

PIAO 2022/2024



Sommario

PREMESSA	2
Introduzione	2
Come leggere il PIAO	2
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	3
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	3
2.1 Valore pubblico	3
2.1.1 Valore Pubblico: definizione	3
2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3
2.1.3 Indicatori di Valore Pubblico.....	4
2.2 Obiettivi strategici e di performance	5
2.2.1 Obiettivi strategici	5
2.2.2 Obiettivi di performance	6
2.2.3 Semplificazione	10
2.2.4 Digitalizzazione	10
2.2.5 Accessibilità fisica	11
2.2.6 Accessibilità digitale.....	11
2.2.7 Pari opportunità ed equilibrio di genere	12
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	12
2.3.1. Analisi del contesto esterno e interno.....	12
2.3.1.1. Contesto di riferimento geo-demografico	12
2.3.1.2. Contesto in Regione Liguria	14
2.3.1.3. Il Galliera all'epoca del Covid.....	16
2.3.2 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio	23
2.3.2.1. La mappatura processi.....	23
2.3.2.2. Registro del rischio	24
2.3.2.3. L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	24
2.3.3 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	27
2.3.3.1. Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio	27
2.3.3.2. Monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.....	29
2.3.4 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico	29
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	32
3.1 Struttura organizzativa	32
3.1.1 Linee strategiche.....	32
3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)	32
3.2 Organizzazione del lavoro agile	33
3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA	33
3.2.2 Lavoro a distanza	33
3.2.3 Linee strategiche.....	33
3.2.4 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2022/2024).....	33
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	34
3.4 Formazione del personale	34
3.4.1 La formazione delle risorse umane.....	34
3.4.1 Linee strategiche.....	34
3.4.2 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa	34
3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2022/2024.....	34
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	35
SVILUPPI E TENDENZE EVOLUTIVE	35
Legenda acronimi	36

PREMESSA

Introduzione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento unico di programmazione e governance che sostituirà una serie di atti e documenti che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre. È stato introdotto all'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 PIAO confluiscono:

- Il Piano Strategico 2022-2024;
- Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Il Piano Formazione Aziendale è disponibile al link: <https://www.galliera.it/20/56/461/145/piano-formativo-aziendale>
- Piano Anticorruzione e Trasparenza;
- Piano Triennale del Personale;
- Piano triennale 2022-2024 di razionalizzazione dotazioni strumentali, autovetture di servizio e beni immobili ai sensi dell'art. 2, commi 594 e 595 della l. 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008).

Nella Figura 1 riportata in calce, ben si comprende il cosiddetto effetto Matrioska generato dal PIAO. In questa prima edizione del documento infatti confluiscono i documenti sopracitati.

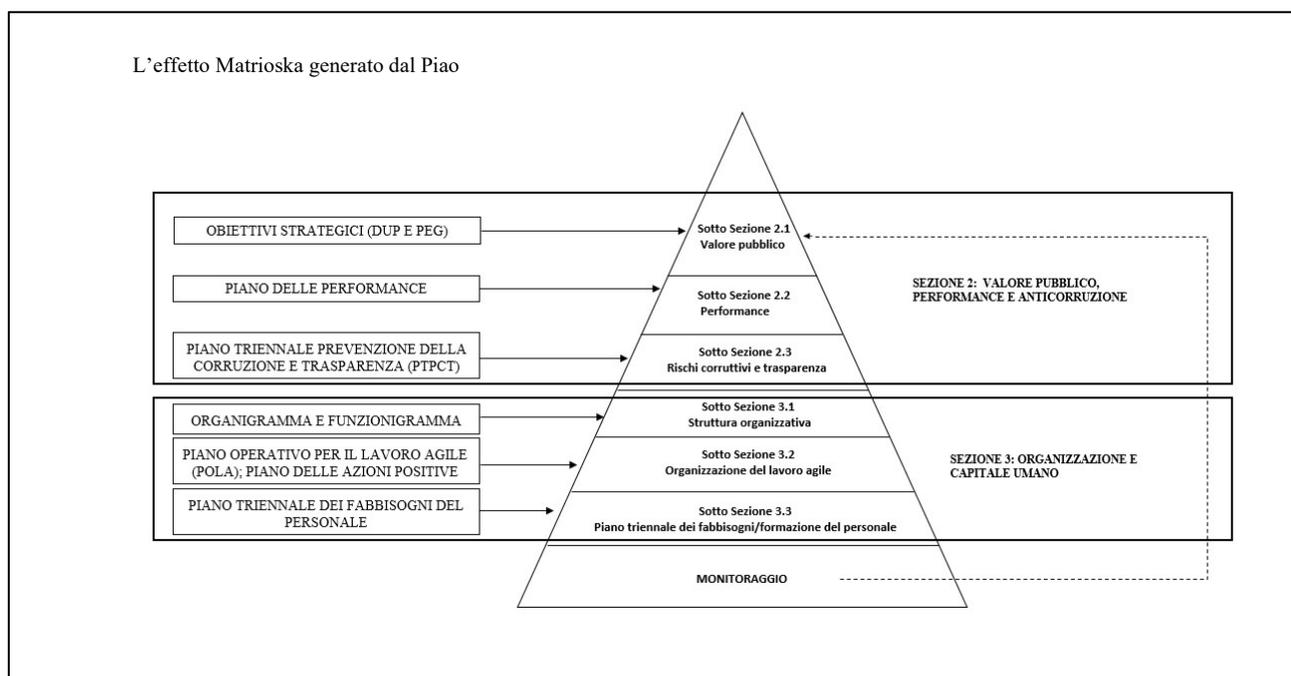


Figura 1: Effetto Matrioska del PIAO (tratta dal seguente link <https://ntplusentilocaliedilizia.ilsole24ore.com/art/speciale-PIAO-centro-programmazione-l-obiettivo-valore-pubblico-AEiRwqbB?uuiid=speciale-PIAO-centro-programmazione-l-obiettivo-valore-pubblico-AEiRwqbB>)

Come leggere il PIAO

Il PIAO è stato redatto secondo le linee guida fornite da Alisa con lo scopo di fornire un documento che possa essere il più omogeneo possibile per tutti gli Enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) ligure. Obiettivo del documento è quello di poter fornire a tutti gli stakeholder un unico documento strategico e di pianificazione dell'attività che sia contemporaneamente anche fruibile e facilmente consultabile. Questa è la prima versione e si è in attesa di maggiori indicazioni nazionali a riguardo. Va quindi interpretato come un primo sforzo da parte di codesto Ente in questa direzione.

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

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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, Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione (D.P.C.M. 14 luglio 1995) deve le sue origini alla deve le sue origini alla munificenza della Marchesa Maria Brignole Sale, Duchessa di Galliera, che lo ha edificato tra il 1877 ed il 1888. 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, più recentemente, al D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Maggiori informazioni sono disponibili al seguente link: <https://www.galliera.it/907/1>.

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 miglioramento del livello di benessere degli utenti e degli stakeholders di una Pubblica Amministrazione (PA), a seguito del buon esito di una politica o di un servizio» (Deidda Gagliardo, 2012).

Nella prospettiva del PIAO, si genera Valore Pubblico pianificando strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi specifici (e relative performance di efficacia e di efficienza) in modo funzionale al valore pianificato. A riguardo, già con il Dlgs 150/2009 si introduceva nella Pa il concetto di "performance" concepita come funzionale al miglioramento della qualità dei servizi ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni dell'utenza dovendo essere rendicontata non solo contabilmente (accountability) e nel rispetto delle prime condizioni di trasparenza i cui contenuti erano stati affidati inizialmente alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Civit) poi assorbita dall' Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) dal 2014 (DI 90/2014 convertito dalla legge 114/2014).

2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il documento che il governo italiano ha predisposto per illustrare alla commissione europea come il nostro paese intenda investire i fondi che arriveranno nell'ambito del programma Next generation Eu.

Nello specifico l'E.O. Ospedali Galliera è interessato dai progetti inerenti:

- la Telemedicina (Vedasi "M6 C1 - 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 infatti



- in essere diversi progetti tra cui la teledermatologia, la gestione del paziente oncologico tramite app e l'implementazione di ulteriori servizi tramite telemedicina;
- la digitalizzazione e l'ammodernamento del parco tecnologico (Vedasi "M6 C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione), 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)" del PNRR). L'Ente ha in programma diversi investimenti in tale senso.
 - lo sviluppo di competenze del proprio personale (Vedasi "2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" del PNRR). Su questo punto l'Ente crede molto e punta sia sulla formazione del proprio personale che sulla creazione di una Scuola che permetterà di tramandare le conoscenze e le competenze, sanitarie e manageriali, ed i valori posseduti dai professionisti dell'Ente.

2.1.3 Indicatori di Valore Pubblico

Nella Tabella 1 sono riportati gli indicatori del Valore Pubblico individuati dall'E.O. Ospedali Galliera.

Tale tabella contiene i seguenti campi:

- **INDICATORE:** è la sintesi di ciò che si desidera misurare;
- **DESCRIZIONE:** è la descrizione di ciò che si misura;
- **UNITA' DI MISURA:** l'unità di misura con cui è espresso l'indicatore;
- **FONTE:** il database da cui vengono estratti i dati;
- **BASELINE 2021:** valore di partenza indicatore del 2021;
- **TARGET 22-24:** trend indicatore che si intende raggiungere tra il 2022 e il 2024. In altri termini se è espresso "aumento" significa che l'E.O. Ospedali Galliera intende aumentare il valore della baseline 2021.

Si evidenzia inoltre che, il conseguimento di tali target, è anche funzione del contesto esterno (i.e. proseguo Covid-19, etc.).

INDICATORE	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	FONTE	BASELINE 2021	TARGET 22-24
Appropriatezza delle cure (nota di ALISA prot. gen. n.35053 del 06/12/2021)	Numero di agende chiuse per le prestazioni oggetto di monitoraggio con priorità B (10 gg) e D (30-60 gg) su aziende ospedaliere	Numero	Data warehouse regionale	0*	Mantenimento
	% ricoveri fuori soglia per i DRG > 2 giorni in soggetti over 65 (valutato anche per il sistema territoriale) esclusi i ricoveri COVID-19	%	Data warehouse aziendale/regionale	7,67%	Diminuzione
	tagli cesarei/tot parti (Min.Sal.)	%	Data warehouse aziendale/regionale	24,90%	Diminuzione
	degenza media area medica, STD per DRG, troncata a SX per ricoveri inferiori ai 2 giorni	Giorni	Data warehouse aziendale/regionale	10,752	Mantenimento a parità di complessità di ricoveri
Appropriatezza delle cure (Livelli Essenziali di Assistenza (LEA))	% pazienti (età > 65) con diagnosi di frattura del collo di femore operati entro i 2 giorni in regime ordinario	%	Data warehouse aziendale/regionale	61,27%	Mantenimento Obiettivo >60%
Gestione dei percorsi e produzione (nota di ALISA prot. gen. n.35053 del 06/12/2021)	area emergenza, passaggio triage a 5 colori e revisione dell'appropriatezza dei ricoveri (benchmark nazionale)	eseguito/non eseguito	Data warehouse aziendale/regionale	Obiettivo attivazione nel 2022	Attivazione
	predisposizione del cruscotto regionale in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili nelle diverse fasi dall'accesso al Pronto Soccorso alla dimissione dai reparti su cui insistono questi ultimi - cruscotto analitico	eseguito/non eseguito	Data warehouse regionale	Obiettivo attivazione nel 2022	Attivazione
	implementazione di almeno 2 ulteriori percorsi Fast-Track oltre a ginecologia/ostetricia e pediatria (adeguata procedura come da linee di indirizzo regionali previste per il 2022)	eseguito/non eseguito	Data warehouse aziendali	Fast track attivi nel 2021: 7	Aumento
	raggiungimento della produzione del 2019 + erogazione prevista per progetto Restart 2022 (fondi Restart in house 2021 x 4)	€	Data warehouse aziendale/regionale	Produzione IV trimestre 2021: Degenze oggetto di restart totale € 258.272, obiettivo Restart Regione Liguria dichiarato € 358.446 Ambulatoriale IV trimestre Obiettivo di produzione ambulatoriale dichiarata compreso Restart anno 2021 € 1.628.761, consuntivo ambulatoriale IV trimestre 2021 oggetto di restart € 1.517.114.**	Aumento
Piano di preparedness ospedaliero di cui alle note di ALISA prot. gen. n.30005 del 03/11/2021 e n.34035 del 25/11/2021	Adempimento di quanto indicato in Delibera	Rispetto posti letto indicati da Alisa	Data warehouse aziendale/ Direzione Sanitaria	100%	Attuazione
IBMDR	Numero di trapianti da donatore non familiare resi possibili per tutti i pazienti italiani e internazionali	Numero	Statistiche IBMDR e centro nazionale trapianti (Istituto Superiore Sanità)	932	Aumento
Nuovo ospedale	•Liberazione area di sedime •Aggiudicazione appalto per la costruzione del Nuovo Galliera •Progettazione esecutiva	eseguito/non eseguito	Atti aziendali	Approvazione Progetto in Conferenza dei Servizi e Pubblicazione Bando di Gara	Attuazione
Incremento offerta chirurgica	Ampliamento offerta chirurgica: - Ortopedia: 700 protesi/anno presso Ospedale di Rapallo e circa 300 protesi/anno al Galliera	Numero	Data warehouse aziendali	dato Rapallo: 15 eseguite dal Galliera a Rapallo e 58 eseguite dalla ASL a Rapallo; 202 al Galliera.	Aumento
	Ampliamento offerta chirurgica: - Urologia: definizione progetto ampliamento attività chirurgica	Definizione progetto	Data warehouse aziendali	Non presente	Progetto e avvio attività

*Tutte le agende sono rimaste aperte. Sono rimaste escluse solo:
-32 codici di prestazione non sono stati erogati durante l'anno per un periodo compreso tra 2 e 7 giorni.
-24 codici di prestazione non sono stati erogati durante l'anno per un periodo superiore a 7 giorni.

