 giorni	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DEI PERCORSI, INCREMENTO DELL' OFFERTA	11	Infezioni ospedaliere	Incidenza infezioni correlate alla degenza – proporzione casi secondari	<10% rispetto al 2024	<10% rispetto al 2024	<10% rispetto al 2024
	12	Mantenimento del volume di prestazioni PNGLA erogate	Numero di prestazioni PNGLA erogate rispetto al 2024	Mantenimento del numero di prestazioni PNGLA erogate		
	13	Parti cesarei/tot parti: Riduzione dei parti cesarei nei limiti delle % Lea (Ministero Salute): <25% sopra i 1000 parti, <15% sotto i 1000 parti o riduzione rispetto al dato 2022 – 2024	Rapporto tra il numero di parti cesarei (drg 370, 371) ed il numero totale di parti (drg 370, 371, 372, 373, 374, 375)	Mantenimento o miglioramento delle percentuali del triennio 2022 – 2024, in relazione all'appropriatezza clinica della procedura		
	14	Riduzione degenza media in area medica standardizzata per drg Riduzione rispetto all'anno precedente. Obiettivo condizionato alla messa a disposizione da parte di Regione Liguria di un congruo numero di posti letto in RSA finalizzati alle dimissioni dei pazienti di area medica non domiciliabili	Diminuzione in correlazione con ICM – Dati ALISA e DWH aziendale	Diminuzione (in correlazione con ICM) per le discipline monitorate da Regione e per la Degenza Breve rispetto al dato 2024		
	15	Implementazione utilizzo farmaci biosimilari: 100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	Indicatore e Target per ciascuna singola molecola: DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola soggetta a monitoraggio =1; l'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	Mantenimento del dato 2023 e del dato infrannuale 2024		
	16	Trapianti da donatore non familiare resi possibili per tutti i pazienti italiani e internazionali: % di pazienti per i quali è stato identificato	Numero / percentuale	Stante la popolazione di pazienti nazionali che attivano la ricerca presso l'IBMDR e le loro caratteristiche genetiche principalmente caucasiche, su cui si basa la ricerca del potenziale donatore		

Area	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	2025	2026	2027	
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DEI Percorsi, INCREMENTO DELL' OFFERTA		almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg. dalla data di attivazione della ricerca rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca		compatibile: percentuale di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg dalla data di attivazione della ricerca > del 60% rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca			
	17	Utilizzo antibiotici	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento Procedura Centrale 'Profilassi Antibiotica Prechirurgica' • DDD farmaci (carbapenemici) • Proporzione carbapenemici prescritti senza consulenza infettivologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuova Edizione Procedura profilassi antibiotica prechirurgica • Stabilità (± 10%) su calcolo DDD 2023 e 2024 • < 5% su calcolo 23-24 	<ul style="list-style-type: none"> • Da aggiornare nell'anno successivo • Stabilità (± 10%) su calcolo DDD 2023 e 2024 • < 5% su calcolo 23-24 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuova Edizione Procedura profilassi antibiotica prechirurgica • Stabilità (± 10%) su calcolo DDD 2023 e 2024 • < 5% su calcolo 23-24 	
	18	Percorso Accreditamento ERAS	Evidenze documentali	Qualificazione di Centro Trainer Nazionale ed Europeo	Consolidamento come centro di training verso altri centri (almeno 4 seminari e 3 corsi annuali)		
	19	Aggiornamento percorso chirurgico secondo direttive A.Li.Sa. Delibera 120/2023	Verifica dell'applicazione e dell'utilizzo della procedura informatizzata	Applicazione del regolamento e gestione della lista d'attesa chirurgica su procedura informatizzata			
	20	Gestione liste d'attesa	Numero di prestazioni prenotate e non erogate, evidenza dell'analisi e delle azioni	Analisi e monitoraggio del "drop out" relativo agli appuntamenti per pazienti esterni Individuazione delle azioni finalizzate alla riduzione del fenomeno	Attuazione delle azioni individuate, valutazione dei risultati ed eventuali azioni conseguenti	Gestione liste d'attesa	
RICERCA	21	Progetti di Ricerca: Indirizzi programmatici di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.30 del 30/11/2023	Evidenze documentali	Attuazione delle linee di ricerca e sviluppo di cui al punto 2 degli "Indirizzi programmatici per la ricerca" di cui alla deliberazione CdA n.30 del 30/11/2023, come da verbali del Comitato Scientifico Revisione del modello organizzativo per la disciplina della ricerca clinica	Consolidamento delle linee di ricerca e sviluppo con pubblicazione su tali temi di almeno 3 articoli scientifici nel corso del 2026	Consolidamento delle linee di ricerca e sviluppo con pubblicazione su tali temi di almeno 3 articoli scientifici nel corso del 2027	
	22	Progetti di Ricerca: accordo quadro per la ricerca scientifica con IRCCS Giannina Gaslini di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.31 del 30/11/2023	Evidenze documentali	Implementazione dei protocolli reclutamento pazienti e raccolta dati	Implementazione dei protocolli reclutamento pazienti e raccolta dati	Implementazione dei protocolli reclutamento pazienti e raccolta dati	
	23	Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano – strutture coinvolte: Dipartimento area delle cure geriatriche, ortogeriatrics e riabilitazione, confluito nel Dipartimento area di medicina dal 01/01/2025	Evidenze documentali	Prosecuzione attività come da allegato 9 "Progetti tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano"			

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	2025	2026	2027
IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA E NUOVE METODOLOGIE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE	24	Mini-invasività e tecnologie robotiche - strutture coinvolte: Dipartimento Chirurgia Addominale, S.C. Chirurgia Spinale, S.S. Ortopedia delle Articolazioni	Evidenze documentali delle attività svolte, tipologia e numero degli interventi effettuati	<ul style="list-style-type: none"> Tecnologie robotiche: Sviluppo dell'attività chirurgica e formativa Estensione ad ulteriori indicazioni in base anche alle innovazioni che deriveranno dalle esperienze Internazionali Mini-invasività: Mantenimento del numero delle procedure 	<ul style="list-style-type: none"> Tecnologie robotiche: Sviluppo dell'attività chirurgica e formativa Estensione ad ulteriori indicazioni in base anche alle innovazioni che deriveranno dalle esperienze Internazionali Mini-invasività: Mantenimento del numero delle procedure 	<ul style="list-style-type: none"> Tecnologie robotiche: Sviluppo dell'attività chirurgica e formativa Estensione ad ulteriori indicazioni in base anche alle innovazioni che deriveranno dalle esperienze Internazionali Mini-invasività: Mantenimento del numero delle procedure
	25	Genomica	Evidenze documentali	<ul style="list-style-type: none"> Ottimizzazione dei protocolli ed eventuale implementazione di nuovi test in funzione delle esigenze dei clinici Revisione filiera di tipizzazione HLA NGS con acquisizione nuovi strumenti e loro validazione Ampliamento esecuzione di test HLA per verifica risposta a nuovi farmaci (farmacogenomica) 	Consolidamento attività e monitoraggio ed eventuale implementazione nuovi test in funzione delle esigenze dei clinici	Consolidamento attività e monitoraggio ed eventuale implementazione nuovi test in funzione delle esigenze dei clinici
	26	Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera	Evidenza delle attività volte all'attuazione del Piano triennale degli investimenti allegato al Bilancio di Previsione	Esecuzione delle attività previste per la realizzazione del Piano triennale degli investimenti per il 2025	Esecuzione delle attività previste per la realizzazione del Piano triennale degli investimenti per il 2026	Esecuzione delle attività previste per la realizzazione del Piano triennale degli investimenti per il 2027
	27	Environment Social Governance	<ul style="list-style-type: none"> Trend del rating ottenuto nel triennio Evidenza documentale dei corsi erogati 	<ul style="list-style-type: none"> Seconda misurazione ESG e realizzazione delle raccomandazioni e opportunità di miglioramento sulla base delle priorità delle aree di intervento Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori 	<ul style="list-style-type: none"> Terza misurazione ESG e realizzazione delle raccomandazioni e opportunità di miglioramento sulla base delle priorità delle aree di intervento Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori 	<ul style="list-style-type: none"> Quarta misurazione ESG e realizzazione delle raccomandazioni e opportunità di miglioramento sulla base delle priorità delle aree di intervento Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori
	28	Formazione in etica sanitaria	Evidenze documentali: approvazione della nuova Carta Etica	Organizzazione e svolgimento del percorso formativo in "Etica Sanitaria" e analisi dei risultati della formazione	Avvio della revisione della Carta Etica adottata con deliberazione n.15 del 10/06/2016	Elaborazione e approvazione della nuova Carta Etica
	29	Aggiornamento formazione in materia di anticorruzione, alla luce delle intervenute modifiche normative e dei provvedimenti adottati dall'Ente Ospedaliero nel 2023	Evidenze documentali	Attuazione, anche nel rispetto delle direttive regionali in materia	Attuazione, anche nel rispetto delle direttive regionali in materia	
	30	Privacy: Attività connesse all'applicazione del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: mantenimento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di sessioni formative Audit delle strutture interne 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: mantenimento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di sessioni formative Audit delle strutture interne 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: mantenimento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di sessioni formative Audit delle strutture interne

Tabella 6: Piano Triennale delle Performance 2025 – 2027

2.2.2 Digitalizzazione

Il processo di digitalizzazione documentale dell'Ospedale, inteso come formazione, sottoscrizione e conservazione secondo quanto prescritto dal Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e dalle linee guida predisposte dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) ha preso avvio nel 2002 con la produzione in digitale dei referti di anatomia patologica e si è via via arricchito negli anni includendo la maggior parte dei documenti sanitari archiviati e da lì sottoposti a conservazione a norma in un unico Repository clinico e delle immagini e tracciati DICOM archiviati nel PACS aziendale.

Vengono elencate di seguito le attività di digitalizzazione svolte nell'ultimo anno che hanno assorbito maggior impegno e risorse:

- il potenziamento di componenti infrastrutturali del SIO aziendale, per consentire l'interscambio e la comunicazione con infrastrutture Regionali e Nazionali (potenziamento del Nodo locale di indicizzazione per la pubblicazione dei referti su FSE 2.0, adeguamenti su verticali sanitari per l'introduzione delle componenti CDA2 previste nella struttura dei documenti FSE2.0 compatibili e gestione degli oscuramenti volontari dei referti);
- per il progetto ADI-COT: analisi e sviluppo dei servizi e dell'infrastruttura software aziendale per l'integrazione richiesta del SIO dell'Ente con la rete regionale e partecipazione alle fasi preliminari per la messa in opera dei servizi regionali per il telemonitoraggio e tele assistenza sul Territorio;
- completamento dell'analisi e test del prototipo per la gestione informatizzata delle liste d'attesa chirurgiche e adeguamento agli standard ERAS.
- automazione della cartella di ostetricia con integrazione a PACS dell'ecografo;
- definizione di uno standard di cartella ambulatoriale;
- messa in opera di funzionalità sui sistemi aziendali per la storicizzazione delle informazioni dei cataloghi propedeutici al passaggio al nuovo nomenclatore per aumentare la "trasparenza" e diminuire l'impatto sull'utente
- presenza costante nelle fasi di analisi e verifica dei processi di ciascun settore operata dal personale dell'Ente in coordinamento col fornitore per permettere la configurazione del nuovo sistema amministrativo contabile.
- attivazione della nuova procedura digitale per la segnalazione degli eventi avversi (*incident reporting*) che permette la tracciatura e rendicontazione digitale di queste segnalazioni
- cambio del sistema di autenticazione di tutti i software IBMDR introducendo il Single Sign-On e l'autenticazione multi fattore grazie all'implementazione di un sistema IAM (Identity Access Manager). Questa evoluzione ha permesso di mettere in sicurezza le applicazioni del "Registro nazionale dei donatori di midollo osseo".
- analogo percorso è stato avviato per tutte le applicazioni web. In particolare, nel 2024 abbiamo concluso l'implementazione dell'autenticazione multi fattore in Wood (repository clinico e dossier sanitario sviluppato e mantenuto internamente dall'Ente), estendendola anche agli enti esterni (ospedali, enti convenzionati, farmacie...)