**Il 3.11.21 è stato comunicato il Piano di Preparedness da parte di Alisa con conseguente impatto sulla produzione.

Tabella 1: Indicatori Valore Pubblico E.O. Ospedali Galliera

2.2 Obiettivi strategici e di performance

2.2.1 Obiettivi strategici

I criteri e i principi ispiratori dell'Ente potranno trovare adeguata attuazione, nell'ambito del moderno concetto di Sanità, attraverso l'individuazione nel periodo considerato di alcuni obiettivi fondamentali sottoposti a verifica di periodica attuazione attraverso il monitoraggio del Piano Strategico:

- La gestione del periodo pandemico, e post pandemico, da virus SARS-COV-2 e la necessità a mantenere attiva l'organizzazione atta a curare la malattia COVID-19 che ne è derivata;

- La rimodulazione, in corso d'esercizio del 2022, dei servizi, nell'ipotesi di trasformazione della pandemia in endemia, con l'obiettivo di ri-orientare l'offerta dei servizi a quella effettuata nell'esercizio 2019, maggiorata di un volume di prestazioni pari ad € 2,3 milioni (Restart);
- La modulazione di un piano investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche coerente con la mission dell'Ospedale;
- Avvio della costruzione dell'Ospedale Nuovo e costante incremento di processi e progetti di umanizzazione e sviluppo di competenze professionali;
- Completamento del modello organizzativo per intensità di cura, con l'obiettivo di diventare un punto di riferimento regionale per la gestione dell'invecchiamento e della fragilità mantenendo e potenziando le aree di alta specializzazione che caratterizzano l'ospedale;
- Acquisizione dello status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): obiettivo che permane a livello strategico e compatibilmente con la revisione del quadro normativo nazionale attualmente in evoluzione con lo sviluppo di attività di ricerca connesse;
- La gestione dell'esercizio con riduzione continua dei costi compatibilmente con i processi sopra descritti rispettando il Piano Economico Finanziario del Nuovo Ospedale;
- Miglioramento continuo dell'attività di comunicazione;
- Potenziamento della telemedicina comprensiva degli adeguamenti degli strumenti informatici necessari, anche volta ad una maggiore integrazione con il territorio.

2.2.2 Obiettivi di performance

L'E.O. Ospedali Galliera declina ogni anno gli obiettivi presenti nel Piano Strategico triennale, a scivolamento, nel Piano delle Performance. Anche quest'anno è stata svolta tale attività, in continuità con i Piani Strategici dei precedenti anni. La

Tabella 2 riporta il Piano Triennale della Performance. Da questi ultimi discendono poi gli indicatori del Piano Attuativo o di budget.

OBIETTIVO (Referente)	INDICATORI	2022	2023	2024
Mantenimento solide basi economiche (Direzione Amministrativa)	Rispetto Pareggio di bilancio	Contenimento dei costi e razionalizzazione compatibile con i processi di gestione dell'Ente		
Progetto Ospedale Nuovo (S.C. RUP - Nuovo Galliera)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione bando europeo per Appalto Integrato • Liberazione area di sedime • Progettazione esecutiva 	•Avvio lavori	•Avanzamento lavori
Master plan per l'Ospedale Nuovo (S.C. RUP)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione digitale della gara per Appalto Integrato Nuovo Galliera • Approvazione progetto esecutivo presentato dal Soggetto Appaltatore 	•Monitoraggio dell'avanzamento lavori "con" verifica stato avanzamento lavori rispetto a quanto stabilito all'art. 7 punto 2) del disciplinare di gara che, stabilisce i momenti di corresponsione degli anticipi riconoscibili all'appaltatore.	
BIM APPLICATION	Vedasi sezione "Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti"			
Nuovo modello organizzativo				
Intensità di cura (Direzione Sanitaria)	Rispetto cronoprogramma	•Rimodulazione e verifica organizzativa e funzionale del Livello 1	•Analisi delle modifiche organizzative realizzate e loro definizione alla luce della riorganizzazione prevista per il Nuovo Ospedale.	
Acquisire lo status di IRCCS connesso all'invecchiamento (Coordinatore Scientifico)	Rispetto cronoprogramma	Revisione programma del progetto	Da definire	
Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti				
BIM APPLICATION (S.C. RUP, S.C. Economale e Alberghiero (S.C. EA), S.C. ITIC)	Rispetto cronoprogramma	• Verrà implementata la progettazione esecutiva del nuovo ospedale in BIM	•Verrà predisposto un sistema di governo della manutenzione e gestione del nuovo ospedale che consisterà in un sistema di service immobiliare, integrato con la metodologia BIM.	
Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione (S.C. I.T.I.C. e Ufficio innovazione, sviluppo e applicazione lean)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Rispetto per il 2022 del Piano Investimenti 2022/2023 •Attività di migrazione Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero per S.C. Odontostomatologia •Cyber security: acquisto licenze Antiransomware e SIEM, SOC •Vulnerability assessment •Adeguamento del sistema di protocollo alle nuove regole tecniche AGID (Archiflow 10) ed adozione del nuovo titolare di classificazione regionale; •Servizio di richiesta e consegna delle cartelle cliniche in digitale mediante il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) 	<ul style="list-style-type: none"> •Rispetto per il 2023 del Piano Investimenti 2023/2024 •Inizio migrazione Sistema Contabile Amministrativo •Attività di migrazione Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero per le degenze •Aggiornamento secondo le norme AGID del protocollo •Vulnerability assessment 	<ul style="list-style-type: none"> •Monitoraggio Gestione Ricoveri e Farmaco Prescrizione del Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero e conclusione migrazione del Sistema Contabile Amministrativo •Rispetto per il 2024 del Piano Investimenti 2024/2025 •Vulnerability assessment
Sistema Lean (Ufficio innovazione, sviluppo e applicazione lean)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Corso Kaizen event per revisione percorso paziente oncologico in Pronto Soccorso •Attivazione di un corso lean neo-assunti con due edizioni 	<ul style="list-style-type: none"> •Attivazione di 1 Kaizen Event •Realizzazione LEAN Day 	•Consolidamento attività
Sviluppo dei Disease Management Team (DMT) (Ufficio Coordinatore Scientifico)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio e valutazione andamento • Valutazione nuove aree d'intervento 	Consolidamento attività	
Reti (DG)	Partecipazione a reti	<ul style="list-style-type: none"> • Reti interaziendali: partecipazione a Diar attivi e che verranno attivati e proseguo collaborazione con IIT; • Reti internazionali: partecipazione ad Horizon2020; • Reti sociali: consolidamento attività attualmente presenti. 		

OBIETTIVO (Referente)	INDICATORI	2022	2023	2024
Ricerca e implementazione tecnologica				
Ricerca (Ufficio Coordinatore Scientifico)	IFN	Valore di Impact Factor Normalizzato (IFN) annuale >= Media di IFN degli ultimi 3 anni e rilevazione con cadenza annuale		
Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera (Dip. Tecnico e S.C. I.T.I.C.)	Rispetto Piano degli investimenti attrezzature sanitarie e lavori	• Rispetto Piano degli investimenti attrezzature sanitarie e lavori		
Mini-invasività e tecnologie robotiche (S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica e S.C. Ortopedia delle Articolazioni)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Ampliamento utilizzo Chirurgia robotica addominale alla S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica e alla S.C. Ginecologia e Ostetricia •Consolidamento utilizzo piattaforma robotica per chirurgia protesica ginocchio e anca •Consolidamento navigazione e spinale •Acquisizione tecnologia per ernie del disco e tunnel carpal in endoscopia e inizio utilizzo. •Monitoraggio tempi di degenza post procedurali eseguite dalla S.C. Neurochirurgia con queste tecnologie • Istituzione Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare. 	<ul style="list-style-type: none"> •Consolidamento utilizzo Chirurgia robotica addominale •Ulteriore consolidamento e rafforzamento utilizzo chirurgia robotica e piattaforma robotica per chirurgia protesica ginocchio e anca • Ampliamento utilizzo tecnologia Hunova da parte della S.C. Ortopedia delle Articolazioni anche per quanto riguarda la chirurgia robotica; •Ampliamento criteri di inclusione fast track surgery per i pazienti della S.C. Ortopedia delle Articolazioni •Consolidamento e ampliamento dell'utilizzo dell'endoscopia nelle procedure complesse • Implementazione della attività di Neuromonitoraggio 	•Consolidamento attività
Genomica (S.C. Laboratorio di istocompatibilità e IBMDR)	1) Numero di test eseguiti in NGS 2) Percentuale di test di biologia molecolare in NGS eseguiti in automazione 3) Nuovi progetti di ricerca in genomica	<ul style="list-style-type: none"> •acquisizione (in service) di nuovo strumento di NGS per linea diagnostica e strumento NGS di back up per ricerca (gara in corso di allestimento) •Sviluppo linee di ricerca sul HLA e risposta all' infezione da COVID-19 •Laboratorio di ricerca: scrittura protocolli e modulazione indagini genetiche a seconda delle esigenze dei clinici •Consolidamento ricerca per correlazione tra la presenza di alcuni geni HLA e di altri marcatori immunogenetici (e infezione da SARS-CoV-2 insieme alla S.C. Malattie infettive dell'Ente e S.C. Neurologia e all'AIBT (Associazione Italiana Biologia dei trapianti) e Ospedale San Raffaele. 	<ul style="list-style-type: none"> •Possibile applicazione modello valutazione età biologica ad altri set di soggetti (individui affetti da HIV, paziente geriatrico, ecc.); •Disponibilità ad eseguire indagini genetiche per lo sviluppo di protocolli terapeutici personalizzati nel paziente adulto su richiesta dei clinici •Impiego di tecnologie di NGS che possano individuare alterazioni genotomiche per profilazione genomica per identificazione di terapia mirata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusione procedura di acquisizione nuova filiera (strumenti e kit) in NGS •Analisi dei dati relativi alle linee di ricerca linee di ricerca per correlazione tra la presenza di alcuni geni HLA e di altri marcatori immunogenetici e infezione da SARS-CoV-2 con AIBT (Associazione Italiana Biologia dei trapianti) e Ospedale San Raffaele •Estensione a tutt'Italia di "match at home" tipizzazione HLA dei potenziali donatori IBMDR tramite autoprelievo salivare da casa e valutazione idoneità in remoto (insieme a SIT dell'Ente) •Disponibilità ad eseguire indagini genetiche per lo sviluppo di protocolli terapeutici personalizzati nel paziente adulto su richiesta dei clinici •Impiego di tecnologie di NGS che possano individuare alterazioni genotomiche per profilazione genomica per identificazione di
Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano (Dip. to area delle cure geriatriche, Ortopediatria e riabilitazione)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Progetto 1: Implementazione dell'Indice di Fragilità Multidimensionale dell'Anziano all'interno della Cartella Informatizzata TABULA presso il Centro di riferimento regionale per i soggetti di età giovane-adulta portatori di sindrome di Down e nei due ambulatori di recente istituzione (2021) dedicati allo screening ed al trattamento della sarcopenia (come da PDTA presentati alla Direzione Sanitaria) e alla sindrome post covid-19 dell'anziano •Progetto 2: Implementazione della sezione multilingue (tedesco e spagnolo) del software per il calcolo MPI nell'ambito del programma MULTIPLAT_AGE •Progetto 3 (APPROGER): Prosecuzione del programma in S.C. Geriatria ed implementazione nella S.S.D. Cure Intermedie (se possibile una volta conclusa lo stato di emergenza pandemica) •Progetto 4 (WELLBASED): Progetto Horizon finanziato da UE. Prosecuzione delle attività come da cronoprogramma del progetto. •Progetto 5 (HUNOVA-cadute): Ri-programmazione della Fase 3 (di intervento) del progetto (interrotto per emergenza pandemia nel 2020 e nel 2021) •Progetto 6 (RO.SA): Ri-programmazione del reclutamento pazienti e valutazione iniziale risultati (interrotto per emergenza pandemia nel 2020 e nel 2021) •Progetto 7 (PRO-HOME e MULTIPLAT_AGE): Prosecuzione delle attività interne (PRO-HOME) e di coordinamento esterno (MULTIPLAT_AGE) come da cronoprogramma del progetto ministeriale •Progetto 8 (DanZarTe): Nuovo progetto (2021-2022). Svolgimento Fase2 del progetto •Progetto 9 (PRESTIGE): sviluppo del percorso di TELECONSULTO a distanza mediante impiego del TELE_MPI nell'ambito delle attività svolte presso gli ambulatori del CCDC, della sarcopenia, e della sindrome post-COVID •Progetto 10: implementazione del metodo di self-empowerment del programma EFFICHRONIC dei soggetti anziani affetti da sindrome post-COVID mediante l'impiego della tecnologia di valutazione multidimensionale TELE-MPI 	<ul style="list-style-type: none"> •Progetto 1: Implementazione dell'Indice di Fragilità Multidimensionale dell'Anziano all'interno della Cartella Informatizzata TABULA nelle altre Strutture extradipartimentali in funzione di specifici PDTA operativi identificati •Progetto 2: Sviluppo della sezione multilingue (olandese, portoghese e altre lingue a richiesta) del software per il calcolo MPI •Progetto 3: Prosecuzione del programma in S.C. e S.S.D. Dipartimento CUROGE (se possibile una volta conclusa lo stato di emergenza pandemica) •Progetto 4 (WELLBASED): Progetto Horizon finanziato da UE. Espletamento delle attività come descritte nel programma del progetto •Progetto 5 (HUNOVA cadute): Esecuzione della Fase 3 (di intervento) del progetto •Progetto 6 (RO.SA): Valutazione risultati e diffusione dati •Progetto 7 (PRO-HOME e MULTIPLAT_AGE): Prosecuzione delle attività interne (PRO-HOME) e di coordinamento esterno (MULTIPLAT_AGE) come da cronoprogramma Ministeriale •Progetto 8 (DanZarTe): Svolgimento del progetto come da cronoprogramma •Progetto 9 (PRESTIGE): prosecuzione del percorso di TELECONSULTO a distanza mediante impiego del TELE_MPI nell'ambito delle attività svolte presso gli ambulatori dipartimentali (CCDC, cure palliative, ambulatori per la sarcopenia e la sindrome post-COVID) •Progetto 10: implementazione del metodo di self-empowerment del programma EFFICHRONIC mediante l'impiego della tecnologia di valutazione multidimensionale TELE-MPI 	<ul style="list-style-type: none"> •Progetto 1: Implementazione dell'Indice di Fragilità Multidimensionale dell'Anziano in funzione di specifici PDTA operativi identificati •Progetto 2: Implementazione della sezione multilingue (olandese, portoghese e altre lingue a richiesta) del software per il calcolo MPI •Progetto 3: Prosecuzione del programma in S.C. e S.S.D. Dipartimento CUROGE (se possibile una volta conclusa lo stato di emergenza pandemica) •Progetto 4 (WELLBASED): Espletamento delle attività come descritte nel programma del progetto •Progetto 5 (HUNOVA cadute): Valutazione dei risultati ottenuti ed implementazione del programma clinico •Progetto 6 (RO.SA): Valutazione risultati e diffusione dati •Progetto 7 (PRO-HOME e MULTIPLAT_AGE): Prosecuzione delle attività interne (PRO-HOME) e di coordinamento esterno (MULTIPLAT_AGE) come da cronoprogramma Ministeriale •Progetto 8 (DanZarTe): Svolgimento del progetto come da cronoprogramma •Progetto 9 (PRESTIGE): prosecuzione del percorso di TELECONSULTO a distanza presso gli ambulatori dipartimentali (CCDC, cure palliative, ambulatori per la sarcopenia e la sindrome post-COVID) •Progetto 10: implementazione del metodo di self-empowerment del programma EFFICHRONIC mediante l'impiego della tecnologia di valutazione multidimensionale TELE-MPI

OBIETTIVO (Referente)	INDICATORI	2022	2023	2024
Governance				
Appropriatezza ed efficienza (Direzione Sanitaria e S.C. Controllo di Gestione)	VALORI OBIETTIVO	Con riferimento ai parametri di appropriatezza ed efficienza l'Ospedale nel prossimo triennio tornerà a misurarsi probabilmente con i seguenti indicatori o con le eventuali modifiche degli stessi che potranno derivare dallo scenario post pandemia: <ul style="list-style-type: none"> • Indicatori di esito: PNE • Nuovo Sistema di Garanzia (NSG, ex "griglia LEA"), MeS e ulteriori indicatori correlati a obiettivi o standard richiesti a livello regionale (Indirizzi operativi) • Costi standard prodotti dal N.I.San.. 		
Sistema qualità (S.C. Qualità e comunicazione e formazione)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento della revisione del SGQ dell'Ente: <ul style="list-style-type: none"> o Definire gli ambiti e le modalità di effettuare "l'analisi di contesto" e descriverne le modalità, secondo la prospettiva di azienda e di struttura, in un documento applicativo dell'Ente; o Applicare lo strumento di gestione prospettiva del rischio "FMEA di prodotto" nell'ambito dei contesti/processi prioritari identificati o Estensione del certificato ISO 9001:2015 al percorso "Macroarea amministrativa" 	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura e certificazione di un percorso (PDTA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura e certificazione di un percorso (PDTA).
Comunicazione (S.C. Qualità e comunicazione e formazione)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • NUOVO OSPEDALE - Sviluppo delle iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale • Realizzazione di una serie di eventi "L'arte di invecchiare" 	<ul style="list-style-type: none"> • NUOVO OSPEDALE - Sviluppo delle iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale • Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> • NUOVO OSPEDALE - Sviluppo delle iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale • Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini
La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti (DS)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione della check-list per la Sicurezza in sala operatoria. • Implementazione della procedura dedicate al passaggio delle consegne (hand-over) e delle Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 2, 6 e 16. • Monitoraggio delle procedure in essere e loro revisione ove necessario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguimento di tre obiettivi specifici per la sicurezza del paziente in sala operatoria (cfr. Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria – Mds). • Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 9, 10, 14. • Monitoraggio delle procedure in essere e loro revisione ove necessario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguimento ulteriori tre obiettivi specifici per la sicurezza del paziente in sala operatoria (cfr. Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria – Mds). • Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 17, 18, 19. • Monitoraggio delle procedure in essere e loro revisione ove necessario.
Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro (S.C. Prevenzione e protezione (S.C. SPP))	Rispetto cronoprogramma	Rispetto investimenti e attività: <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento del DVR (MAPO+REACH) <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza al Servizio Prevenzione e Protezione per nuovi provvedimenti legislativi in materia di igiene e sicurezza sul lavoro di nuova emanazione e assistenza nella gestione delle pratiche INAIL e per l'accesso ai finanziamenti (tasso di riduzione). • Mantenimento sistema di gestione antincendio. 		
Formazione (S.S.C. Formazione e S.C. ITIC)	Rispetto cronoprogramma	Implementazione informatica del Fascicolo Formativo del Dipendente (Geco)	Sviluppo del Fascicolo Formativo del Dipendente (Geco)	
Performance individuali (S.C. Gestione Risorse Umane)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione percorso finalizzato alla predisposizione di un nuovo modello di rilevazione delle performance individuali per il personale del Comparto, in coerenza con la normativa e le disposizioni contrattuali vigenti e attivazione percorso per implementazione modello di rilevazione delle performance individuali per il personale della dirigenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di un nuovo modello di rilevazione delle performance individuali per il personale della dirigenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica e messa a regime del modello di rilevazione delle performance individuali per il personale della dirigenza e applicazione nuovo modello di rilevazione performance individuale per il personale del Comparto.

OBIETTIVO (Referente)	INDICATORI	2022	2023	2024
Governance				
Privacy: Attività connesse all'applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Formazione continua ai dipendenti •Processo di audit interno di tutte le funzioni in materia di privacy •Prosecuzione degli audit sui responsabili esterni •Dematerializzazione delle procedure di consenso facoltativo in materia di privacy: ambulatori •Aggiornamento del Registro delle attività di trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> •Designazione Responsabile della protezione dei dati alla scadenza incarico •Revisione complessiva delle nomine interne a referente e persona autorizzata •Formazione continua ai dipendenti •Dematerializzazione delle procedure di consenso facoltativo in materia di privacy: degenze •Processo di audit interno di tutte le funzioni in materia di privacy •Prosecuzione degli audit sui responsabili esterni •Aggiornamento del Registro delle attività di trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> •Revisione complessiva delle nomine interne a referente e persona autorizzata •Formazione continua ai dipendenti •Dematerializzazione delle procedure di consenso facoltativo in materia di privacy: degenze •Processo di audit interno di tutte le funzioni in materia di privacy •Prosecuzione degli audit sui responsabili esterni •Aggiornamento del Registro delle attività di trattamento
Peculiarità del Nuovo Ospedale Galliera				
Umanizzazione (S.C. Qualità e comunicazione e formazione)	Rispetto cronoprogramma		<ul style="list-style-type: none"> •Formazione Social Media Policy (SMP) •Monitoraggio Social Media Policy (SMP) 	
Sviluppo della Carta Etica (S.C. Qualità e comunicazione e formazione)	Rispetto cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> •Avvio della formazione in "Etica Sanitaria" – sessione plenaria 	<ul style="list-style-type: none"> •Formazione in "Etica Sanitaria" – sessioni di settore •Analisi dei risultati della formazione 	<ul style="list-style-type: none"> •Formazione in "Etica Sanitaria" – sessioni di settore •Analisi dei risultati della formazione

Tabella 2: Piano Triennale delle Performance

2.2.3 Semplificazione

L'Ospedale sta proseguendo l'iter di semplificazione dei processi che sarà rafforzato dall'attività di Internal Auditing che verrà posta in essere. Nella fattispecie l'Allegato 1 contiene il "Piano Triennale 2022-2024 di razionalizzazione delle dotazioni strumentali, autovetture di servizio e beni immobili ai sensi dell'art. 2, commi 594 e 595 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008)".

2.2.4 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.