- partecipazione al progetto “Sanità Connessa” supportando i provider individuati a livello nazionale e regionale nell’installazione delle nuove linee in fibra ottica e nell’integrazione degli apparati all’interno della rete dell’Ente e di ASL3, con relativa progettazione e implementazione delle architetture di sicurezza per le reti coinvolte (*routing e firewall*).

Per il prossimo triennio vengono individuati i seguenti obiettivi (obiettivo n.5 individuato in Tabella 6 – Obiettivi di performance):

2025

1. messa in esercizio degli impianti del locale tecnico per ridondare la rete e consolidare il backup al padiglione OB4
2. avvio della migrazione del registro operatorio da Ormaweb verso O4C
3. ulteriore implementazione del progetto ADI/COT con analisi delle evoluzioni necessarie nel SIO aziendale per la completa integrazione dei servizi regionali per percorsi specifici di cronicità (scompenso cardiaco)
4. prosecuzione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema Tabula
5. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni e le linee guida fornite da Regione Liguria in corso d’anno
6. sviluppo di un'applicazione web per la gestione online delle disponibilità orarie, suddivise per turno e data, del personale sanitario

2026

1. Avvio delle attività migrazione in modalità Housing presso Liguria Digitale
2. conclusione del processo di migrazione da Ormaweb ad O4C comprensivo del percorso nascite
3. prosecuzione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema Tabula

2027

1. conclusione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema Tabula

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente Sottosezione del PIAO viene aggiornata in ottemperanza al dettato normativo, nel rispetto delle indicazioni e degli atti di indirizzo adottati dall’ANAC.

2.3.1. Contesto in Regione Liguria

La relazione della Direzione Investigativa antimafia (DIA), relativa al secondo semestre 2023 - che ha aggiornato il quadro delle infiltrazioni mafiose nel Nord Italia - ha dato atto dell’efficace azione di contrasto, sul piano prevenzionale e repressivo, condotta dalla DIA e dalle forze di polizia, sotto l’egida dell’Autorità Giudiziaria e delle Prefetture. Invita tuttavia a non abbassare la guardia, sottolineando come i successi ottenuti negli ultimi anni devono rappresentare il punto di partenza per affrontare le nuove sfide poste

dalle sempre più diffuse manifestazioni affaristico-imprenditoriali della criminalità organizzata, dall'infiltrazione negli appalti ai tentativi di influenzare il mercato e la Pubblica amministrazione, tanto più perniciose nell'attuale fase storica in cui gli investimenti pubblici correlati al PNRR e alla organizzazione di grandi eventi costituiscono una potenziale opportunità di profitto per la criminalità organizzata.

La relazione conferma che le organizzazioni mafiose hanno da tempo trasformato i propri tratti distintivi adattando, ai mutamenti sociali, nuovi *modus operandi* criminali mediante competenze più raffinate, ma sempre finalizzate al controllo del territorio. Se da un lato i sodalizi hanno mostrato la tendenza a rinunciare, se non in casi strettamente necessari, all'utilizzo della forza di intimidazione intesa come manifestazione di violenza, dall'altro si è assistito all'evoluzione della strategia mafiosa verso contesti economico-imprenditoriali, avvalendosi sempre più spesso di compiacenti professionisti finanziari e tributari. In questo senso l'infiltrazione silente dell'economia da parte dei sodalizi ha come scopo anche quello del controllo dei settori economici più redditizi al fine di facilitare le attività di riciclaggio dei capitali illeciti e al contempo aumentare, in un circolo vizioso, le possibilità di incrementare i profitti derivanti dai canali legali dei mercati.

L'interesse delle mafie si rivolge principalmente all'aggiudicazione di appalti pubblici e privati, subappalti, forniture di beni e servizi vari, talvolta mediante l'avvicinamento di funzionari infedeli della Pubblica amministrazione sensibili alle proposte corruttive, soprattutto in un contesto di crescita economica.

Per evitare che gli appetiti delle mafie diventino un reale rischio per le risorse del PNRR, si rende necessario uno stringente controllo sulle erogazioni dei fondi pubblici finalizzato a vigilare sulla corretta assegnazione di tali finanziamenti attraverso attività preventive e di verifica delle aggiudicazioni degli appalti. L'attività di analisi conferma che, sin da tempi risalenti, la criminalità organizzata individua nei flussi di denaro provenienti dai fondi pubblici un'opportunità da cogliere a proprio vantaggio, con meccanismi di schermatura di soggetti terzi inseriti figurativamente nelle compagini societarie.

Suscitano quindi preoccupazione i segnali di cointeressenza, a volte anche di saldatura, fra criminalità organizzata e soggetti attivi in settori economici, in qualche caso con il coinvolgimento di imprenditori e professionisti, ma anche funzionari pubblici, peraltro in costanza della realizzazione degli investimenti pubblici connessi al PNRR, oramai in fase di attuazione.

La relazione della DIA, con riferimento alla Liguria, ha evidenziato come anche nella nostra regione i sodalizi criminali, per lo più di matrice 'ndranghetista, abbiano privilegiato, nel tempo, la logica degli affari orientata ad un'infiltrazione silente dell'economia.

In tutte le province liguri le forze dell'ordine hanno condotto operazioni che hanno determinato l'arresto di svariati soggetti, sia italiani che stranieri, per reati quali: associazione di tipo mafioso, associazione finalizzata al traffico di stupefacenti, estorsione, riciclaggio, e altro.

In questo contesto, il settore sanitario presenta delle specificità ulteriori rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione e risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità e rilevanza del bene salute da tutelare.

Per tale motivo l'ANAC ha sempre dedicato alla sanità appositi approfondimenti, con l'obiettivo di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, tenuto conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

Un elemento attualmente di forte rilievo è quello discendente dagli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). L'attuazione del Piano sta determinando la messa a disposizione, anche in ambito sanitario, di un ingente flusso di denaro per la realizzazione dei molteplici interventi previsti.

La gestione di tali risorse richiede il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi. Ciò, senza penalizzare le esigenze - anch'esse imprescindibili - di semplificazione e velocizzazione delle procedure amministrative.

Alla Sanità Ligure sono destinati fondi PNRR per oltre 180 milioni, al fine di supportare un nuovo modello di assistenza territoriale e di innovare la rete ospedaliera. La gestione di tali fondi impone una forte vigilanza e un attento monitoraggio sull'attuazione di quanto programmato, per garantire il rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

Al fine di contrastare e prevenire efficacemente la corruzione, un ruolo importante compete anche a tutti gli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che sono chiamati a intervenire attivamente, sia avvalendosi degli strumenti di segnalazione degli illeciti messi a disposizione dall'Amministrazione, sia in termini partecipativi e propositivi con osservazioni e suggerimenti, contribuendo così al miglioramento continuo dei processi aziendali anche al fine di renderli maggiormente trasparenti.

2.3.2. Contesto interno all'Ente Ospedaliero

2.3.2.a Il tema della Legalità all'interno dell'Ente Ospedaliero

Nell'Ente Ospedaliero, anche nel 2024, non sono stati riscontrati eventi corruttivi penalmente rilevanti e neppure episodi di cattiva amministrazione che abbiano determinato allarme sociale.

Tale affermazione è suffragata anche dalla relazione annuale dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) sull'attività svolta nel 2024, trasmessa al RPCT, riportante il numero delle violazioni segnalate e contestate nell'anno di riferimento, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore.

Dalla suddetta relazione emerge che nel periodo di riferimento sono stati avviati 4 procedimenti disciplinari, tutti conclusi con l'irrogazione di sanzioni: la fattispecie più grave ha integrato gli estremi del furto e determinato il licenziamento senza preavviso del dipendente; le altre 3 costituiscono violazioni delle disposizioni in materia di assenze dal servizio e/o del codice di comportamento e hanno determinato, rispettivamente, la sospensione dal servizio per 6 mesi e 2 censure scritte.

Nessun procedimento disciplinare, in ogni caso, è riconducibile a fatti di natura corruttiva o, più in generale, a episodi di cattiva amministrazione.

Nel corso del 2024 è pervenuta in forma anonima - attraverso il canale dedicato accessibile tramite il sito web istituzionale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente - un'unica segnalazione relativa a una presunta condotta irregolare da parte di dipendenti dell'Ente. La segnalazione, peraltro, è stata successivamente archiviata, attesa la genericità della stessa e la mancata integrazione di informazioni da parte del segnalante, come richiesto dal RPCT.

Fermo quanto sopra, è comunque opportuno e necessario mantenere elevato il livello di attenzione, operando al fine di accrescere la cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Ente e nel contempo creare un contesto sfavorevole alla corruzione, dando rilevanza anche agli aspetti comportamentali che devono essere improntati al rispetto di tali principi.

In tale prospettiva, la formazione riveste un'importanza cruciale nella strategia di prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare, nel rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione e dei Codici di comportamento, nonché per veicolare i principi e i valori su cui si fonda la cultura della legalità e dell'etica pubblica.

L'Ente nel corso degli anni pregressi ha aggiornato la propria offerta di percorsi formativi su tali tematiche, di cui alcuni resi obbligatori a tutto il personale e altri, più specialistici, rivolti a una cerchia più ristretta di destinatari. L'erogazione di programmi formativi proseguirà nel corso del 2025, con approfondimenti in materia di etica pubblica e codice di comportamento, di conflitti di interessi, di anticiclaggio.

Con riferimento all'assetto organizzativo dell'Ente in materia di anticorruzione, sul presupposto che la gestione dei rischi corruttivi non debba essere considerata una responsabilità esclusiva del RPCT, ma debba permeare l'attività dell'intera Struttura – nella tabella sottostante si identificano i soggetti che, nel contesto dell'Ente, concorrono in maniera coordinata tra loro alla prevenzione della corruzione e se ne esplicitano sinteticamente funzioni e responsabilità.

Soggetto/ Organo/ Struttura	Funzioni e responsabilità
<i>Consiglio di amministrazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assume un ruolo pro-attivo, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; • designa il R.P.C.T. (art. 1, comma 7, della l. n. 190/2012); • adotta il PIAO, nel cui ambito è ricompresa la Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza, nonché i relativi aggiornamenti annuali; • definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.
<i>Direzione strategica (Direttori generale, amministrativo e sanitario)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promuove e favorisce le politiche di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, in attuazione degli obiettivi e degli indirizzi definiti dal PIAO in materia; • assicura al R.P.C.T. un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; • 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>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Svolge un ruolo di impulso e coordinamento nel processo di gestione del rischio e nella programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza; • predispose la Sotto Sezione del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza", curandone - dopo l'approvazione da parte del CDA - la pubblicazione sul sito istituzionale; • verifica l'attuazione della Sotto Sezione del PIAO, elabora le modifiche

	<p>necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;</p> <ul style="list-style-type: none"> • pubblica annualmente nel sito web istituzionale una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC; • concorre a definire percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione; • esercita poteri di vigilanza e controllo per accertare la fondatezza di presunte disfunzioni o illegittimità segnalate o rilevate; • esercita un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.; • programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condivide le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.
<p><i>Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza</i></p> <p><i>I direttori di Dipartimento/ dirigenti di S.C.</i></p> <p><i>sono i referenti di primo livello per l'attuazione del piano relativamente a ciascuna struttura attribuita alla loro responsabilità e svolgono un ruolo di raccordo fra il RPCT e i servizi della loro direzione.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipano al processo di gestione del rischio; • individuano e aggiornano annualmente, nell'ambito delle rispettive strutture, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione (art.1 c. 9 lett. a) L. 190/2012), trasmettendo idonea mappatura dei processi con articolata valutazione del rischio ai fini dell'aggiornamento della sezione rischi corruttivi e trasparenza; • prevedono, rispetto alle attività che verranno catalogate a maggiore rischio di corruzione, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire tale rischio; • sono responsabili dell'attuazione delle misure preventive così come individuate nella Sotto Sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza". ciascuno per la Direzione/Struttura di competenza; • aggiornano periodicamente il R.P.C.T. sullo stato di attuazione delle misure o sulle eventuali anomalie/criticità/violazioni riscontrate, con riguardo alle rispettive competenze; • segnalano le situazioni di illecito; • coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste in materia di anticorruzione; • collaborano all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione; • realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale.
<p><i>Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D. Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.); • partecipano al processo di gestione del rischio; • propongono le misure di prevenzione (art. 16 D. Lgs. n. 165 del 2001); • assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le

	<p>ipotesi di violazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> osservano le misure contenute nella Sotto Sezione del PIAO “Rischi corruttivi e Trasparenza” (art. 1, comma 14, della L. n.190/2012).
<p><i>S.C Risorse Umane</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Cura, in accordo con il RPCT, la realizzazione delle iniziative di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.
<p><i>Nucleo di valutazione nominato con Provvedimento n.485 del 26.07.2023</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte; attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità; esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Amministrazione (art. 54, comma 5, D. Lgs. 165/2001); assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale; verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.
<p><i>U.P.D. Ufficio per i procedimenti disciplinari</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Collabora alla predisposizione del codice di comportamento, vigila sulla sua applicazione e ne propone l'aggiornamento in caso di necessità; svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55-bis D. Lgs. n. 165 del 2001); trasmette annualmente al RPCT report contenente i dati afferenti i procedimenti disciplinari attivati e conclusi nell'anno di riferimento; provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.); cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento.
<p><i>Dipendenti, collaboratori esterni e titolari di contratti per lavori, servizi e forniture</i></p>	<p>I dipendenti dell'Ente, i collaboratori a qualsiasi titolo, tutti i titolari di contratti per lavori, servizi e forniture, sono tenuti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> osservare le misure contenute nella Sotto Sezione del PIAO “Rischi corruttivi e Trasparenza” la cui violazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14 della Legge 190/2012, costituisce illecito disciplinare; osservare le disposizioni del Codice di comportamento aziendale; segnalare situazioni personali che possano porli in conflitto di interessi; segnalare tempestivamente al RPCT eventuali comportamenti illeciti, per il tramite del canale interno a mezzo, alternativamente, della piattaforma informatica “WhistleblowingPA”, della segnalazione scritta ovvero richiedendo un incontro diretto finalizzato all'esposizione della segnalazione.
<p><i>Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA (art. 33-ter D.L. n. 179/2012)</i></p>	<p>Il soggetto responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante è la Dott.ssa Maria Laura Zizzo, dirigente responsabile della S.C. Programmazione e gestione beni e servizi, nominata con provvedimento n. 833 del 23.12.2013 e annualmente riconfermata in virtù dell'incarico ricoperto all'interno dell'Ente. Il responsabile è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante.</p>

<p><i>Responsabile della protezione dati</i></p> <p><i>R.D.P.</i></p>	<p>Con Provvedimento n. 87 del 17/02/2023 si è provveduto alla nomina dell'Avvocato Mario Mazzeo, quale Responsabile della Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 38 del Regolamento UE 2016/679. Il R.D.P. costituisce una figura di riferimento per il R.P.C.T., il quale si può avvalere del suo supporto qualora ritenuto necessario, fermo restando che il R.P.C.T., ai sensi dell'art. 5, c. 7, del D. Lgs. 33/2013, può chiedere il parere al Garante per la protezione dei dati personali. In particolare, la collaborazione potrà essere attivata in relazione agli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013 per i quali è necessario intervenire preventivamente in modo tale da rendere i dati oggetto di pubblicazione compatibili con le disposizioni in materia di privacy, con particolare riguardo ai principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.</p>
<p><i>Responsabile aziendale per la gestione delle liste di attesa</i></p>	<p>Il responsabile è il Direttore Sanitario dell'Ente Ospedaliero. Coordina le risorse aziendali e gli interventi sulle liste di attesa delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali. Garantisce il presidio dell'organizzazione attraverso il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa a seconda della classe di priorità indicata, il corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili e la gestione esclusiva delle agende, nonché l'eliminazione di sistemi di prenotazione autonoma.</p>
<p><i>Stakeholders</i></p>	<p>Coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, del cui esito occorre tenere conto in sede di elaborazione della Sotto Sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza" attraverso la realizzazione di forme di consultazione.</p>

Tabella 7 – Prevenzione della corruzione, soggetti, funzioni e responsabilità

Il Gruppo di lavoro regionale degli RPCT della Sanità ligure.

Il Gruppo, costituito ormai da svariati anni, rappresenta un organismo di fondamentale supporto nel sistema di prevenzione della corruzione del Sistema Sanitario Ligure, offrendo utili strumenti per mantenere alta l'attenzione su temi strategici direttamente correlati all'integrità del sistema sanitario ed esercitando la propria funzione di indirizzo e coordinamento nell'applicazione concreta di iniziative finalizzate alla prevenzione di illeciti e ad assicurare la massima trasparenza sull'organizzazione e sull'attività svolta.

Il Gruppo di lavoro è composto dal Direttore della Direzione Generale competente in materia di sanità (o suo delegato) della Regione Liguria, dal RPCT di A.Li.Sa., nonché dai RPCT di tutti gli Enti ed Aziende del SSR.

Con decreto n. 4484/2023 del Direttore Generale della suddetta Direzione è stato altresì istituito un Tavolo di Lavoro ristretto che prevede la partecipazione - tramite il RPCT o suo assistente - della ASL 3, della ASL 4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, con funzioni di:

- disamina delle tematiche maggiormente rilevanti in materia di anticorruzione e trasparenza, anche alla luce degli aggiornamenti normativi, in stretta collaborazione con il RPCT di Regione Liguria e la citata Direzione Generale;
- individuazione di specifiche aree tematiche ritenute più significative e programmazione delle conseguenti iniziative da adottare per il tramite del Gruppo di Lavoro Interaziendale degli RPCT;

- individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione, da condividere con il Gruppo Interaziendale degli RPCT e trasmettere al Direttore della Direzione Generale per la relativa approvazione.

Tra le attività realizzate dal Gruppo di Lavoro nel 2024 si segnalano, in particolare:

I) la redazione di un nuovo disciplinare per la gestione delle segnalazioni di violazioni di normative nazionali e dell'Unione Europea (cd. Whistleblowing)

Il Gruppo regionale ha approvato il nuovo disciplinare, aggiornato alla luce delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 24/2023. Il suddetto disciplinare è stato trasmesso a tutte le Aziende ed Enti del SSR, con richiesta di adozione da parte di questi ultimi;

II) l'aggiornamento della modulistica comune sul conflitto di interessi negli appalti pubblici

Il sottogruppo di lavoro dedicato all'attività in argomento ha curato l'aggiornamento della modulistica comune a tutte le aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ai fini dell'adempimento delle disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione. L'attività di revisione ha interessato solo una parte della modulistica attualmente in uso, cui è stata destinata un'attività di razionalizzazione e adeguamento dei relativi contenuti alla luce delle modifiche normative intervenute nel corso degli ultimi anni, in primis tra tutte l'entrata in vigore del D. Lgs. 36/23, con conseguente ritenuta opportunità di dedicare (limitatamente ai moduli interessati) un focus di approfondimento sulla tematica del conflitto di interessi in materia di appalti pubblici (anche) sulla scorta di quanto già effettuato da Regione Liguria sul tema;

III) la predisposizione del materiale didattico per l'erogazione di un corso di formazione in materia di etica pubblica e codice di comportamento

Nell'ambito del Gruppo di lavoro è stata avviata l'elaborazione di una presentazione in power point, contenente le principali novità introdotte dalla normativa nazionale rispetto al codice di comportamento approvato con D.P.R. 62/2013, con specifici approfondimenti su alcuni casi pratici.

Successivamente è stato concordato di integrare il suddetto materiale includendo un aggiornamento dei contenuti del Corso FAD "La legge 190: i piani e le misure anticorruzione" alla luce dell'evoluzione normativa sopravvenuta.

IV) l'elaborazione di schede - tipo per il monitoraggio e la verifica degli interventi finanziati dal PNRR

Il gruppo di lavoro ha approvato un fac-simile di scheda da utilizzare per censire gli interventi finanziati dal PNRR, contenente gli elementi essenziali degli stessi, con particolare attenzione alla rendicontazione dei costi sostenuti, nonché un fac-simile di scheda di verifica sull'effettivo rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, definite a livello comunitario e nazionale. Il predetto materiale è stato allegato al Rapporto di attività del Gruppo regionale, trasmesso alla Regione per relativo esame e approvazione.

2.3.2.b Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Come rappresentato da ANAC nel PNA 2022, le attività finalizzate alla prevenzione della corruzione non devono essere intese come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma devono

essere considerate come facenti parte dell'ambito ordinario della gestione amministrativa, al fine di perseguire il miglior funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini.

Pertanto, l'Ente Ospedaliero, nel perseguire gli obiettivi di valore pubblico, deve porre in essere le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, quali elementi essenziali per contribuire alla creazione e alla protezione di tali obiettivi, riducendo il rischio di una loro erosione a causa di fenomeni corruttivi.

A tali fini, l'Ente Ospedaliero riconferma il proprio impegno a:

- far crescere la cultura dell'etica, della legalità e dell'integrità al proprio interno e nel contempo creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- prevenire fenomeni di cattiva amministrazione, perseguendo obiettivi di imparzialità e trasparenza, contribuendo a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa;
- costruire un sistema di prevenzione della corruzione basato sul principio del miglioramento progressivo e continuo, attraverso la responsabilizzazione e il coinvolgimento sempre maggiore di tutto il personale e l'apprendimento collettivo alimentato dal lavoro in team;
- acquisire sempre maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Ente è esposta, superando la logica secondo cui le misure di prevenzione della corruzione costituiscono un mero adempimento burocratico;

La Regione Liguria - nell'ambito della collaborazione in essere tra il proprio RPCT e il Gruppo di lavoro regionale degli RPCT della Sanità ligure, ha proposto per l'anno 2025 alcuni obiettivi strategici di prevenzione della corruzione. Nelle more della loro formalizzazione da parte della Regione e con riserva di eventualmente aggiornarli a seguito della stessa, l'Ente Ospedaliero individua quali propri obiettivi strategici i seguenti:

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

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

A tal fine occorre proseguire nelle seguenti azioni/obiettivi:

- Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'anticiclaggio e alla verifica del titolare effettivo.
- Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC;

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 anticiclaggio;

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;

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

Per migliorare l'efficacia delle misure di prevenzione occorre monitorare costantemente il contesto e i principali ambiti nei quali l'azione pubblica degli enti si esercita. Al riguardo sorge la necessità di avere un sistema di indicatori di anomalia e di alert che possano segnalare eventuali situazioni e processi da verificare.