Il piano di sviluppo della documentazione digitale del triennio in corso prevede:

2022

1. gestione della terapia farmacologica in Pronto Soccorso e produzione del FUT (Foglio Unico della Terapia) con il dettaglio di tutte le prescrizioni e somministrazioni per ogni accesso
2. gestione della richiesta di cartella clinica e consegna digitale tramite SPID e Carta di Identità Elettronica (CIE).
3. migrazione dell'attuale sistema digitale di protocollo ad una versione conforme alle linee guida di protocollazione predisposte da AgID
4. avvio della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema aziendale (C4C)

5. arricchimento del FSE regionale con indicizzazione di tutti i referti ambulatoriali, adeguamento dell'alimentazione del fascicolo regionale a quanto previsto dal D. Lgs.34/2020 in materia di apertura automatica dei fascicoli sanitari, implementazione dei referti radiologici in formato CdA2
6. gestione digitale delle istanze dei dipendenti al fine del cambio delle coordinate bancarie

2023

1. migrazione al nuovo sistema contabile amministrativo
2. sostituzione della centrale telefonica a nuova tecnologia digitale
3. migrazione dell'attuale sistema digitale di protocollo ad una versione l'Ente si conforme alle linee guida di fascicolazione predisposte da AgID
4. migrazione del sistema dei Ricoveri al Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero con integrazione al repository clinico e gestione integrata del policy manager per le modalità di accesso interno agli operatori sanitari
5. migrazione della terapia farmacologica alla nuova procedura NGH attivata nel 2020 nel pronto soccorso
6. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni che Regione Liguria fornirà
7. prosecuzione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema C4C
8. avvio del processo di conversione della documentazione amministrativa attualmente gestita analogicamente con produzione digitale alla fonte col supporto di un consulente archivista
9. migrazione al nuovo sito aziendale
10. Sostituzione del data warehouse aziendale, superamento dei limiti tecnologici dell'attuale (emanager) attraverso l'implementazione di un nuovo database e l'utilizzo di un nuovo strumento di BI (BI4H). Implementazione dei restanti "data mart": Pronto Soccorso, Prestazioni, Magazzino, Consumo farmaci, Personale

2024

1. completamento della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema C4C
2. prosecuzione del processo di conversione della documentazione amministrativa attualmente gestita analogicamente con produzione digitale alla fonte col supporto di un consulente archivista
3. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni che Regione Liguria fornirà.

2.2.5 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. La pandemia ha previsto una diversa distribuzione degli accessi. L'EO Ospedali Galliera prevede inoltre di realizzare tra il 2022 e il 2023 un nuovo servizio igienico per il pubblico del secondo piano dei padiglioni A ed AS con specifica accessibilità ed attrezzature per le persone diversamente abili.

2.2.6 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'EO Ospedali Galliera ha previsto nel 2023 azioni che permettano di apportare migliorie in tal senso. Nello specifico:

- Lato personale dipendente dell'Ente: migrazione del sistema dei Ricoveri al Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero con integrazione al repository clinico e gestione integrata del policy manager per le modalità di accesso interno agli operatori sanitari. Quest'attività permette quindi una migliore accessibilità da parte dei dipendenti dell'Ente.
- Lato stakeholder e personale dipendente dell'Ente: migrazione al nuovo sito aziendale. Questa attività permetterà di avere un sito con informazioni maggiormente fruibili da parte del personale dipendente dell'Ente.

- Referti web e consegna immagini radiologiche mediante SPID e CIE.

2.2.7 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.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Al momento della redazione del presente Piano, l'Ente aveva già portato a compimento il processo di approvazione del Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza per il triennio 2022-2024 (d'ora in avanti PTPCT 2022-2024), in ottemperanza al dettato normativo e agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Conseguentemente, nella stesura della presente Sottosezione del PIAO, si è ritenuto di riportare solo alcune parti, rinviando per approfondimenti al PTPCT 2022-2024, tenuto anche conto della corrispondenza tra le tematiche oggetto dei due documenti.

Il PTPCT 2022 – 2024 è consultabile al link: <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-corruzione/2022/ptpct-2022-2024>

2.3.1. Analisi del contesto esterno e interno

2.3.1.1. Contesto di riferimento geo-demografico

Quello fotografato dall'ISTAT al primo gennaio 2021 è un paese sempre più anziano e con una popolazione sempre meno numerosa, dove si muore molto più di quanto non si nasca, e in cui il ricambio demografico si fa più difficile a causa delle dinamiche Covid e dei suoi effetti.

Al primo gennaio 2021 la popolazione italiana residente è 59.258.000 scesa di oltre 380 mila unità con un minimo di nascite e un massimo di decessi: 7 neonati e 13 decessi per mille abitanti. Al costante calo delle nascite, che porta il numero medio di figli per donna a 1,24, il dato più basso dal 2003, si associa l'aumento della mortalità negli over 50 e una riduzione della mobilità e dei trasferimenti di residenza.

Il saldo nascite-decessi riporta un valore negativo pari a 342 mila unità: le nascite sono state 404mila mentre le morti raggiungono il livello eccezionale di 746 mila. L'ISTAT rileva nel 2020, riguardo all'anno precedente, almeno 99mila morti in più rispetto a quelli attesi (si consideri che nei primi due mesi del 2020, i decessi sono stati 6.877 in meno del 2019). Di questi, 46 mila sarebbero decessi femminili e 53mila quelli maschili; le perdite "in eccesso" riguardano tutte la popolazione dai 50 anni in su, con una tendenza direttamente proporzionale all'avanzare dell'età.

Sul versante dei trasferimenti di residenza le iscrizioni dall'estero sono state 221mila e le cancellazioni 142mila; ne deriva un saldo migratorio con l'estero positivo per 79mila unità, il valore più basso degli anni 2000 e in grado di compensare solo in parte l'effetto negativo del pesante bilancio della dinamica naturale.

Secondo quanto riportato dal rapporto annuale "Health at a glance" di Oecd, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico che compara 37 Paesi in tutto il mondo, a causa del forte aumento della mortalità la speranza di vita alla nascita, senza distinzione di genere è scesa a 82 anni (ben 1,2 anni sotto il livello del 2019) rispetto a una riduzione media di 0,6 anni nei Paesi dell'Ocse. In pochi hanno dati peggiori dei nostri, solo Polonia e Lituania (-1,3), Spagna (-1,5) e Stati Uniti (-1,6). Per osservare un valore analogo occorre risalire al 2012. Gli uomini sono più penalizzati: la loro speranza di vita alla nascita scende a 79,7 anni, ossia 1,4 anni in meno dell'anno precedente, mentre per le donne si attesta a 84,4 anni, un anno di

sopravvivenza in meno. A 65 anni la speranza di vita scende a 19,9 anni (18,2 per gli uomini, 21,6 per le donne).¹

Ma è soprattutto il Nord a pagare il prezzo più alto: oltre che in Lombardia, gli uomini registrano riduzioni rilevanti anche in Piemonte (-1,7 anni), Valle d'Aosta (-1,7), Liguria (-1,6), Trentino-Alto Adige (-1,6) ed Emilia-Romagna (-1,5).

La mortalità per tutte le cause nel 2020 e nei primi sei mesi del 2021 è aumentata del 12,9% rispetto alla media 2015-2019. La pandemia inoltre ha causato forti ritardi nella cura e nei programmi di prevenzione, registrando un calo del 38% dello screening del cancro al seno nel 2020 rispetto al 2019. Una delle aree maggiormente è stata la salute mentale, su cui l'emergenza sanitaria ha avuto un impatto significativo. In Italia infatti la prevalenza della depressione è aumentata di tre volte al 17,3% all'inizio del 2020, rispetto all'anno precedente.

I nuovi nati in Italia dal 2014 sono in forte calo ma nel 2020, l'anno orribile della pandemia, si è arrivati a 404mila, ed il 2021 si chiuderà per la prima volta sotto la soglia del 400mila, un record purtroppo negativo, su cui ha sicuramente influito pesantemente la seconda ondata della pandemia di ottobre-novembre 2020.

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana è ancora più evidente nel confronto con i censimenti passati. Il numero di anziani per bambino passa da meno di 1 nel 1951 a 5 nel 2019 (era 3,8 nel 2011) e l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato, dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019 (148,7% nel 2001). In ambito europeo, l'Italia si mantiene al primo posto nella graduatoria decrescente per l'indice di vecchiaia e tra i primi sei Paesi per l'indice di dipendenza^{1 2}. Nella UE-28, infatti, quasi una persona su cinque ha 65 anni o più (19,4%): circa 100 milioni di persone ed il tasso di dipendenza è del 29,9%, pari a 3,3 persone in età lavorativa (15-64 anni) per una persona in pensione o comunque non attiva. In Italia, invece, questo indice è il più alto in assoluto ed è pari al 34,8% pari a 2,8 persone in età lavorativa per ogni anziano.

Solo la più giovane struttura per età della popolazione straniera rallenta il processo di invecchiamento della popolazione residente in Italia. L'età media degli stranieri è più bassa di 11,5 anni rispetto a quella degli italiani (34,7 anni contro 46,2 anni nel 2019). Anche il numero di persone che raggiungono l'età lavorativa è superiore rispetto a coloro che stanno per ritirarsi dal lavoro. A beneficiare della più giovane struttura per età degli stranieri sono soprattutto le due ripartizioni del Nord Italia dove si registrano i più bassi valori dell'età media e dell'indice di vecchiaia, nonché le percentuali più alte di bambini in età 0-4 anni (circa il 7%).

E l'Italia, insieme alla Spagna, è invece all'ultimo posto in Europa per fecondità. In Italia, il numero medio di figli per donna è pari a 1,27, valore sensibilmente inferiore alla soglia che garantirebbe il ricambio generazionale (circa 2,1 figli). L'età media della madre è di 31,9 anni, le più giovani risiedono nelle regioni del Mezzogiorno.

Il declino demografico dell'Italia, già prima dell'inizio della pandemia da Covid-19, era ormai un fenomeno evidente: dal 2014 al 2018 la popolazione è diminuita di 677mila persone, una perdita pari alla scomparsa di una città grande come Palermo – è stato determinato in particolare da due fattori entrambi correlati alla crisi

¹ Eurostat lo definisce “tasso di dipendenza degli anziani” ed è tradizionalmente considerato come un'indicazione del livello di supporto disponibile per le persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni, appunto) dalla popolazione in età lavorativa (persone di età compresa tra 15 e 64 anni).

² Questi due indicatori sono particolarmente importanti perché esprimono il cosiddetto “debito demografico” che un paese ha nei confronti delle generazioni future in termini di sanità, assistenza e previdenza.

economica: la diminuzione delle nascite e l'aumento degli espatri (le persone che hanno lasciato il Paese nel 2018 sono quasi 157mila, con un aumento di 2mila unità rispetto all'anno precedente).

In questo contesto socio-demografico all'inizio del 2020 l'epidemia di Covid-19 si è abbattuta come uno tsunami nel nostro Paese: al 31 dicembre 2020 la popolazione residente è risultata ridotta di quasi 384 mila unità rispetto all'inizio dell'anno, come se fosse sparita una città grande quanto Firenze.³

L'aumento della speranza di vita a partire dal 2000 è stato trainato principalmente da una sostanziale riduzione dei tassi di mortalità per cardiopatia ischemica e ictus, benché queste patologie fossero ancora le due principali cause di morte in Italia nel 2016. Il tumore al polmone e al colon-retto sono le cause più frequenti di morte per cancro, ma anche in questi casi i tassi di mortalità sono diminuiti di circa il 15% dal 2000.

Allo stesso tempo, in Italia i decessi associati al morbo di Alzheimer sono aumentati in modo notevole, benché l'incremento sia dovuto in larga misura ai miglioramenti nelle diagnosi e ai cambiamenti nelle pratiche di registrazione dei decessi.

Il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità degli ultimi vent'anni avevano contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni. Nel 2017, oltre un italiano su cinque aveva un'età pari o superiore a 65 anni, rispetto a un solo italiano su otto nel 1980. In base alle stime, la quota è destinata a salire sino a raggiungere una proporzione di uno a tre entro il 2050.

Uno dei problemi maggiori che dovrà affrontare il SSN è quello delle malattie croniche che colpiscono, ormai, il 40% della popolazione; analizzando le principali patologie croniche (ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo II, BPCO, asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei - con l'eccezione dei tumori tiroidei) emerge che, nel 2015, il 23,7% dei pazienti adulti presentava contemporaneamente due o più condizioni croniche tra quelle prima elencate con un trend in crescita (dal 21,9% nel 2011 al 23,7% nel 2015). Inoltre, nel 2015 il 72,1% delle persone con almeno 2 patologie croniche concomitanti risulta essere in politerapia farmacologica, ossia assume quotidianamente 5 o più farmaci differenti.⁴

I costi per la cura della cronicità sono destinati ad aumentare nei prossimi dieci anni, arrivando a toccare nel 2028 i 71 miliardi di euro. La stima è fornita dal rapporto dell'Osservatorio nazionale sulla sanità nelle regioni italiane. Ammonterebbe a 66,7 miliardi il costo attuale del trattamento delle cronicità, valore che, sulla base degli scenari demografici analizzati dall'Istat, crescerebbe sino a 70,7 miliardi nei prossimi dieci anni.