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.

2.3.3 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio

2.3.3.a La mappatura dei processi

Già da tempo l'Ente Ospedaliero ha effettuato la mappatura dei propri processi a rischio corruzione, attraverso la fattiva collaborazione delle Strutture organizzative interessate, che sono state altresì coinvolte nel fornire la valutazione qualitativa del livello di esposizione al rischio corruttivo e nello stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire tale rischio, individuando le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

Ai fini dell'aggiornamento del PIAO per l'anno 2025 le Strutture interessate sono state invitate a revisionare l'elenco dei processi a rischio corruzione, valutando l'opportunità di aggiungere altri processi da attenzionare ovvero di mantenere quelli attuali, nonché di confermare l'efficacia e adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche individuate nel Registro dei rischi, ovvero di valutare l'eventuale necessità di apportare correttivi nell'individuazione delle citate misure e/o degli indicatori alle stesse correlate.

In considerazione del fatto che nel corso del 2024 è divenuta operativa una significativa rivisitazione organizzativa dell'Ente, con diversa articolazione di numerose Strutture e parziale riallocazione di funzioni, l'attività di revisione del Registro dei rischi è stata effettuata previo confronto diretto tra il Dirigente della Struttura e il RPCT, al fine di favorire l'acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Ente è esposta, perseguendo altresì la responsabilizzazione e il coinvolgimento sempre maggiore di tutto il personale.

I settori di attività dell'Ente Ospedaliero ritenuti maggiormente esposti al rischio corruttivo sono quelli ricadenti nelle aree di rischio generali, nonché nelle aree di rischio specifiche per la sanità (entrambe le tipologie già da tempo indicate da ANAC) sottoelencate, unitamente alle Strutture aziendali cui le stesse fanno capo:

Aree di rischio generali	Funzioni aziendali
<ul style="list-style-type: none"> contratti pubblici 	<ul style="list-style-type: none"> S.C. Programmazione e gestione beni e servizi; S.C. Gestione lavori e grandi opere S.C. Lavori di manutenzione, lavori antincendio e impianti tecnologici
<ul style="list-style-type: none"> acquisizione e gestione del personale 	<ul style="list-style-type: none"> S.C. Risorse Umane
<ul style="list-style-type: none"> incarichi e nomine 	<ul style="list-style-type: none"> S.C. Risorse Umane
<ul style="list-style-type: none"> gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> S.S.D. Bilancio S.S.D. Contabilità; S.C. Affari Generali e Legali
Aree di rischio specifiche per la sanità	Funzioni aziendali
<ul style="list-style-type: none"> attività libero professionale e liste di attesa 	<ul style="list-style-type: none"> Direzione sanitaria S.S.D. Libera professione e gestione ordini per prestazioni sanitarie; S.C. Qualità, comunicazione e accoglienza
<ul style="list-style-type: none"> farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie 	<ul style="list-style-type: none"> S.C. Programmazione e gestione beni e servizi; S.S.D Farmacia Ufficio Ingegneria Clinica
<ul style="list-style-type: none"> ricerca e sperimentazioni cliniche 	<ul style="list-style-type: none"> S.S. Gestione attività di ricerca e Grant Office
<ul style="list-style-type: none"> sponsorizzazioni 	<ul style="list-style-type: none"> S.C. Affari generali e legali
<ul style="list-style-type: none"> attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> Direzione sanitaria

Tabella 8 – Area di rischio e funzioni aziendali

Nell'allegato 3 del presente Piano è riportato il nuovo Registro del rischio dell'Ente Ospedaliero, con l'indicazione:

- della mappatura dei processi/attività a rischio;
- della descrizione dei rischi individuati;
- del livello di rischio;
- delle misure specifiche di prevenzione e dei relativi indicatori;
- della cadenza temporale dei report di monitoraggio al R.P.C.T.;
- del Responsabile delle misure specifiche.

2.3.3.b Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Ai fini dell'aggiornamento del PIAO per l'anno 2025 le Strutture interessate sono state invitate, oltre che a revisionare la mappatura dei processi a rischio corruzione - così come già rappresentato al paragrafo 2.3.3.a e per le motivazioni ivi esplicitate - , anche a rivalutare e meglio definire, per ciascun processo, i possibili comportamenti o fatti attraverso i quali può concretizzarsi il rischio corruttivo, tenendo conto dei "fattori abilitanti", ossia di quei fattori che possono agevolare la concretizzazione del rischio corruttivo, creando un terreno fertile per coloro che intendono abusare del proprio potere, perseguendo finalità diverse dal benessere pubblico, fine principale che deve invece guidare l'azione amministrativa degli enti pubblici.

In particolare, tra i fattori abilitanti esemplificati dall'ANAC, all'interno dell'Ente sono ritenuti maggiormente insidiosi i seguenti:

- ✓ la carenza di formazione. In ordine a tale aspetto, fermo restando quanto già realizzato negli anni precedenti, si ritiene necessario garantire una costante proposta formativa, sia di carattere generale (al fine di sviluppare e diffondere sempre di più la cultura dell'etica pubblica e della legalità, quali elementi essenziali per la protezione e la realizzazione degli obiettivi di interesse pubblico), sia di carattere specifico (affrontando argomenti tematici di interesse più settoriale);
- ✓ l'assenza o insufficienza di controlli. In considerazione di ciò, si è ritenuto necessario, da un lato, implementare le misure di prevenzione legate al controllo sul rispetto delle normative vigenti e dei disciplinari interni, dall'altro responsabilizzare maggiormente le Strutture nell'autovalutazione sull'effettiva attuazione delle misure preventive, da esplicitare in sede di monitoraggio;
- ✓ l'esistenza di normative complesse e di difficile interpretazione. In merito a tale aspetto, si ritiene opportuno implementare il più possibile i disciplinari interni, ovvero di crearne di nuovi in relazione a tematiche non ancora regolamentate a livello aziendale, con l'obiettivo di definire in maniera più dettagliata le competenze in capo alle diverse Strutture e le procedure da seguire nella gestione dei vari procedimenti, anche al fine di dare maggiore univocità interpretativa e applicativa all'interno dell'Ente

Sempre nel corso del 2024, inoltre, le Strutture che gestiscono processi a rischio corruzione sono state chiamate ad aggiornare l'analisi del livello di esposizione al rischio dei processi mappati all'interno del Registro del rischio, attraverso l'utilizzo di un sistema qualitativo.

In primo luogo sono stati utilizzati degli indicatori di rischio (quali il livello di discrezionalità e opacità del processo decisionale), per la misurazione dei quali è stato acquisito un giudizio di valore, utilizzando una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). A ogni giudizio è stato attribuito un punteggio, la cui somma ha determinato l'individuazione di un livello di rischio basso, medio o alto.

In tal modo, si è giunti a una prima valutazione del livello di rischio, definito "rischio lordo". Successivamente è stata valutata l'efficacia delle misure di prevenzione, sia generali che specifiche, ai fini della riduzione del rischio. Tale valutazione ha portato all'individuazione del rischio residuo.

Per approfondimenti sul sistema di valutazione del rischio corruttivo in uso presso l'Ente, è possibile consultare il PTPCT 2022 – 2024 (pag. 22 e seguenti), in cui viene illustrata più nel dettaglio la metodologia utilizzata, al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione>

2.3.3.c La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase fondamentale del sistema di prevenzione della corruzione ed è volto a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire e a mitigare il rischio.

L'Ente Ospedaliero ha da tempo adottato misure generali di prevenzione, che incidono sul sistema complessivo, intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione e che sono finalizzate a garantire l'imparzialità soggettiva dei propri funzionari, la formazione di tutti i dipendenti in materia di legalità, prevenzione e contrasto della corruzione, nonché a promuovere la trasparenza quale strumento di conoscenza dell'attività amministrativa e controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Nell'Allegato 4 del Piano è sinteticamente riportata, in formato tabellare, la programmazione delle misure generali, con indicazione delle azioni di gestione e mitigazione del rischio, della relativa tempistica, dei soggetti responsabili e degli indicatori di risultato.

In particolare, risultano declinate le seguenti misure in materia di:

- trasparenza;
- codice di comportamento;
- conflitti di interesse;
- inconfiribilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali;
- formazione di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi;
- conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali;
- attività successive alla cessazione del servizio;
- Affidamento di incarichi e consulenze esterne
- patti di integrità negli affidamenti;
- formazione del personale;
- rotazione del personale;
- tutela del dipendente che segnala gli illeciti.

Per il 2025, anche in attuazione delle indicazioni contenute nel PNA 2022 e nel perseguimento degli obiettivi strategici fissati dall'Ente Ospedaliero, vengono individuate prioritariamente le seguenti misure generali da rafforzare e implementare:

- trasparenza (per l'implementazione di tale misura si rinvia al paragrafo 2.3.4);
- conflitti di interesse;
- formazione del personale;

Con riferimento alla tematica dei **conflitti interesse**, l'Ente ha recentemente (con provvedimento n.468/2024) approvato la rivisitazione delle procedure interne per la prevenzione di possibili situazioni di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi e di conflitti di interesse, aggiornando la relativa modulistica, in conformità alle direttive emanate al riguardo dalla Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria.

Anche in considerazione della mission istituzionale dell'Ente, si ritiene opportuno destinare particolare attenzione alla gestione di possibili conflitti di interesse che potrebbero essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza degli operatori nell'esercizio delle proprie funzioni.

Nel 2025 sarà pertanto necessario potenziare l'attività di verifica e controllo sulle dichiarazioni acquisite, che necessita ancora di una regolamentazione più strutturata e uniforme. In particolare, superando le difficoltà derivanti dalla carenza di personale da dedicare specificatamente a tale funzione, dovranno essere individuate alcune Strutture presso cui accentrare competenze di verifica e controllo, sia pure a campione, attraverso l'acquisizione e la messa a disposizione dei necessari strumenti operativi.

A tal fine, si ritiene imprescindibile attivare la registrazione su alcune banche dati al fine di poter accedere al Registro delle imprese e poter visionare tutti i dati e le principali informazioni relative a queste ultime, così da consentire un più efficace controllo sulle dichiarazioni acquisite dall'Ente, a vario titolo, attestanti assenze di cause inconferibilità/incompatibilità e conflitti di interesse. Il controllo, in particolare, dovrà interessare le dichiarazioni acquisite con riferimento a interventi finanziati dal PNRR.

Nell'ambito della medesima tematica, si ritiene opportuno programmare, in linea con le indicazioni ANAC esplicitate in sede di PNA 2022, la stipula di una convenzione con l'INPS, al fine di poter conoscere eventuali attività lavorative svolte da ex dipendenti in stato di quiescenza, quale utile strumento per garantire e rendere effettivo il rispetto del divieto di pantouflage.

Infine, viene programmata per il 2025 anche l'approvazione di un disciplinare interno, che consenta di regolamentare e monitorare la fruizione di corsi di formazione sponsorizzati da soggetti terzi, evitando il consolidarsi di rapporti ricorrenti e privilegiati fra i dipendenti e alcuni sponsor.

Per il 2025 è anche programmata la prosecuzione dell'**attività formativa**, sia mantenendo in essere gli attuali corsi in modalità FAD, sia mettendo a disposizione nuovi moduli formativi. In particolare, nel Piano formativo aziendale del 2025 sono previsti i seguenti:

- a) corso base *"La legge n. 190/2012 e le misure anticorruzione"* per neo-assunti, già attivo da alcuni anni;
- b) corso *"Incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi"* rivolto e reso obbligatorio a tutto il personale dell'Ente (con accreditamento ECM per gli operatori sanitari). Tale corso era già stato reso disponibile nel 2024 ma, non essendo stato inserito nel PFA, era facoltativo;
- c) corso *"Disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alle aziende sanitarie"* liberamente accessibile a tutti i dipendenti che ne fossero interessati, ma destinato prioritariamente, e quindi reso obbligatorio, per le seguenti figure:
 - Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza e suoi Assistenti;
 - Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015;
 - Referenti/Responsabili tenuti a segnalare al Gestore le operazioni sospette;
 - Direttori delle aree di rischio ed personale da questi individuato.

Il corso, in particolare, illustra le misure di prevenzione finalizzate a contrastare l'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Espone, altresì, i collegamenti con la prevenzione della corruzione per una concreta attivazione dei controlli, attraverso l'analisi del contesto e della normativa specifica per le PP.AA, la

metodologia adottata ed esempi pratici di applicazione della stessa nell'ambito delle Aziende sanitarie;

- d) nuovo corso *“Codice di comportamento, cultura della legalità ed etica pubblica”* nel quale, previo un inquadramento normativo di carattere generale, vengono illustrate le principali novità introdotte dal D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81 al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62/2013 e vengono forniti alcuni spunti di riflessione in materia di legalità ed etica pubblica.

Oltre alle misure di carattere generale, sono individuate, per le singole aree di attività dell'Ente, soprattutto per quelle ritenute ad elevato rischio corruzione, le misure specifiche (ossia quelle che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e che sono contestualizzate rispetto alla realtà interna all'Ente Ospedaliero) da adottare per ridurre il rischio corruttivo.

A tal fine, nell'ottica di attuare un miglioramento progressivo e continuo, attraverso la responsabilizzazione e il coinvolgimento sempre maggiore di tutto il personale, l'Ente prosegue il percorso - avviato ormai da svariati anni - di rivisitazione e di puntuale descrizione delle misure, al fine di far emergere maggiormente la correlazione tra il rischio corruttivo esistente e le misure atte a prevenirlo o, quantomeno, a ridurlo.

Al riguardo, è attivo un confronto costruttivo con i dirigenti delle Strutture, in modo da coniugare la conoscenza dei processi organizzativi con la programmazione di misure chiare, sostenibili e verificabili, con definizione di indicatori di monitoraggio quantitativi (es. % di controlli effettuati sul totale delle procedure svolte), qualitativi (es. relazioni/report sull'attuazione della misura), oppure consistenti nella semplice verifica dell'attuazione della misura stessa (SI/NO).

Per ciascuna attività è indicato il responsabile dell'azione e la cadenza temporale con cui quest'ultimo è tenuto a relazionare al RPCT.

Nel 2025, al riguardo, primaria attenzione verrà destinata all'attuazione delle misure di prevenzione relative ai processi di acquisizione beni, servizi e lavori, aggiornate nel corso del 2024 a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 31 marzo 2023 n. 36, con particolare riferimento ai processi legati all'utilizzo di fondi PNRR, per i quali sono stati individuati i possibili rischi corruttivi (riciclaggio di denaro, conflitti di interesse in capo al titolare effettivo dell'operatore economico, infiltrazioni della criminalità organizzata) e sono state predisposte misure di prevenzione atte a mitigare tali rischi (verifica sussistenza di possibili indicatori di anomalia nelle procedure di gara e tempestivo inoltro delle segnalazioni sospette al RPCT, individuato quale Gestore della segnalazione alla UIF; individuazione del titolare effettivo e acquisizione dichiarazione di assenza conflitto di interessi da parte di quest'ultimo; richiesta telematica presso la Banca Dati Nazionale Unica della documentazione antimafia; controlli sulle dichiarazioni sostitutive dei Certificati del Casellario giudiziale e dei carichi pendenti).

Tutte le misure organizzative specifiche per il trattamento del rischio sono illustrate nell'allegato 3 del Piano, già richiamato al paragrafo 2.3.2.1.

2.3.4 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Il processo di gestione del rischio si completa con la fase di monitoraggio, che consiste in un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di prevenzione del rischio.

Il monitoraggio delle misure di prevenzione rappresenta un'attività essenziale nell'ambito del sistema di prevenzione del rischio corruttivo, in quanto le sue risultanze costituiscono il presupposto della successiva attività di programmazione.

Il monitoraggio si articola in due fasi:

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

2.3.4.1. Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio

Con riferimento alla prima fase, è proseguito, come in passato, il monitoraggio di primo livello attraverso la compilazione di schede di autovalutazione da parte dei responsabili delle Strutture organizzative e la successiva trasmissione al R.P.C.T. Il monitoraggio è stato attuato a cadenza semestrale per i processi ad alto rischio e a cadenza annuale per quelli a medio rischio, ritenendo il basso rischio poco rilevante ai fini della corruzione.

Non è stata invece attuata, se non in minima parte, l'integrazione di questo sistema con il monitoraggio di secondo livello. Tale attività viene pertanto riprogrammata per il 2025, almeno per le aree e i processi maggiormente esposti al rischio corruzione (alto rischio), con la calendarizzazione di audit specifici, condotti dal R.P.C.T. e finalizzati a verificare l'osservanza delle misure di prevenzione disciplinate nel Piano.

Nell'attività di verifica, il R.P.C.T. provvederà a verificare la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, attraverso la richiesta di documenti, informazioni e qualsiasi altra "prova" sull'effettiva attività svolta.

Inizialmente il monitoraggio di secondo livello verrà effettuato attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica, a partire dai processi maggiormente esposti al rischio e di quelli su cui, eventualmente, vengano segnalate criticità. Sugli altri processi (a medio rischio) potrà essere effettuato un campionamento casuale, previo sorteggio.

Stato di attuazione delle misure generali - anno 2024

Con riferimento alle misure generali, le risultanze del monitoraggio effettuato dalle Strutture rispetto all'attività svolta nel 2024 non fanno emergere rilevanti inadempienze, e le misure più significative sono state attuate nel rispetto della programmazione prevista. In particolare:

- *Trasparenza*

La struttura dei dati della sezione "Amministrazione trasparente" dell'Ente è conforme allo schema normativo e gli obblighi di pubblicazione risultano complessivamente assolti (per ulteriori approfondimenti si rinvia allo specifico paragrafo 2.3.7.).

- *Codice di comportamento*

Il vigente Codice di Comportamento dell'Ente è stato approvato con provvedimento n. 848/2023 (superando la precedente versione adottata nel 2018).

L'attuale codice risulta aggiornato alla luce della normativa e delle linee guida di carattere nazionale intervenute negli ultimi anni e in particolare:

- ✓ determina ANAC n. 177 del 19/02/2020 “Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ Relazione del Gruppo di Lavoro Anac in materia di codici di comportamento dei dipendenti pubblici (settembre 2019);
- ✓ art. 4, ultimo comma, del D.L. 30 aprile 2022, n. 36, convertito con legge 29 giugno 2022, n. 79, di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- ✓ D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165».

- *Conflitti di interesse*

Il PNA 2022 ha ribadito come la prevenzione di fenomeni corruttivi si realizzi anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi.

Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui quest'ultimo sia in relazione.

Si tratta, dunque, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

L'Ente Ospedaliero, nell'ultimo biennio, ha dedicato particolare attenzione alla tematica in argomento, partecipando attivamente al sottogruppo costituito nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale che ha curato l'aggiornamento della modulistica atta a prevenire e monitorare possibili situazioni di conflitto di interessi all'interno delle Aziende ed Enti del SSR.

L'attività di aggiornamento e razionalizzazione della modulistica è stata finalizzata soprattutto a responsabilizzare maggiormente i soggetti che sottoscrivono le dichiarazioni, richiamando esplicitamente gli articoli di legge e le delibere ANAC che disciplinano ciascuna fattispecie, nonché inserendo note di redazione esplicative, a beneficio di una corretta compilazione (e successivo controllo) dei moduli stessi.

Tale aggiornamento è stato reso necessario anche dalle modifiche normative intervenute nel corso degli ultimi anni, in primis tra tutte l'entrata in vigore del D.lgs. 36/23, in materia di appalti pubblici.

Con provvedimento n. 468 del 9 luglio 2024 (che ha sostituito il precedente provvedimento n. 890/2023), l'Ente Ospedaliero, oltre a recepire la modulistica in argomento, ha provveduto a razionalizzare le procedure interne per la gestione della modulistica (sia quella aggiornata nell'ambito del gruppo regionale sia quella già in uso all'interno dell'Ente), sintetizzando in una tabella riepilogativa i soggetti tenuti e le tempistiche previste sia per la compilazione che per l'acquisizione agli atti dei moduli.

Nel 2025 l'attività di approfondimento sui conflitti di interesse proseguirà, con specifica attenzione al tema dei controlli sulle dichiarazioni, consentendo l'ulteriore integrazione delle procedure interne sopra richiamate, con la definizione puntuale dei soggetti deputati alla verifica delle dichiarazioni, nonché delle modalità, degli strumenti e delle tempistiche di tali verifiche.

Di seguito si esplicitano le principali disposizioni in essere presso l'Ente, per la prevenzione di possibili conflitti di interesse con riferimento agli ambiti di seguito evidenziati:

- a) incompatibilità e inconfiribilità di incarichi (D.lgs. n. 39/2013)

In base alla vigente normativa e all'interpretazione di ANAC, gli incarichi dirigenziali che rilevano ai fini dell'applicazione delle misure preventive sono quelli che comportano "l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e di gestione".

In ambito sanitario, tali poteri spettano unicamente alla Direzione Strategica dell'Azienda Sanitaria (direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario). Nell'Ente Ospedaliero, attesa la propria peculiarità, la disposizione si applica anche ai componenti del Consiglio di Amministrazione.

Inoltre ANAC, a seguito di specifica richiesta di parere, ha ritenuto che il regime sull'inconferibilità/incompatibilità degli incarichi di cui al D. Lgs. 39/2013 debba essere esteso anche ai dirigenti tecnico-amministrativi che siano titolari di competenze di amministrazione e di gestione.

Conseguentemente, le disposizioni interne prevedono che la S.C. Risorse Umane, prima di conferire incarichi dirigenziali, debba acquisire, da parte dell'interessato, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal D. Lgs. 39/2013 e che tale dichiarazione venga aggiornata annualmente.

b) Conflitti di interesse del dipendente pubblico (L.241/1990; D.P.R. n. 62/2013; D.Lgs. 165/2001)

In attuazione della vigente normativa, le disposizioni interne dell'Ente prevedono che i dirigenti e il personale del comparto presentino, al momento dell'assunzione o dell'assegnazione a diverso ufficio – funzione - incarico (o in caso di variazioni), una dichiarazione sull'insussistenza di possibili conflitti d'interesse, nonché una dichiarazione sull'eventuale partecipazione ad associazioni/organizzazioni che possano interferire con l'attività di ufficio.

Inoltre, ogniqualvolta un Dirigente Responsabile di Struttura adotta un atto dirigenziale (o propone un provvedimento che verrà poi adottato dal Direttore Generale) attesta – all'interno del documento stesso:

- l'avvenuta regolare istruttoria della pratica e la conformità del procedimento alla vigente normativa statale e regolamentare;
- l'insussistenza a proprio carico di situazioni di conflitto, anche potenziale, di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e al vigente Codice di comportamento dell'Ente, nonché l'inesistenza di comunicazioni in tal senso da parte dei dipendenti che hanno partecipato all'adozione delle decisioni relative alla conclusione del procedimento.