2.3.1.2. Contesto in Regione Liguria

Una delle maggiori criticità per la Liguria, sul piano dell'organizzazione del servizio sanitario regionale, deriva dall'elevata incidenza di patologie croniche correlate alla percentuale di popolazione anziana. La Liguria risulta essere infatti la regione più vecchia d'Italia (indice di vecchiaia di 262,4⁵), ben superiore alla media nazionale italiana (179,3) ed europea (127). Anche l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni), evidenzia che in Liguria nel 2020 vi sono teoricamente⁶ 65,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano, contro una media nazionale di 56,7 ed europea (UE-27) di 31,4.

³ È quanto rileva l'Istat nel report del 26/03/2021: "La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19-anno 2020".

⁴ Rapporto Osservasalute 2016

⁵ Rilevazione ISTAT al 1 Gennaio 2020

⁶ Non è considerato il tasso di disoccupazione in età lavorativa

Secondo le previsioni Eurostat una percentuale maggiore di quella ligure di anziani nei prossimi vent'anni si potrebbe riscontrare solo nella Germania settentrionale ma in uno scenario ben diverso sotto il profilo economico e dell'efficienza del welfare.

L'invecchiamento della popolazione, con il progressivo pensionamento della generazione dei baby boomer previsto a partire dai prossimi anni, provocherà sia una riduzione della forza lavoro e un aumento degli inattivi sia una crescente richiesta di cure mediche e di assistenza sanitaria a lungo termine per la maggior longevità degli anziani.

Allo stato attuale, la Liguria risulta tuttavia essere tra le regioni Italiane più "virtuose" nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza monitorati dai ministeri dell'Economia e della Salute. In particolare, nella classifica 2020, relativa ai dati 2019, la Regione si colloca con 206 punti al settimo posto, vicina alle performance delle Regioni più virtuose⁷. La buona performance regionale si conferma anche effettuando la valutazione usando gli indicatori previsti dalla nuova Griglia di valutazione dei Lea (Nuovo Sistema di Garanzia) che è stata applicata a livello sperimentale già ai dati del 2019 per entrare ufficialmente in vigore a partire dai dati del 2020⁸. Il nuovo sistema consente infatti di misurare in modo più puntuale le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza delle cure e delle prestazioni rientranti nei LEA e ricevute dai cittadini valutando in modo distinto le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) e attribuendo loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli.

Con particolare riferimento al tema della legalità, nella relazione semestrale della Direzione Investigativa antimafia (DIA), presentata dal Ministro dell'Interno al Parlamento nel mese di agosto 2021 è stato affrontato il tema delle infiltrazioni mafiose nel Nord Italia, ivi compresa la Liguria, ove si è assistito alla capillare infiltrazione ad opera della 'ndrangheta, con spiccata capacità delle cosche calabresi di connettersi con esponenti della cd. "area grigia", tra i quali figurano imprenditori, professionisti, funzionari pubblici e amministratori locali, che hanno acquisito un patrimonio relazionale e di competenze professionali indispensabile per realizzare i progetti illeciti, senza però abbandonare quando necessario il ricorso ad atti minatori o di violenza finalizzati a vincere le resistenze di chi volesse sottrarsi alle logiche criminali dei sodalizi egemoni.

Nella medesima relazione è stato, altresì, rilevato che il perdurare dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ha accentuato le conseguenze negative sul sistema sociale ed economico italiano originate dalle severe misure rese necessarie per contenere l'espandersi del contagio. Dalle difficoltà finanziarie delle imprese potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose. I sodalizi mafiosi infatti potrebbero utilizzare le ingenti risorse liquide illecitamente acquisite per "aiutare" privati e aziende in difficoltà al fine di rilevare o asservire le imprese in crisi finanziaria. Tale strategia mafiosa si rivelerebbe utile anche per il riciclaggio e per l'infiltrazione nei pubblici appalti.

Anche la relazione annuale presentata in Consiglio regionale in data 22 febbraio 2022 dalla VI Commissione Antimafia ha confermato come il fenomeno mafioso in Liguria sia radicato e pervasivo, con realtà consolidate in tutte le province, legate soprattutto a diversi locali 'ndranghetisti.

Le problematiche maggiormente segnalate sono state: la presenza della delinquenza organizzata e del malaffare nel settore degli appalti, nelle strutture turistico/alberghiere, con problemi relativi al fenomeno dell'usura, delle ecomafie e la forte presenza del traffico di stupefacenti nei porti liguri

⁷ Il livello minimo di "sufficienza" è fissato nel punteggio complessivo di 160. Solo 10 regioni superano i 200 punti con un massimo di 222 punti (Veneto)

⁸ Decreto 12 marzo 2019 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

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

Per tale motivo l'ANAC, già con il PNA aggiornamento 2015 e PNA 2016, ha dedicato alla sanità un apposito approfondimento con l'obiettivo di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, 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.

In tale contesto, occorre peraltro rilevare che nella nostra regione i reati contro la P.A. previsti dal Codice Penale – Dati consolidati di fonte SDI/SSD - Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, sono sotto la media nazionale e non risulta che vi siano nel sistema sanitario regionale infiltrazioni da parte di organizzazioni criminali.

Di particolare rilevanza appaiono invece l'effetto mediatico e il conseguente danno di immagine che ne deriva, provocati da fatti di cronaca riportati sulla stampa locale e nazionale che hanno riguardato negli anni passati alcune aziende sanitarie del nostro territorio in materia di pagamento del ticket, di gestione delle liste di attesa, svolgimento della libera professione, gestione dei cartellini attestante la presenza dei dipendenti in servizio e utilizzo improprio di beni aziendali.

Al fine di contrastare fenomeni di illiceità, occorre pertanto rivolgere particolare attenzione agli aspetti comportamentali i quali assumono per lo più effetti di natura amministrativa/disciplinare.

Questi settori di attività necessitano, quindi, di essere presidiati in maniera attenta mediante il potenziamento di efficaci misure di controllo e l'implementazione dell'attività di formazione specifica.

Un ruolo fondamentale infine è rivestito dagli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che sono chiamati a intervenire nel sistema di prevenzione della corruzione, 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.

2.3.1.3. Il Galliera all'epoca del Covid

a) La gestione del periodo pandemico, e post pandemico, dal virus SARS-COV-2 e la necessità a mantenere attiva l'organizzazione atta a curare la malattia COVID-19 che ne è derivata.

L'arrivo del Coronavirus agli inizi del 2020 ha reso da subito necessario mettere in campo azioni che, oltre alla cura della stessa malattia, limitassero la diffusione dell'infezione tra i pazienti stessi, gli operatori, gli accompagnatori.

Il Galliera riveste un ruolo fondamentale nella gestione dell'emergenza COVID-19 all'interno dell'area metropolitana, garantendo sia la disponibilità di posti letto dedicati ai malati nella fase acuta, sia apportando un contributo decisivo, nella successiva fase di rilancio, alla soddisfazione delle richieste di prestazioni rimase inevase.

La necessità di operare scelte organizzative e allocative, apportando misure innovative e strutturali relative a tutti gli ambiti che sono stati coinvolti dal punto di vista gestionale (reclutamento del personale, formazione delle risorse umane, ecc.) è stata oltremodo impegnativa da quando la malattia ha fatto il suo ingresso in ospedale, e continuerà ad esserlo anche nel momento in cui si potrà/dovrà gestire la stessa come una qualunque patologia.

La pandemia ha contribuito infatti a mettere ancor più in discussione il modello organizzativo a “reparti” verso quello a intensità di cura: il patrimonio di esperienza accumulato in questi due precedenti esercizi consentirà senz’altro all’Ente sia di meglio gestire la fase di emergenza che purtroppo, ad oggi, non può considerarsi cessata, sia la fase di ritorno alla “normalità”.

L’impatto sul nostro Ente della patologia da Covid 19 a partire da gennaio 2021, è sinteticamente di seguito raffigurata attraverso la rappresentazione del numero di assistiti e dei posti letto che sono stati trasformati, rappresentando con ciò in maniera immediata lo sforzo che si è prodotto per affrontare il periodo emergenziale. Si dirà anche delle risorse che la malattia ha assorbito nel 2021 e di quelle che sono state assorbite alla fine del primo trimestre del corrente anno.

L’impegno dell’Ente per fronteggiare la pandemia Covid 19, a partire dall’esercizio 2021, ha avuto due aree operative di maggiore coinvolgimento nell’area metropolitana: da un lato la disponibilità al ricovero di pazienti infetti, previa riconversione di diversi reparti, ed in continuità con quanto attuato nel 2020; dall’altro la campagna vaccinale, offerta sia ai dipendenti che alla popolazione generale:

1) Chiusura “posti letto istituzionali” ed apertura di “posti letto covid”

Le alterne vicende della diffusione pandemica, concretizzatasi nelle varie “ondate” epidemiche, hanno visto diverse e talora repentine variazioni dell’offerta di ppll con concomitante chiusura/riapertura di interi reparti. La riconversione di PPLL istituzionali in PPLL Covid non segue un rapporto 1:1 ma, per le diverse esigenze/impegno di personale, i PPLL Covid attivati sono stati normalmente inferiori a quelli istituzionali disattivati. Nei momenti di massima riconversione dei ppll ordinari in letti covid, previsti nell’ultimo piano di preparedness tra la fine del 2021 e l’inizio del 2022, pari ad oltre 129 letti (di media intensità), ne sono rimasti contestualmente disattivati più di 60.

Le varie fasi sono state operate in ottemperanza ai piani programmatici (“preparedness”) o delle dirette disposizioni di volta in volta impartite da AliSa.

Si rappresenta in dettaglio la tabella riepilogativa delle ricadute in capo all’Ente dal suddetto piano, cogente dal dicembre 2021 fino ad oggi.

Sinossi della progressiva offerta da garantire in Area Metropolitana Genovese

	Offerta garantita al 26/12/2021	Da attivare (Fase 3 AMG)	Al superamento di 230 ppll occupati in AMG	Al superamento di 352 ppll occupati in AMG	Ricoverati al 15.02	Tasso attuale
Galliera	100	100 → 129	129	129	106	
AMG	239	254/283	416	513/268	279	67% (denominatore 416 ppll)

Nel dettaglio, partendo dalla situazione al gennaio 2021, sono rappresentati di seguito i pazienti trattati per Covid (secondo area di intensità limitatamente al 2021) rispetto alle altre patologie:

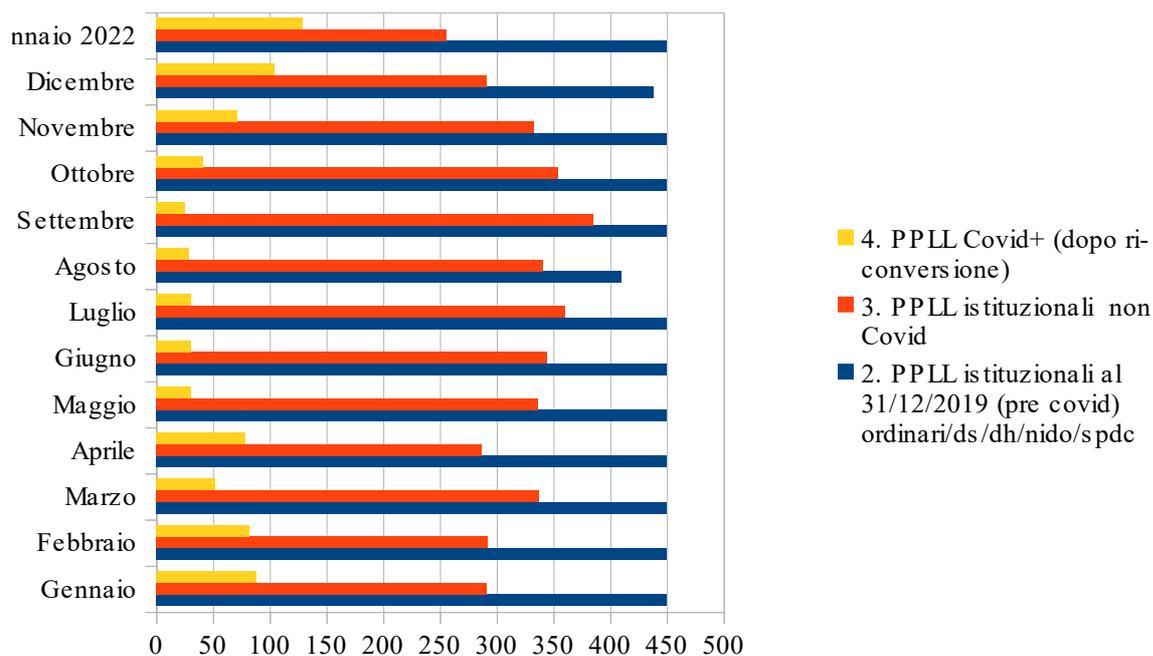
ANNO 2021 ricoveri Covid vs ricoveri non Covid (sia ordinario che DH/DS)