Qualora si verificassero situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, il dipendente è tenuto a segnalarlo, compilando un apposito modulo nel quale dichiara di trovarsi nella situazione sopra descritta e chiede di essere sollevato dall'incarico/mansione in conflitto.

La segnalazione deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza e, per conoscenza, al R.P.C.T. Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

c) Conflitti di interesse in materia di contratti pubblici (art. 16 e 93 D.Lgs. 36/2003)

Con riferimento ai conflitti di interesse negli appalti pubblici, sono state apportate significative modifiche alla modulistica, che tengono conto delle indicazioni del PNA 2022 e delle disposizioni del D.Lgs. n. 36/2023 "Nuovo codice dei contratti pubblici".

In particolare, per quanto concerne la dichiarazione da rendere da parte dei Commissari di gara, in conformità a quanto previsto dal nuovo Codice dei contratti pubblici che distingue fra due tipi di Commissione (quella costituita per le procedure di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e quella costituita per le procedure di aggiudicazione con il criterio del minor prezzo o costo), il nuovo provvedimento dell'Ente prevede la compilazione di due distinti moduli (più articolato nel primo caso e semplificato nel secondo) da parte di componenti delle rispettive Commissioni.

Il modulo deve essere presentato al RUP. Qualora il RUP sia componente della Commissione, la dichiarazione da lui sottoscritta e protocollata dovrà essere presentata al superiore gerarchico.

Per quanto riguarda, invece, le dichiarazioni sul conflitto di interesse da rilasciare da parte dei dipendenti dell'Ente che a vario titolo intervengono con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti, è stato previsto un modulo aggiornato, sia sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2022, sia del modello predisposto dalla Regione Liguria, che contempla la comunicazione di varie informazioni e dati per meglio evidenziarne il periodo temporale, nonché l'ambito di attività e il ruolo rivestito dal dichiarante all'interno dell'amministrazione, oltre ad ulteriori informazioni finalizzate a rendere più concreta ed efficace la verifica sui contenuti della dichiarazione stessa.

Secondo le indicazioni di ANAC, tutte le dichiarazioni acquisite nell'ambito dei contratti pubblici devono essere protocollate in entrata, al fine di far acquisire alle stesse data certa.

Quando la dichiarazione viene rilasciata da soggetti esterni o dai dipendenti che intervengono nelle varie fasi della procedura, la protocollazione viene effettuata a cura del RUP e la dichiarazione viene conservata agli atti della Struttura che gestisce la gara per conto dell'Ente; quando invece la dichiarazione viene rilasciata dal RUP, la protocollazione viene effettuata a cura del suo superiore gerarchico e conservata agli atti della Struttura che gestisce la gara per conto dell'Ente.

d) Affidamento di incarichi e consulenze esterne (art. 53 del D. Lgs 165/2001)

In conformità alla vigente normativa, al momento del conferimento dell'incarico, i consulenti dell'Ente sono tenuti compilare due moduli:

- uno in cui dichiarano l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, impegnandosi ad astenersi qualora queste si verificano e, comunque, in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza;
- uno in cui rendono alcune informazioni relative allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, nonché all'espletamento della propria attività professionale.

A seguito dell'acquisizione della suddetta modulistica, il dirigente della struttura che conferisce l'incarico e il dirigente della struttura presso cui il consulente sarà chiamato a prestare la propria opera (se diverso dal primo) sono tenuti ad attestare l'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi.

e) Formazione di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego

In attuazione della vigente normativa, la S.C. Risorse Umane è tenuta a:

- acquisire dai Commissari, al momento del conferimento dell'incarico, le dichiarazioni sull'assenza delle cause di incompatibilità previste dalla legge e sull'assenza di conflitti di interesse;

- effettuare i controlli sui precedenti penali e porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- assicurare che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento.

f) assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi

In attuazione della vigente normativa, la S.C. Risorse Umane è tenuta a:

- acquisire, al momento del conferimento dell'incarico, le dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interesse;
- effettuare i controlli sui precedenti penali e porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

Per rendere maggiormente effettiva l'attuazione della presente misura, è previsto che nei provvedimenti di conferimento di incarichi dirigenziali o incarichi di funzione e/o assegnazione di uffici venga inserita l'attestazione da parte del responsabile del procedimento dell'assenza delle condizioni ostative previste dall'art.35-bis del D. Lgs. 165/2001.

g) Conferimento e autorizzazione di incarichi extraistituzionali

Con Provvedimento n. 656 del 3.10.2024 è stata approvata la nuova "Disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi ed autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali (ex art. 53, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.)" che regola le condizioni e le modalità che consentono ai dipendenti dell'Ente Ospedaliero di svolgere incarichi extra lavorativi. Il disciplinare è corredato dell'apposita modulistica che deve essere compilata dal dipendente, ivi compresa quella relativa alla gestione dei conflitti di interesse.

h) Attività successive alla cessazione del servizio (pantouflage)

Con provvedimento n. 359 del 28/05/2024 l'Ente Ospedaliero ha adottato la procedura interna finalizzata al rispetto del divieto di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, di cui all'art. 53 comma 16 ter, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, tenuto conto delle indicazioni formulate dall'ANAC nel PNA 2022 – 2024, recependo a tal fine il documento elaborato nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale.

Allo stato attuale, pertanto, le disposizioni attualmente osservate presso l'Ente prevedono che:

- nei contratti di assunzione venga inserita clausola che prevede il divieto di post employment per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro – presso i soggetti destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- i dirigenti responsabili delle Strutture che si occupano dell'area appalti (Lavori, Beni e Servizi) assicurano che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente nei loro confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto. Al rispetto di tale previsione sono tenuti anche i Responsabili di tutte le altre articolazioni aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

- venga acquisito dal dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro (a qualsiasi titolo) apposta dichiarazione nella quale quest'ultimo dichiara:
 - ✓ di essere consapevole di non potere svolgere e, per l'effetto, di impegnarsi a non svolgere, nei tre anni successivi, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'Ente/Azienda svolta attraverso il proprio esercizio di poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Ente/Azienda medesimo;
 - ✓ di essere consapevole che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto di pantouflage sono nulli, con le ulteriori conseguenze previste dalla legge;
 - ✓ di essere consapevole che il RPCT, in caso di conoscenza della violazione del divieto di pantouflage, segnalerà tempestivamente detta violazione all'Anac, ai vertici dell'Ente/Azienda e al soggetto privato.

i) Adozione del disciplinare per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici

Sempre nell'ambito delle iniziative messe in atto per la gestione dei conflitti di interesse, l'Ente ha adottato con Provvedimento n. 566 del 12/09/2023 il disciplinare per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici, in linea con il modello elaborato dal Gruppo Regionale degli RPCT, ai fini dell'applicazione uniforme della relativa disciplina in ambito regionale e previo adeguamento alle modalità organizzative in uso presso l'Ente.

In dettaglio, il disciplinare in oggetto regola l'informazione scientifica presso l'Ente, con l'obiettivo di:

- garantire un'informazione indipendente, adeguata, coerente, appropriata e diffusa a tutti gli operatori interessati, basata sull'evidenza e sulla trasparenza;
- promuovere un'informazione scientifica rivolta al miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'assistenza prestata;
- effettuare un puntuale censimento e monitoraggio dell'attività intraospedaliera dell'informazione sui farmaci e dispositivi medici;
- garantire la trasparenza e la correttezza dell'informazione scientifica attuata dalle aziende produttrici di farmaci e dispositivi medici, disciplinandone le modalità di svolgimento;
- tracciare la presenza e le attività degli informatori all'interno delle aree ospedaliere affinché sia un percorso trasparente ed eticamente corretto dal punto di vista professionale nei rapporti tra l'industria produttrice e gli operatori del SSN;
- definire le modalità di gestione dell'accesso degli informatori medico scientifici di farmaci, dei dispositivi medici e diagnostici all'interno della struttura;
- ottenere percorsi sicuri che non interferiscano con l'attività assistenziale a tutela dei pazienti;
- definire le modalità di controllo e trasparenza discendenti dall'applicazione del disciplinare;

l) Patti di integrità negli affidamenti

Con Provvedimento n. 374 del 4/06/2024, anche sulla scorta di un documento elaborato nell'ambito del Gruppo di Lavoro regionale degli RPCT della Sanità Ligure, è stato aggiornato il Patto di Integrità (precedentemente approvato con prov. n. 595/2022) che l'Ente Ospedaliero, in qualità di stazione appaltante, si impegna a stipulare con i concorrenti/aggiudicatari nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici;

m) Formazione del personale

Nel 2024 è stato riproposto l'evento formativo in modalità FAD "La legge n. 190/2012 e le misure anticorruzione", già attivato a partire dal 2019, aperto a tutti i dipendenti dell'Ente che non lo avevano ancora svolto, e reso obbligatorio per tutti i neoassunti, finalizzato alla diffusione capillare dei contenuti normativi (Legge n. 190/2012 e relativi decreti attuativi, codice di comportamento, principali linee guida e direttive dell'ANAC, PTPCT) e allo sviluppo di una cultura basata sui valori di legalità ed etica pubblica. Nel 2024 il corso FAD ha interessato n. 111 dipendenti dell'Ente.

Si segnala, altresì, che nel 2024 erano disponibili due ulteriori nuovi corsi formativi in modalità FAD e segnatamente:

- a) il corso "incompatibilità, inconfiribilità e conflitto di interessi";
- b) il corso "disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alle aziende sanitarie".

I suddetti corsi, tuttavia, erano facoltativi e sono stati fruiti da un numero limitato di dipendenti. L'Ente ha pertanto ritenuto di inserirli nel PFA 2025, rendendoli obbligatori per tale annualità (il corso di cui alla lettera a) per tutto il personale e quello di cui alla lettera b) per il personale specificatamente individuato).

n) Rotazione del personale

La misura della rotazione ordinaria, pur essendo stata oggetto nel tempo di specifici approfondimenti, non è stata formalmente disciplinata, per oggettive difficoltà legate al ristretto numero dei Dirigenti di Struttura Complessa dell'Area PTA e alla difficile interscambiabilità delle posizioni dirigenziali.

Al riguardo, si precisa che, per effetto dell'ultima rivisitazione organizzativa dell'Ente, approvata con progressivi provvedimenti (in ultimo con Provv. n. 777 del 18.11.2024), le suddette Strutture Complesse sono state ridotte da 10 a otto e sono così distribuite: tre nel Dipartimento Giuridico Economico (*Affari Generali e Legali - Programmazione e Gestione Beni e Servizi - Risorse Umane*), tre nel Dipartimento di Staff (*Controllo di Gestione - Informatica e Telecomunicazioni - Qualità, Comunicazione e Accoglienza*), due nel Dipartimento Tecnico (*Gestione lavori grandi opere - Lavori di manutenzione, Lavori antincendio, Impianti Tecnologici*).

Pur in mancanza di una effettiva programmazione della misura, la rotazione si è parzialmente verificata nei fatti, per effetto del pensionamento o del trasferimento presso altre aziende ed enti di numerose unità di personale, ivi compresi molti dirigenti. In particolare, si evidenzia che - degli 8 Dirigenti di S.C. dell'Area PTA sopra citati - 3 sono cambiati nel corso dell'ultimo quinquennio (segnatamente: i responsabili dei settori che gestiscono a) il personale, b) i servizi di manutenzione, lavori antincendio e impianti tecnologici, c) gli affari generali e legali). Inoltre, si precisa che due strutture complesse presenti nel precedente organigramma sono state ciascuna riarticolata in due Strutture, con parziale nuova assegnazione delle relative funzioni:

- S.C. Bilancio e Contabilità in S.S.D. Bilancio e S.S.D. Contabilità;
- S.C. Macroarea Amministrativa in S.C. Qualità, comunicazione e accoglienza e S.S.D. Libera professione e gestione ordini per prestazioni sanitarie.

Si rappresenta, infine, che l'attuale assetto degli Uffici prevede un processo decisionale che contempla la partecipazione di più soggetti (estensore, Responsabile del Procedimento, Dirigente responsabile, ecc.), anche mediante apposizione di più sottoscrizioni, in vista dell'esito finale. Si ritiene che

tale misura possa contribuire a ridurre il rischio di abusi e di cattive pratiche nella gestione dei procedimenti.

Con riferimento alla misura della rotazione straordinaria, il provvedimento di assegnazione ad altro incarico, qualora se ne verificano i presupposti, è di competenza della S.C. Risorse Umane, che è tenuta, altresì, a dare comunicazione al RPCT dell'adozione del provvedimento. Anche nel 2024 non si sono realizzati i presupposti per l'attuazione della misura.

o) Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

A seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", sono intervenute alcune importanti novità legislative, tra cui:

- l'ampliamento delle tipologie di soggetti che possono effettuare la segnalazione;
- la valorizzazione dell'amministrazione di appartenenza del segnalante, che diviene canale privilegiato al quale segnalare atti, omissioni o condotte illecite, salvo i casi in cui ricorrano le condizioni per effettuare una segnalazione esterna o divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse 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 e l'espansione del sistema di tutele a soggetti diversi dal segnalante che, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, potrebbero subire ritorsioni. In dettaglio, il sistema di tutele consiste in: (a) tutela della riservatezza; (b) protezione da ritorsioni; (c) limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di informazioni;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, tipizzando gli illeciti, gli atti, i comportamenti e le omissioni che possono essere oggetto di segnalazione.

Con Provvedimento 836/2023 l'Ente Ospedaliero ha approvato il "disciplinare per la gestione delle segnalazioni di violazioni di normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela (whistleblowing)", adeguandolo alle intervenute normative di settore e prevedendo la possibilità per il whistleblower di segnalare eventuali illeciti al RPCT per il tramite del canale interno alternativamente a mezzo (a) piattaforma informatica, (b) segnalazione scritta, ovvero (c) richiedendo un incontro diretto finalizzato all'esposizione della segnalazione.

Con Provvedimento n. 372 del 4/6/2024 (che ha integrato e sostituito il precedente prov. n. 836/23), il disciplinare interno in materia di whistleblowing ha regolamentato due ulteriori fattispecie:

a) l'eventuale passaggio dell'incarico da un RPCT ad un altro, con onere per il primo di consegnare al subentrante le credenziali di accesso al sistema informatico di gestione delle segnalazioni;

b) l'eventuale ipotesi di incompatibilità del RPCT, con onere per quest'ultimo, ravvisata la sussistenza di circostanze che lo rendano impossibilitato a trattare la segnalazione, di comunicarlo al Direttore

Generale, al proprio sostituto e al segnalante, invitandolo a ripresentare la segnalazione al canale esterno di ANAC;

Stato di attuazione delle misure specifiche – anno 2024

Con riferimento alle misure specifiche, il monitoraggio effettuato non evidenzia significative criticità e dallo stesso emerge la generale attuazione delle misure di prevenzione, nel rispetto della programmazione prevista.

Al fine di garantire che l'effettuazione del monitoraggio da parte delle Strutture interessate possa essere percepito come un momento di verifica costruttiva - finalizzata a valutare, da un lato, la concreta attuazione delle misure individuate a priori e, dall'altro, la loro effettiva idoneità a incidere, mitigandoli, sui possibili rischi corruttivi - si ritiene essenziale proseguire, in collaborazione con le Strutture stesse, l'attività di approfondimento e analisi, tesa a perseguire una maggiore correlazione tra rischio ipotizzato e misura individuata come idonea a neutralizzarlo o a ridurlo, nonché a definire in maniera più appropriata gli indicatori, con l'obiettivo di renderli più immediatamente esplicativi sulla realizzazione o meno della misura di prevenzione.

Con riferimento alle misure specifiche relative ai processi più strettamente sanitari, si rileva quanto segue:

- relativamente al processo di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di sala operatoria, è stata data attuazione al vigente programma aziendale per il governo delle liste di attesa, anche attraverso il completamento dell'informatizzazione e l'abolizione delle agende cartacee;
- in relazione alla libera professione intramuraria allargata, le disposizioni aziendali ribadiscono gli obblighi di monitoraggio e controllo dei volumi di attività e prevedono il completamento della piena tracciabilità del percorso della prestazione, dalla prenotazione al pagamento; nonché l'inserimento - nel provvedimento di autorizzazione all'A.L.P.I. - del richiamo agli obblighi previsti dal codice di comportamento;
- con riferimento ai servizi camere mortuarie, è prevista la pubblicazione - sul sito istituzionale e in apposito spazio visibile agli utenti presso l'obitorio - dell'informativa volta a garantire al cittadino la libera scelta dell'impresa di onoranze funebri. Inoltre, sul "modulo di incarico servizio di onoranze funebri" i parenti dichiarano e firmano che: "la decisione per tale affidamento (all'onoranza funebre) è avvenuta senza alcuna offerta all'interno dell'ospedale da parte dell'impresa incaricata e senza indicazione da parte del personale dipendente". Sul sito dell'Ente risulta, altresì, pubblicato l'elenco delle imprese autorizzate ad effettuare il trasporto e le onoranze funebri.

2.3.4.2. Monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio

Il R.P.C.T. effettua annualmente il suddetto monitoraggio, finalizzato a valutare l'effettiva capacità delle misure di trattamento di ridurre il rischio corruttivo, anche attraverso incontri e approfondimenti effettuati con i Responsabili delle Strutture che gestiscono i processi mappati a rischio corruzione.

Le conseguenti valutazioni portano, ove se ne ravvisi la necessità, a ridefinire alcune misure di prevenzione, con l'obiettivo di renderle sempre più efficaci e verificabili.

2.3.5 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico

La trasparenza, oltre a costituire una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, è da intendere quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

La pubblicazione on line dei dati sul sito internet istituzionale consente ai cittadini una effettiva conoscenza delle attività poste in essere dall'Ente Ospedaliero. Da questo punto di vista, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino, sia nella veste di destinatario delle attività amministrative svolte dall'Ente quale soggetto pubblico, sia nella veste di utente del servizio sanitario.

I dirigenti delle Strutture organizzative dell'Ente garantiscono ciascuno per quanto di competenza il regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle disposizioni di legge e conseguentemente sono responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente". Tali responsabilità potranno essere soggette a revisione in relazione ad eventuali modifiche organizzative (come recentemente avvenuto presso l'Ente).

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati alla competente struttura incaricata della pubblicazione.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Ente ospedaliero si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio/settore di attività ai cui responsabili compete:

- l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- la pubblicazione dei dati e delle informazioni;

Il R.P.C.T. ha un ruolo di coordinamento sull'attività di pubblicazione, ma non sostituisce i responsabili delle strutture tenute alla trasmissione e pubblicazione dei dati.

Nell'Allegato 5 sono riportati in dettaglio i singoli obblighi di pubblicazione e la relativa tempistica, nonché i soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati.

Per completezza di informazione, si evidenzia che nel PTPCT 2022-2024, consultabile al <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/> - sono esplicitati gli obblighi di pubblicazione non pertinenti rispetto alla tipologia organizzativa dell'Ente e conseguentemente non riportati nell'Allegato sopra richiamato.

Il R.P.C.T. svolge l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica, mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto dalla vigente normativa. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del R.P.C.T., il dirigente competente, dopo aver trasmesso e/o pubblicato i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente il R.P.C.T. dell'avvenuta pubblicazione.

Obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici

L'ANAC, nell'ambito del PNA 2022, ha rilevato come nell'attuale fase storica – in cui il legislatore ha introdotto regimi derogatori, dapprima in procedure di affidamento degli appalti in considerazione dell'emergenza sanitaria, e in seguito per favorire il raggiungimento degli interventi del PNRR – vada indubbiamente valorizzato il ruolo della trasparenza come misura cardine per assicurare un importante presidio in funzione di anticorruzione, oltre che di controllo sociale sull'operato e sui risultati ottenuti dalle stazioni appaltanti, sia nell'aggiudicazione che nell'esecuzione di opere, servizi e forniture.

Il D.lgs. 36/2023 ha innovato profondamente la disciplina sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici, prevedendo l'avvio del processo di digitalizzazione delle procedure di affidamento, con l'obiettivo semplificare le procedure e migliorare la trasparenza.

Il nuovo codice, in particolare, prevede che le stazioni appaltanti assicurino la tracciabilità e la trasparenza delle attività svolte, l'accessibilità ai dati e alle informazioni e la conoscibilità dei processi decisionali.

Tutte le attività inerenti al ciclo di vita digitale dei contratti pubblici, articolato in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione, devono essere gestite in coerenza con quanto previsto dal codice dell'amministrazione digitale, attraverso piattaforme e servizi digitali tra loro interoperabili.

Conseguentemente, le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, sono trasmessi tempestivamente alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP).

A tal fine, le stazioni appaltanti assicurano il collegamento ipertestuale tra la Sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale e la BDNCP, garantendo un accesso immediato e diretto e assicurando la trasparenza dell'intera procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione.

ANAC, in conformità alla normativa nazionale, ha inoltre individuato - con la delibera n. 264/2023, successivamente modificata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 - uno specifico allegato tecnico nel quale sono indicati gli ulteriori dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, ma restano oggetto di pubblicazione obbligatoria nella Sezione "Amministrazione Trasparente" delle singole pubbliche amministrazioni.

Conseguentemente, l'allegato 5 del presente Piano è stato aggiornato sostituendo nella sezione relativa ai "Bandi di gara e contratti" le precedenti indicazioni con quelle nuove formulate da ANAC.

Nel corso del 2024, anche a seguito delle direttive formulate dalla Regione Liguria con nota PG n. 1170699 del 26/07/2024, è stata pertanto creata in Amministrazione Trasparente una nuova sottosezione "bandi di gara e contratti" (attualmente in fase di popolamento), nella quale:

- è pubblicato il collegamento ipertestuale (link) alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) ove è possibile accedere ai dati relativi all'intero ciclo di vita dei contratti;
- è stata creata la nuova alberatura dei dati e delle informazioni ulteriori rispetto a quelle accessibili tramite la Banca dati nazionale, in conformità agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 36/2023, così come rappresentati nelle richiamate delibere ANAC nn. 267 e 601/2023;
- sono state oscurate le altre voci presenti nella sottosezione bandi di gara e contratti, a eccezione dei dati che devono essere conservati ai sensi dell'art. 28 D.lgs. n. 36/2023, ovvero:

- (a) composizione della commissione giudicatrice e *curricula* dei componenti;
- (b) resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.

Obblighi di trasparenza in materia di interventi finanziati con fondi PNRR

Con specifico riferimento agli interventi finanziati dal PNRR, nell'ottica di garantire adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto, i destinatari dei finanziamenti sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità, diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate "destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico".

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione.

L'Ente Ospedaliero – in aderenza alle indicazioni complessivamente contenute in parte *qua* nel PNA 2022 e con l'obiettivo di consentire una vigilanza "pubblica" sulla corretta gestione dei fondi erogati e sulla appropriata realizzazione delle azioni programmate - ha strutturato all'interno del proprio sito web, Sezione Amministrazione Trasparente, la voce denominata "Progetti PNRR", in cui sono indicati gli interventi programmati, articolati per Missione, componente e tipologia, con immediata accessibilità ai provvedimenti/atti dirigenziali che li prevedono.