MESI	BASSA	MEDIA	ALTA	Totale complessivo
GENNAIO	1132	29	15	1176
COVID	120	28	1	149
ALTRI	1012	1	14	1027
FEBBRAIO	1396	25	13	1434
COVID	76	25		101
ALTRI	1320		13	1333
MARZO	1671	47	30	1748
COVID	110	46	6	162
ALTRI	1561	1	24	1586
APRILE	1446	42	23	1511
COVID	137	42	7	186
ALTRI	1309		16	1325
MAGGIO	1588	20	26	1634
COVID	83	14	4	101
ALTRI	1505	6	22	1533
GIUGNO	1545	18	24	1587
COVID	24		1	25
ALTRI	1521	18	23	1562
LUGLIO	1603	24	11	1638
COVID	22			22
ALTRI	1581	24	11	1616
AGOSTO	1338	26	9	1373
COVID	50	1	5	56
ALTRI	1288	25	4	1317
SETTEMBRE	1568	11	17	1596
COVID	62		3	65
ALTRI	1506	11	14	1531
OTTOBRE	2077	16	14	2107
COVID	42		1	43

ALTRI	2035	16	13	2064
NOVEMBRE	2087	20	17	2124
COVID	80			80
ALTRI	2007	20	17	2044
DICEMBRE	1476	16	9	1501
COVID	103			103
ALTRI	1373	16	9	1398
Totale complessivo Covid	909	156	28	1093
Totale complessivo NON Covid	18018	138	180	18336
Totale complessivo ricoveri	18927	294	208	19429

Giornate di degenza di pazienti affetti da virus Covid-SARS 19 nel 2021:

	GG DEG TOT	COVID	ALTRI
gennaio	8.831,00	3.116,00	5.715,00
febbraio	9.429,00	1.907,00	7.522,00
marzo	9.435,00	1.680,00	7.755,00
aprile	9.445,00	2.293,00	7.152,00
maggio	9.846,00	1.850,00	7.996,00
giugno	9.258,00	496,00	8.762,00
luglio	10.282,00	214,00	10.068,00
agosto	9.971,00	571,00	9.400,00
settembre	9.384,00	534,00	8.850,00
ottobre	10.632,00	455,00	10.177,00
novembre	10.476,00	666,00	9.810,00
dicembre	6.486,00	619,00	5.867,00
TOTALE	113.475,00	14.401,00	99.074,00



Posti letto riconvertiti/attivati per covid 2021:

1. Periodo	2. PPLL istituzionali al 31/12/2019 (pre covid) ordinari/ds/dh/nido/spdc	3. PPLL istituzionali non Covid	4. PPLL Covid+ (dopo riconversione)
Gennaio	450	291	88
Febbraio	450	292	82
Marzo	450	337	52
Aprile	450	287	78
Maggio	450	336	31
Giugno	450	344	31
Luglio	450	360	31
Agosto	410	341	29
Settembre	450	385	25
Ottobre	450	354	41
Novembre	450	333	71
Dicembre	438	291	104

Gennaio 2022	450	256	129
--------------	-----	-----	-----

Si tenga conto che, con riguardo al primo trimestre 2022, il Galliera, oltre ai 129 ppil per la media intensità richiesti da Alisa, a seguito di accordi in ambito del Diar Materno-infantile, ha anche reso disponibili fino a 12 ppil per pazienti covid, per i ricoveri dedicati all'Ostetricia, in supporto sia all'area metropolitana in particolare che Ligure in generale.

Per l'area della terapia intensiva i compiti assegnati all'Ente nel piano di preparedness hanno previsto un impegno progressivo da 4 a 10 ppil. Nei periodi in cui sono stati superati i 4 ppil attivi per i pazienti covid, la Rianimazione dell'Ente ha dovuto raddoppiare a due unità il personale rianimatore presente sulle 24h, per l'evidente impegno clinico. Ciò ha inevitabilmente interferito sulla disponibilità di personale anestesista per le sale operatorie, con ulteriore riduzione dell'attività chirurgica, già penalizzata dalla riduzione di posti letto.

Come già ricordato l'epidemia dovuta al COVID, purtroppo, incide ancora in maniera pesante nell'esercizio in corso sulle prestazioni erogate dal Galliera, il che porta a dedurre che, anche nel corrente anno significative risorse dovranno essere dedicate a fronteggiare tale patologia. I sotto riportati dati riferiti ai primi due mesi dell'esercizio, che molto presumibilmente saranno confermati anche nei successivi due mesi, attestano quanto sopra detto. La colonna intitolata *maggiorazione tariffa COVID* mette infatti in risalto, indirettamente, il riconoscimento del maggior assorbimento di risorse per i casi COVID trattati. In presenza infatti del virus COVID sars19, il Ministero attribuisce una maggiorazione tariffaria significativa, quasi raddoppiando il valore della stessa:

	CASI	TARIFFATO DRG	maggiorazione tariffaria COVID	TARIFFA complessiva
non Ter. Int.	995	4.570.577 €	3.694.435 €	8.265.012 €
transitati in T.I.	58	1.132.132 €	562.426 €	1.694.558 €
TOTALI 2021		5.702.709 €	4.256.861 €	9.959.570 €
non Ter. Int.	483	1.902.473 €	1.793.379 €	3.695.852 €
transitati in T.I.	17	241.520 €	164.849 €	406.369 €
TOTALI gen feb 2022		2.143.993 €	1.958.228 €	4.102.221 €
TOTALE ANNI 2021 E 2022		7.846.702 €	6.215.089 €	14.061.791 €

b) Impegno nella campagna vaccinale

Nel periodo gennaio-luglio 2021 l'Ente si è progressivamente impegnato nella campagna vaccinale del personale e della popolazione generale, arrivando ad impegnare giornalmente sulle 12 ore diurne 4 medici, 7 infermieri, 2 OSS e 2 farmacisti. Contemporaneamente nei reparti si è provveduto a vaccinare i pazienti rientranti nelle categorie indicate dalle Circolari Ministeriali ed in carico alle nostre Strutture.

Da settembre a ottobre 2021 l'Ente è stato altresì impegnato nella somministrazione delle dosi booster al personale sanitario, concentrando in questo periodo il massimo dell'impegno per raggiungere il più rapidamente possibile la maggior parte dei destinatari; l'attività è poi proseguita nei mesi successivi con frequenza ridotta per i casi residuali correlati alle tempistiche di idoneità alla somministrazione della dose booster previsti dalla norma.

In totale ad oggi (gennaio 2022) presso l'Ente sono state somministrate più di 55.000 dosi di vaccino anticovid 19. Alla fine del primo trimestre 2022 la campagna residua limitatamente ai pazienti fragili in carico alle strutture di Oncologia e Microcitemia.

c) La rimodulazione, in corso d'esercizio, dei servizi, nell'ipotesi di trasformazione della pandemia in endemia, con l'obiettivo di ri-orientare l'offerta dei servizi ai livelli di quella effettuata nell'esercizio 2019

L'evoluzione dello stato pandemico continua oggi a coinvolgere i servizi offerti, con un rallentamento, almeno per ciò che riguarda il primo trimestre del 2022, di tutta l'offerta ospedaliera rivolta alle altre patologie, in particolar modo quelle rivolte all'area chirurgica e alle attività ambulatoriali.

Alla data del marzo 2022 sono ancora operativi 59 posti letto (ppll) covid di media intensità, 4 di terapia intensiva e 2 di Ostetricia. Risultano inoltre ancora non operative una sala con 21 ppll dell'area chirurgica e 15 ppll di terzo livello (Area Cure Infermieristiche). Alla stessa data una apparecchiatura di TC è dedicata alla diagnostica urgente covid afferente dal Pronto Soccorso. Uno dei reparti Covid è gestito per la continuità assistenziale, a rotazione, da un pool di medici provenienti dalle diverse discipline internistiche e geriatriche. Ciò comporta una necessaria riduzione della disponibilità nel settore ambulatoriale.

Nel caso tale situazione si debba ulteriormente prolungare, la necessità di riordinare le agende di prenotazione, ridefinire gli spazi, ri-allocare il personale, ridefinire i percorsi sia del malato che degli accompagnatori, riformulare gli ordini di acquisto, richiederanno un periodo di tempo, piuttosto differenziato tra i diversi settori, ma comunque non inferiore a due mesi dalla data di pieno recupero delle varie disponibilità, prima di portare a pieno regime tutte le specialità di servizi offerti.

Ciò comporterà di fatto che lo sforzo da compiersi in termini di incremento della produzione, elevandola ai livelli ante pandemia, in linea con l'obiettivo richiesto da Regione Liguria di conseguire un volume di prestazioni della stessa entità di quella prodotta nel 2019 maggiorata di € 2,3 milioni di valore tariffato, dovrà essere concentrato prevalentemente nella seconda parte del corrente esercizio. E per la stessa motivazione alcuni segmenti di offerta dovranno essere ulteriormente potenziati, proprio per raggiungere l'obiettivo che la Regione ha posto con riguardo alla tipologia di servizi richiesti al nostro Ente.

In questo quadro va senz'altro citato il progetto in via di definizione con ASL4 per incrementare l'offerta di prestazioni ortopediche presso l'ospedale di Rapallo, attraverso una gestione condivisa che metta a fattore comune spazi, competenze, professionisti, organizzazione. L'obiettivo che ci si prefigge è quello di realizzare circa 700 interventi/annui di protesica rivolta agli arti inferiori, aggiuntivi rispetto alla "produzione" in capo al Galliera.

Con lo stesso intento di ulteriormente incrementare l'efficienza produttiva, sono in corso trattative con il Ponente Ligure per applicare l'analogo modello gestionale messo in pratica con ASL4, per effettuare prestazioni urologiche presso l'ASL1. L'intento, anche in questo caso, è quello di concordare l'effettuazione di prestazioni aggiuntive a favore del recupero delle liste di attesa particolarmente critiche in quell'area.

d) Il tema della Legalità all'interno dell'Ente Ospedaliero

La relazione annuale dell'U.P.D. sull'attività svolta nel 2021 non ha segnalato condotte penalmente perseguibili per reati contro la Pubblica Amministrazione, mentre ha evidenziato l'attivazione di un numero molto ridotto, rispetto al numero dei dipendenti dell'Ente, di procedimenti disciplinari (6 in totale, di cui 1 archiviato e 2 di modesta entità).

Fermo quanto premesso, 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 ottica, la formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della 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 ai sensi del PTPCT 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 ultimi anni ha aggiornato la propria offerta di percorsi formativi su tale tematica, di cui alcuni resi obbligatori a tutto il personale ed altri, più specialistici, a una cerchia più ristretta di destinatari (RPCT e personale dirigente rientrante nelle aree a rischio di corruzione, nonché i collaboratori da questi individuati).

Unitamente all'aspetto formativo, l'Ente sta operando al proprio interno anche per responsabilizzare maggiormente il personale sui potenziali rischi corruttivi nello svolgimento della propria attività, a volte sottostimati, al fine di aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione e nel contempo ridurre le opportunità che tali casi possano manifestarsi.

Le Strutture organizzative interessate dai processi mappati come rischiosi sono state fattivamente 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.

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

2.3.2.1. La mappatura processi

Il PTPCT 2022 – 2024, negli aggiornamenti degli anni precedenti, conteneva già una mappatura dei processi a rischio corruzione molto analitica. Pertanto, tale mappatura è stata in gran parte riconfermata, con alcune modifiche e integrazioni dovute alla necessità di adeguarla ai cambiamenti nel contesto organizzativo frattanto intervenuti o a nuove valutazioni circa la sussistenza di rischi corruttivi.

I settori di attività dell'Ente Ospedaliero 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 - e sottoelencate, unitamente alle Strutture aziendali cui le stesse fanno capo:

Aree di rischio generali	Funzioni aziendali
<ul style="list-style-type: none"> contratti pubblici 	S.C. Approvvigionamento e gestione risorse; S.C. Economale, alberghiero e logistica; S.C. Macroarea tecnico-contrattualistica; S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori; S.C. RUP - Nuovo Galliera
<ul style="list-style-type: none"> acquisizione e gestione del personale 	S.C. Gestione risorse umane
<ul style="list-style-type: none"> incarichi e nomine 	S.C. Gestione risorse umane
<ul style="list-style-type: none"> gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio 	S.C. Bilancio e contabilità; S.C. Affari Generali
Aree di rischio specifiche per la sanità	Funzioni aziendali

<ul style="list-style-type: none"> attività libero professionale e liste di attesa 	Direzione sanitaria S.C. Macroarea amministrativa;
<ul style="list-style-type: none"> farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie 	S.C. Approvvigionamento e gestione risorse; S.C. Economale, alberghiero e logistica S.C. Farmacia;
<ul style="list-style-type: none"> ricerca e sperimentazioni cliniche 	UCS – Ufficio del Coordinatore Scientifico
<ul style="list-style-type: none"> sponsorizzazioni 	S.C. Affari generali
<ul style="list-style-type: none"> attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero 	Direzione sanitaria

2.3.2.2. Registro del rischio

Nell'allegato sub 2) del PTPCT 2022-2024 (consultabile al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione/2022/allegato-2-registro-dei-rischi-e-misure-specifiche>) è riportato il Registro del rischio, con l'indicazione:

- della mappatura dei processi/attività a rischio;
- della descrizione dei rischi individuati;
- del livello di rischio valutato con metodo qualitativo;
- delle misure specifiche di prevenzione e dei relativi indicatori;
- della cadenza temporale dei report di monitoraggio al RPCT;
- del Responsabile delle misure specifiche.

2.3.2.3. L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Ai fini della valutazione del rischio, nella seconda parte del 2021 e nei primi mesi del 2022, è stato effettuato con le Strutture che svolgono attività già mappate fra quelle a rischio corruzione, un capillare lavoro volto a rivalutare e meglio definire, per ciascun processo, i possibili comportamenti o fatti attraverso i quali può concretizzarsi il rischio corruttivo, avvalendosi dell'esperienza maturata negli anni pregressi, del confronto con altre realtà analoghe (quali, in particolare, gli altri Enti/Aziende Sanitarie della Regione), nonché degli episodi di corruzione o di cattiva gestione di cui si è venuti a conoscenza attraverso i mass media.

In secondo luogo, sono stati valutati i "fattori abilitanti", ossia 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, all'interno dell'Ente, con riferimento ai principali fattori abilitanti esemplificati dall'ANAC, si rileva - *a contrario* - la sussistenza di adeguate forme di trasparenza, di numerosi disciplinari interni che definiscono competenze e procedure e di una buona diffusione della cultura della legalità, a fronte dell'organizzazione di corsi di formazione per il personale. Conseguentemente, nell'ambito delle azioni di prevenzione, si è ritenuto opportuno privilegiare il potenziamento di misure di controllo e la previsione di ulteriori forme di trasparenza.

Un fattore abilitante, su cui peraltro l'Ente non può intervenire, è rappresentato dalla presenza, talvolta, di normative complesse e poco chiare, anche a causa del sovrapporsi di disposizioni sporadiche, non rientranti in un quadro unitario e coordinato, che mal si conciliano con l'esigenza di certezza interpretativa e univocità di applicazione

Infine, un discorso a parte merita il forte *turn over* di personale che si è verificato negli ultimi anni a causa del ricambio generazionale che, se da un lato presenta aspetti positivi - ai fini della prevenzione della corruzione - in relazione al venir meno di posizioni caratterizzate da concentrazione di conoscenze e relazioni, dall'altro ha comportato il dissiparsi di competenze e, di conseguenza, criticità nella continuità dell'azione amministrativa.

Aspetto qualificante nella elaborazione del PTPCT 2022 -2024 è stato l'aggiornamento dell'analisi del livello di esposizione al rischio corruttivo. In passato, peraltro in conformità con le indicazioni nazionali in allora vigenti, era stato utilizzato un approccio meramente quantitativo.

Ai fini della nuova stima, invece, è stato utilizzato un sistema qualitativo, sulla falsariga di quello utilizzato in passato dalla Regione Liguria.

In primo luogo sono stati definiti degli indicatori di stima del livello di rischio, prendendo a riferimento le indicazioni e le esemplificazioni formulate dall'ANAC nel PNA 2019 e in particolare nell'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi".

Per la misurazione dei suddetti indicatori è stato acquisito un giudizio di valore, utilizzando una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). A ogni giudizio è stato attribuito il seguente punteggio:

Giudizio	punteggio
Alto	3
medio	2
basso	1

In base alla somma dei punteggi correlati al giudizio espresso per ciascun indicatore dai Responsabili delle Strutture che gestiscono i processi oggetto di valutazione, è stato determinato il seguente livello di rischio:

- da 9 a 12: livello basso;
- da 13 a 19: livello medio;
- da 20 a 27: livello alto.

In tal modo, si è giunti a una prima valutazione del livello di rischio, definito "rischio lordo".

Successivamente è stato chiesto ai Responsabili delle Strutture di valutare l'efficacia delle misure, distinguendo tra le generali e le specifiche, ai fini della riduzione del rischio.

Anche qui è stata utilizzata la medesima scala (valore alto/media/basso) e l'incidenza del livello di efficacia delle misure preventive sul livello di rischio è stata valutata con i criteri rappresentati all'interno del PTPCT, che hanno portato all'individuazione del rischio residuo.

Valutato il livello di rischio residuo, è stato chiesto ai responsabili delle Strutture di rispettare comunque un criterio generale di prudenza, come suggerito da ANAC, evitando in ogni caso di sottostimare un rischio laddove, sulla base delle proprie conoscenze ed esperienze, è opportuno mantenere elevato il livello di attenzione. In tal modo, le Strutture hanno avuto la possibilità di motivare, qualora ritenuto, il mantenimento di un livello di rischio più elevato rispetto a quello che risultava con l'applicazione del metodo sopra illustrato.

Per approfondimenti sul sistema di valutazione del rischio, è possibile consultare il PTPCT 2022 – 2024 (pag. 22 e seguenti), al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione/2022/ptpct-2022-2024>.

2.3.2.4. 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.

Il PNA 2019, in continuità con i precedenti PNA, distingue le misure di prevenzione in:

- misure generali (di governo/di sistema), che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- misure specifiche, che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e che devono, quindi, essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento.

L'Ente Ospedaliero ha adottato misure generali di prevenzione, 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.

In particolare, all'interno del PTPCT 2022 – 2024 sono state declinate le seguenti misure:

- trasparenza;
- codice di comportamento;
- conflitti di interesse;
- inconfiribilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali;
- formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi;
- conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali;
- attività successive alla cessazione del servizio;
- patti di integrità negli affidamenti;
- formazione del personale;
- rotazione del personale;
- tutela del dipendente che segnala gli illeciti;
- Patti di integrità negli affidamenti;
- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali;
- semplificazione dei processi/procedimenti.

Nell'Allegato *sub* 1) del PTPCT 2022 – 2024 (consultabile al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione/2022/allegato-1-misure-di-prevenzione-generalii>) è sinteticamente riportata, in formato tabellare, la programmazione di tali misure, con indicazione delle azioni di gestione e mitigazione del rischio, della relativa tempistica, dei soggetti responsabili e degli indicatori di risultato.

Oltre alle misure di carattere generale, sono state individuate, per ogni singola area di attività, soprattutto per quelle ritenute ad elevato rischio di corruzione, le misure specifiche da adottare per ridurre il rischio.

In particolare, è proseguito il percorso – già avviato con il previgente PTPCT - di rivisitazione e di puntuale descrizione delle misure, al fine di far emergere maggiormente la correlazione tra il rischio corruttivo esistente e la misura atta a prevenirlo o, quantomeno, a ridurlo.

A tal fine, il RPCT ha attivato 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.

A fronte delle misure di prevenzione, è proseguita la 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 Responsabile della prevenzione della corruzione.

Come già anticipato al paragrafo 3, la progettazione delle misure organizzative specifiche per il trattamento del rischio è illustrata nell'Allegato sub 2) del PTPCT 2022 – 2024, cui si rinvia (<https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione/2022/allegato-2-registro-dei-rischi-e-misure-specifiche>).

2.3.3 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:

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

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

Con riferimento alla prima fase, è proseguito, come in passato, il monitoraggio attraverso la compilazione di schede di autovalutazione da parte dei responsabili delle Strutture organizzative e la successiva trasmissione al RPCT. 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 un monitoraggio di secondo livello, azione che era stata programmata per il 2021, almeno per le aree e i processi maggiormente esposti al rischio corruzione (alto rischio).

Tale attività viene pertanto riprogrammata per il 2022, con la calendarizzazione di *audit* specifici, che saranno condotti dal RPCT e dalla struttura di supporto, finalizzati a verificare l'osservanza delle misure di prevenzione disciplinate nel Piano.

A tal fine, il RPCT potrà avvalersi anche delle risorse interne all'Amministrazione già preposte allo svolgimento di attività di *audit* come la S.C. Qualità, comunicazione e formazione su cui insistono le competenze relative al sistema di gestione qualità certificato ISO9001, alle procedure di accreditamento e al bilancio sociale.

Nell'attività di verifica, il RPCT provvederà a verificare la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, attraverso la richiesta di documenti, informazioni e qualsiasi altra "prova" sull'effettiva attività svolta. In tale ottica, il lavoro svolto con le strutture organizzative, finalizzato a migliorare la

descrizione delle misure di prevenzione e a correlare ad esse precisi indicatori di verifica, costituisce un presupposto indispensabile per la costruzione di un efficace sistema di monitoraggio.

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.

Con riferimento alle misure generali, le risultanze del monitoraggio effettuato dalle Strutture non fanno emergere 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.
- *Codice di comportamento*: la relazione annuale dell’UPD sull’attività svolta nel 2021 non ha segnalato condotte penalmente perseguibili per presunti reati contro la Pubblica Amministrazione, mentre ha evidenziato l’attivazione di un numero molto ridotto, rispetto al numero dei dipendenti dell’Ente, di procedimenti disciplinari (in totale 6, di cui 1 è stato sospeso in attesa della conclusione del procedimento penale, 1 si è concluso con la sospensione dal servizio senza retribuzione per due mesi, 1 con la sospensione dal servizio senza retribuzione per 15 giorni, 2 con censura scritta e 1 con l’archiviazione);
- *Formazione*: è stato riproposto l’evento formativo in modalità FAD “*La legge n. 190/2012 e le misure anticorruzione*”, già attivato nel 2019, aperto a tutti i dipendenti dell’Ente - inclusi neoassunti - che non lo avevano ancora svolto.

E’ stato attivato il nuovo Corso FAD “*Metodologia per l’analisi, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi*” finalizzato a supportare il nuovo processo di analisi del livello di esposizione al rischio e del conseguente suo trattamento, destinato prioritariamente e, quindi reso obbligatorio, al RPCT e ai suoi collaboratori, nonché al personale dirigente rientrante nelle aree a rischio di corruzione e ai collaboratori da quest’ultimo individuati. Il corso, peraltro è disponibile per tutti i dipendenti interessati, anche ai fini ECM;

- *Rotazione del personale*: pur in mancanza di una effettiva programmazione della misura, la rotazione si è verificata nei fatti, per effetto del pensionamento o del trasferimento di alcuni dirigenti presso altre aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale;
- *Conferimento e autorizzazione di incarichi*: con Provvedimento n. 505 del 16.07.2021 è stato approvato l’“*Aggiornamento della Disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi ed autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dell’E.O. Ospedali Galliera (ex art. 53, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.)*”;
- *Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*: con Provvedimento n. 201 del 30/03/2022, l’Ente Ospedaliero ha adottato un disciplinare per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità inoltrate al RPCT da parte dei dipendenti e per le relative forme di tutela.