Dalla suddetta sezione del sito, è altresì possibile accedere direttamente ai siti istituzionali ITALIADOMANI e MEF - Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Nel 2025 l'Ente opererà al fine di implementare ulteriormente le misure di trasparenza dei processi inerenti gli interventi finanziati dal PNRR, introducendo modalità rappresentative dello stato di avanzamento degli interventi stessi.

In particolare, anche sulla base di approfondimenti effettuati nell'ambito del Gruppo regionale degli RPCT delle Aziende ed Enti del SSR, si è convenuto di richiedere alle Strutture che gestiscono interventi PNRR di compilare delle schede riepilogative per ciascuno di essi, nelle quali indicare alcune informazioni essenziali, quali: oggetto dell'intervento, localizzazione, importo complessivo, stato di avanzamento dei pagamenti, termine di ultimazione, costi sostenuti e costi ritenuti ammissibili dal soggetto attuatore.

Con particolare riferimento all'istituto dell'**accesso civico**, l'Ente Ospedaliero assicura il pieno esercizio del diritto di accedere (accesso civico semplice) a tutti i dati e documenti per i quali la normativa prevede l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Tale richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione e deve essere presentata al responsabile della trasparenza dell'Ente secondo quanto stabilito nell'art. 5 del D. Lgs. n. 33/2013 (e ss.mm.ii.). Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso spese nei casi previsti,

L'Ente garantisce inoltre il diritto di accesso ai dati e ai documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (accesso civico generalizzato), nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 (e ss.mm.ii.).

A tal fine l'Ente Ospedaliero con provvedimento n. 40 del 18.1.2018 ha adottato le specifiche disposizioni per l'esercizio dell'accesso civico, semplice e generalizzato, nonché dell'accesso documentale.

Il provvedimento è corredato da apposita modulistica (aggiornata dapprima con il Provvedimento n. 172/2022 e in ultimo con il provvedimento n. 468/2024), fruibile da chiunque ne abbia interesse mediante accesso al sito web nella sezione “Amministrazione Trasparente” in “Altri contenuti-accesso civico”.

Nella medesima sezione del sito è stato creato e pubblicato il “Registro degli accessi” liberamente consultabile da chiunque ne abbia interesse.



SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 Linee strategiche

L'Ente intende puntare particolarmente sulle competenze professionali, sugli aspetti etici, sulla fidelizzazione del personale, la gestione dei processi anche tramite un adeguato riconoscimento economico compatibile con le normative vigenti.

Nell'ambito dello sviluppo del capitale umano il reclutamento dei professionisti sarà, ovviamente, adeguato agli sviluppi specialistici e strategici previsti.

3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)

Nel 2023 è stata attuata una revisione dell'assetto organizzativo dell'Ente, con decorrenza dal 01/01/2024, che ha comportato la ridefinizione di alcuni Dipartimenti di area sanitaria e di molte strutture dell'Ente.

Nel corso dell'anno 2024 l'Ente ha effettuato ulteriori variazioni al proprio assetto organizzativo ed in ultimo ha riapprovato l'organigramma con provvedimento n. 777/2024.

Tale processo, in particolare, ha avuto la finalità di accorpare alcuni Dipartimenti e ridurre il numero complessivo delle Strutture Complesse, sia di area sanitaria che dell'area professionale tecnico amministrativo (PTA).

L'organigramma è consultabile sul sito istituzionale dell'Ente¹¹.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA

L'E.O. Ospedali Galliera ha promosso il Lavoro Agile quale strumento di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo in modo da favorire la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti. Il Piano del Lavoro Agile (POLA) ed il relativo disciplinare, contenuto nell'allegato 6 contiene la declinazione di tale organizzazione.

Il lavoro agile è diventato una modalità ormai ordinaria di svolgere la prestazione lavorativa, attraverso il ricorso a diverse modalità di organizzazione, giungendo altresì a comprenderne la potenzialità anche nella vita personale del dipendente.

3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2025/2027)

Il Programma triennale di sviluppo del lavoro agile si inserisce in un processo più ampio di riorganizzazione intrapreso nel 2019 per rispondere ad esigenze di adeguamento alla normativa introdotta con l'emergenza sanitaria.

¹¹ <https://www.galliera.it/lospedale/organizzazione/organigramma>

Il presente POLA (Allegato 6) rappresenta infatti per l'Ente anche l'occasione per razionalizzare le diverse misure intraprese, nonché eventualmente per individuarne ulteriori attraverso apposite indagini e valutazioni.

Alla luce di quanto sopra esposto per il triennio 2025/2027 si intende consolidare quanto già in essere rendendo il lavoro agile una modalità sempre più fruibile da parte dei dipendenti.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

L'allegato 7 contiene il Piano dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2025/2027 che rappresenta parte integrante di questo documento.

3.4 Formazione del personale

L'Ente vede nella formazione uno strumento utile per mantenere e sviluppare, riqualificare le conoscenze, le abilità e le informazioni possedute dal personale.

3.4.1 Formazione del personale: linee strategiche

Il Piano Formativo Aziendale (PFA), riportato nell'allegato 8, prevede la formazione obbligatoria (sia organizzata dall'Ente stesso che da soggetti terzi) per i dipendenti sia appartenenti al ruolo sanitario che ai ruoli tecnici e amministrativi in coerenza con il budget assegnato. Il predetto PFA è stato elaborato previa disamina dei fabbisogni formativi espressi dalle singole strutture dell'Ente.

3.4.2 Obiettivi della formazione

Gli obiettivi della formazione sono finalizzati allo sviluppo e accrescimento delle conoscenze specifiche nei vari ambiti ove il dipendente è impiegato.

3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2025/2027

L'offerta formativa prevista nel Piano prevede il ricorso alle diverse metodologie previste in ambito formativo: formazione residenziale, formazione a distanza (FAD) e mista.

Il ricorso alla formazione sul campo (FSC) è prevista per particolari eventi caratterizzati dalla necessità di apprendimento di tecniche operative da gestire a livello individuale o a piccoli gruppi.

La Formazione a distanza (FAD) è prevista per eventi destinati a coinvolgere un elevato numero di partecipanti o per agevolare la partecipazione dei dipendenti in ragione della flessibilità dello strumento.

Alcuni interventi sono pensati su scala pluriennale per favorire un continuo e costante aggiornamento su determinati argomenti.

Ogni anno la Direzione Aziendale assegna un budget alla Formazione per le attività formative da realizzare.

Nell'ambito del budget assegnato sarà data priorità all'attivazione di eventi formativi previsti da specifiche disposizioni normative.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore Pubblico” e “Performance” avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la “Sezione Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Il ciclo della performance dell'E.O. Ospedali Galliera è regolato dal disciplinare “Sistema di Valutazione e Misurazione delle Performance” adottato nel 2024 con delibera n. 16 del 20 settembre e aggiornato annualmente secondo quanto previsto dall'articolo 7 del d.lgs. 150 del 2009. All'interno del documento è previsto il monitoraggio costante degli obiettivi di budget delle strutture. Questi sono in gran parte declinazioni dirette dagli obiettivi di performance previsti dal PIAO. Il monitoraggio organico degli obiettivi di performance previsti nel paragrafo 2.2.2 del PIAO è presentato al Cda e all'OIV nei mesi di ottobre o novembre.

Il monitoraggio degli obiettivi avviene attraverso il calcolo degli indicatori quantitativi, ove previsti, o dalla raccolta della documentazione da parte delle strutture referenti di ogni singolo obiettivo supportate dal Controllo di Gestione.

Eguale procedura viene eseguita per l'elaborazione delle documentazioni a supporto della “Relazione sulla performance” la cui istruttoria avviene parallelamente e la cui approvazione segue immediatamente quella del provvedimento “Consuntivo del Piano attuativo – Budget”. Le risultanze di monitoraggi e consuntivazioni degli obiettivi di performance vengono valutate e validate dal Nucleo di Valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 14 del d.lgs. 150/2009 e a loro volta recepiti da delibera del Consiglio di amministrazione ai fini della valutazione degli “obiettivi del management” precedentemente assegnati ai vertici direttivi aziendali.

Nel corso del 2024 l'Ente ha completato l'iter finalizzato a legare la performance dell'ospedale a quella individuale in virtù del quale una parte degli indicatori degli obiettivi della performance individuale discende direttamente dagli obiettivi previsti a livello aziendale. Il percorso era iniziato nel 2022 con la predisposizione di questo metodo per la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, successivamente è stato esteso agli altri profili nel corso del 2023 e nel 2024 ha trovato piena attuazione con la valutazione delle performance che ha contribuito al calcolo e all'erogazione delle premialità relative ai risultati di gestione dell'anno precedente.

ALLEGATI

Allegato 1 - Piano Triennale di razionalizzazione delle dotazioni strumentali

Allegato 2 - Piano triennale delle azioni positive – PTAP

Allegato 3 - Registro del rischio

Allegato 4 - Misure generali di prevenzione

Allegato 5 - Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 6 - Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA

Allegato 7 - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Allegato 8 - Piano formativo aziendale

Allegato 9 - Progetti e tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano

ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- AgID: Agenzia per l'Italia Digitale
- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione
- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- C4C: Collaboration for care
- CAD: Codice dell'Amministrazione Digitale
- CDA2: Clinical Document Architecture release 2
- CIE: Carta di Identità Elettronica
- COT: Centrali Operative Territoriali
- CSE: Cellule Staminali Ematopoietiche
- CUP: Centro Unico di Prenotazione
- DEF: Documento di Economia e Finanza
- DGR: Delibera Giunta Regionale
- DDD: Defined Daily Dose (Dose Giornaliera Definita) – dose media giornaliera di un farmaco
- DIA: Direzione Investigativa Antimafia
- DIAR: Dipartimenti Interaziendali Regionali
- DICOM: Digital Imaging and Communications in Medicine
- ECM: Educazione continua in medicina
- EO: Ente Ospedaliero
- ESG: Environmental, Social and Governance
- ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
- FAD: Formazione a Distanza
- FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
- FSN: Fondo Sanitario Nazionale
- GDPR: General Data Protection Regulation
- HLA: Human Leukocyte Antigens
- IAM: Identity Access Manager)
- ICM: Indice di Case Mix dei ricoveri rilevato dalle SDO
- IBMDR: Italian Bone Marrow Donor Registry
- IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- ISO: International Organization for Standardization
- ISTAT: Istituto nazionale di statistica
- LEA: Livelli Essenziali Assistenza
- NGS: Next Generation Sequencing
- NIS: Network and Information Security
- OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
- PAC: Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci
- PACS: Picture Archiving and Communication System
- PFA: Piano Formativo Aziendale
- PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- PIL: Prodotto Interno Lordo
- PNA: Piano Nazionale Anticorruzione
- PNGLA: Piano Nazionale di Gestione delle Liste d'Attesa
- PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- POLA: Piano Organizzativo del Lavoro Agile
- PTA: Professionale Tecnico Amministrativo
- PTAP: Piano Triennale delle Azioni Positive
- PTPCT: Piano di Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
- RPCT: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- SEC: Sistema Europeo dei Conti economici integrati
- SPID: Sistema Pubblico di Identità Digitale.
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale
- SSR: Servizio Sanitario Regionale
- TAC: Tomografia Assiale Computerizzata
- UE: Unione Europea
- Wood: Web repository per un Ospedale Orientato al Digitale