Anche con riferimento alle misure specifiche, il monitoraggio effettuato non evidenzia particolari criticità e le misure di prevenzione risultano attuate nel rispetto della programmazione prevista.

In alcuni casi, tuttavia, il monitoraggio esprime la risposta a un mero adempimento formale rispetto a misure di prevenzione che risultano ancora troppo astratte e generiche, e quindi poco idonee a incidere in misura effettiva e diretta sul rischio corruttivo individuato.

In tale ottica, è proseguita con le Strutture dell’Ente l’attività di approfondimento e analisi, già avviata nel 2021, finalizzata 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, nel corso del 2021 la Direzione Sanitaria e la S.C. Macroarea Amministrativa hanno operato, al fine di dare completa 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, con Provvedimento n. 819 del 03/11/2021 è stato approvato il nuovo Disciplinare per l'esercizio della libera professione; sono stati ribaditi gli obblighi di monitoraggio e controllo dei volumi di attività; è stato previsto il completamento della piena tracciabilità del percorso della prestazione, dalla prenotazione al pagamento; è stato disposto l'inserimento - nel provvedimento di autorizzazione all'ALPI - del richiamo agli obblighi previsti dal codice di comportamento, con particolare riferimento agli articoli 1 e 26;
- con riferimento ai servizi camere mortuarie, è stata 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.

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

Il RPCT ha effettuato anche il suddetto monitoraggio, finalizzato a valutare l'effettiva capacità delle misure di trattamento di ridurre il rischio corruttivo, anche a seguito degli incontri e degli approfondimenti effettuati con i Responsabili delle Strutture che gestiscono i processi mappati a rischio corruzione.

Le conseguenti valutazioni hanno portato, come già rappresentato al paragrafo 5), a ridefinire alcune misure di prevenzione, con l'obiettivo di renderle sempre più efficaci e verificabili.

2.3.4 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 consente ai cittadini una effettiva conoscenza dell'azione amministrativa posta in essere dall'Ente ospedaliero. Da questo punto di vista, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino sia nella sua veste di destinatario delle attività poste in essere dalla Pubblica Amministrazione, sia nella veste di utente del servizio sanitario.

I dirigenti delle strutture ospedaliere dell'Ente garantiscono ciascuno per quanto di competenza il regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla 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.

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/trasmisione dei dati e delle informazioni;

- la pubblicazione dei dati e delle informazioni;

Il RPCT 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 3 del PTPCT 2022 – 2024 (consultabile al link <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazioni-annuali-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione/2022/allegato-3-elenco-obblighi-di-pubblicazione>) sono riportati in dettaglio i singoli obblighi di pubblicazione e la relativa tempistica, nonché i soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati. Il suddetto allegato è stato aggiornato, eliminando - anche al fine di renderlo più facilmente fruibile - gli obblighi di pubblicazione venuti meno per effetto delle modifiche normative intervenute o non pertinenti rispetto alla tipologia organizzativa dell'Ente. Inoltre, sono stati omessi i nominativi dei responsabili delle Strutture tenute alla trasmissione e pubblicazione dei dati, ritenendo sufficiente e univocamente interpretabile l'indicazione della Struttura e del suo responsabile *pro-tempore*.

Nell'Allegato sub 3) sono stati confermati gli obblighi di pubblicazione, discendenti dall'articolo 99 comma 5 del D.L. 18/2020 in materia di erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID -19.

Il RPCT 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 nel PTPCT 2022-2024. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT, il dirigente competente, dopo aver trasmesso e/o pubblicato i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente il RPCT dell'avvenuta pubblicazione.

Si ritiene opportuno indicare di seguito gli obblighi di pubblicazione che non sono stati richiamati e disciplinati nell'Allegato sub 3), in quanto non pertinenti rispetto alla tipologia organizzativa dell'Ente Ospedaliero:

Art. 34, D. Lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese
Art. 37, c. 3, D. L. n. 69/2013	Burocrazia zero
Art. 37, c. 3-bis, D. L. n. 69/2013	Attività soggette a controllo
Art. 14, c. 1, D. Lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici
Art. 28, c. 1, D. Lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali Atti degli organi di controllo
Art. 22, c. 1, lett. a), D. Lgs. n. 33/2013)	Enti pubblici vigilati
Art. 26, cc. 1 e 2, D. Lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità per la concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi e relativi atti di concessione
Art. 27, D. Lgs. n. 33/2013	Elenco beneficiari atti di concessione
Art. 29, c. 2, D. Lgs. n. 33/2013	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio
Art. 38, c. 1, D. Lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, L. n. 144/1999)

Art. 39, c. 1, lett. a), D. Lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio
Art. 39, c. 2, D. Lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio
Art. 41, c. 4, D. Lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate

L'Ente Ospedaliero, con Provvedimento n. 172 del 22/03/2022, ha inoltre recepito e, per l'effetto adottato, una versione più aggiornata della modulistica comune a tutte le aziende del servizio sanitario regionale (SSR) ai fini dell'adempimento delle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e degli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico, conformandosi alle direttive di A.Li.Sa. adottate con deliberazione n. 150 del 30 aprile 2020, e con nota Prot. n. 15043 del 20 aprile 2021.

La modulistica, in particolare, è riferita:

- alle dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. 39/2013 (sia per la direzione strategica che per la dirigenza Professionale Tecnico e Amministrativa);
- alle dichiarazioni sull'insussistenza di conflitti di interesse (per il personale dipendente, per i consulenti, per i componenti delle Commissioni di concorso e di gara, per i dirigenti e funzionari preposti alla gestione di risorse finanziarie e all'acquisizione di beni e servizi, per coloro che svolgono incarichi di RUP *responsabile unico procedimento*, RES *responsabile esecuzione contratto*, DEC *direttore esecuzione contratto*, progettista, direttore dei lavori, coordinatore della sicurezza, verificatore, collaudatore);
- alle dichiarazioni sull'eventuale partecipazione ad associazioni od organizzazioni che possano interferire con l'attività d'ufficio (per il personale dipendente);
- alle richieste di astensione in presenza di possibili conflitti di interesse (per il personale dipendente);
- alle dichiarazioni sullo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche presso enti privati regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni (per i consulenti o collaboratori);
- alle dichiarazioni sull'assunzione di altri incarichi/cariche con oneri a carico della finanza pubblica (per la direzione strategica, i direttori di dipartimento e i dirigenti di strutture semplici e complesse);
- alle dichiarazioni sugli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica (per i dirigenti);
- alle dichiarazioni sulla situazione patrimoniale dei direttori aziendali e di dipartimento nonché dei dirigenti di struttura complessa;
- alle dichiarazioni di presa visione del codice di comportamento (per i dipendenti, collaboratori, consulenti, tirocinanti, convenzionati, borsisti, studenti, dipendenti di imprese fornitrici di beni e servizi);
- alla documentazione relativa all'esercizio del diritto di accesso (richieste di accesso documentale e civico – semplice e generalizzato – richiesta di esercizio del potere sostitutivo in caso di mancato riscontro, richiesta di riesame);
- alla dichiarazione relativa al divieto di *pantouflage*.

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 (in ultimo aggiornata con il Provvedimento n. 172/2022, sopra richiamato, 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.

Il gruppo di lavoro regionale, costituito da tutti i RPCT delle Aziende/Enti del SSR, ha affrontato la tematica dell'istituzione del registro informatico degli accessi, predisponendo una relazione contenente diverse soluzioni applicative, tra cui quella di realizzare un collegamento tra il protocollo informatico e un *link* all'interno del sito istituzionale dell'Ente nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

A oggi non è stato ancora possibile ottenere questo risultato, a causa delle problematiche incontrate di carattere tecnico-informatico, ma l'Ente si propone l'obiettivo per il 2022 di adeguare il *software* di gestione del Protocollo documentale dell'Ente, al fine di consentire la realizzazione del suddetto collegamento e realizzare il Registro informatizzato degli accessi entro fine anno.

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 attuali normative vigenti.

Nell'ambito dello sviluppo del capitale umano il reclutamento dei professionisti sarà, ovviamente, adeguato agli sviluppi specialistici e strategici previsti o progettati. I punti fermi restano l'area geriatrico/riabilitativa e delle fragilità che dovranno essere viste come un continuum con l'assistenza territoriale e la chirurgia nelle varie specialità nell'ambito del modello dell'ospedale per intensità di cure.

3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)

Nel 2013 è stato attuato il processo di riorganizzazione definito "per intensità di cura", modello che prevede una più efficace ed efficiente gestione dell'assistenza ospedaliera. L'innovativa organizzazione assistenziale prevede la presa in carico del paziente in aree omogenee, che lo ospitano in base "all'intensità" del caso e quindi del livello di complessità assistenziale: Primo livello, Alta intensità (piano ammezzato Pad. A) modello organizzativo inaugurato nel dicembre 2018: degenze intensive e sub intensive (rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica - UTIC, Terapia Intensiva Post Operatoria TIPO); Centro Ictus. Secondo livello, Media intensità: degenze per acuti (area medica e chirurgica). Terzo livello, Area delle fragilità: degenze per pazienti post acuti (stabilizzazione e riabilitazione); ACI (Area Cure Infermieristiche) avviata nel maggio del 2017 con una dotazione di 15 posti letto. L'attivazione dell'area di degenza a conduzione infermieristica è stata disposta dall'E.O. Ospedali Galliera, in conformità alle indicazioni regionali - D.G.R. n. 328 del 28/04/2017 - che prevedono, inoltre, una collaborazione istituzionale tra l'E.O. Ospedali Galliera e l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) Emanuele Brignole, seconda area a conduzione infermieristica di 12 posti letto, al fine di facilitare la continuità assistenziale ospedale – territorio.

Alle aree degenziali si affianca l'Area dei servizi che comprende i dipartimenti dedicati alla diagnostica per immagini, ai laboratori ed alla genetica.

E' del Galliera il Registro Nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo - I.B.M.D.R. Italian Bone Marrow Donor Registry (I.B.M.D.R.).

Tra gli importanti progetti sui quali l'Ospedale genovese è impegnato c'è quello relativo alla realizzazione di un Nuovo Ospedale. Una struttura innovativa dotata di grandi piastre diagnostico-ambulatoriali e aree dedicate ai livelli degenziali (intensità di cura), tecnologico e "verde" (a basso impatto ambientale, con riduzione di emissioni inquinanti e di consumo energetico). L'edificio storico, che risale al 1888, si trasformerà in un polo multicentrico con aree dedicate all'amministrazione e alla ricerca.

Al seguente link è disponibile l'organigramma dell'Ente:
<https://www.galliera.it/files/documenti/documenti-pubblici/ORGANIGRAMMA.pdf>.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA

L'E.O. Ospedali Galliera – Genova, ha inteso da subito promuovere il Lavoro Agile, quale strumento di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo in modo da favorire la conciliazione tra i tempi di vita e lavoro dei dipendenti. Il POLA, contenuto nell'Allegato 3 contiene la declinazione di tale organizzazione.

3.2.2 Lavoro a distanza

L'Ente è impegnato a definire le linee progettuali che potranno essere poste in essere.

3.2.3 Linee strategiche

Dopo la prima fase emergenziale il lavoro agile è diventato un nuovo modo di svolgere la propria prestazione lavorativa, attraverso il ricorso a diverse modalità di organizzazione, giungendo altresì a comprenderne la potenzialità anche nella vita personale del dipendente. Per questi motivi si sta tentando di rendere lo smart-working elemento strutturale dell'organizzazione lavorativa dell'Ente; a questo obiettivo si sta tendendo mediante diverse scelte:

- la programmazione da parte dei dirigenti delle scelte e delle innovazioni dell'impianto organizzativo e tecnologico in una logica di "change management" finalizzate a raggiungere la soglia prevista dalla normativa (15% dei dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile) e valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie;
- lo sviluppo della mappatura delle attività amministrative che, all'interno di ogni Struttura di questa Azienda, si possono svolgere in modalità agile;
- la digitalizzazione delle attività ed il progressivo superamento del cartaceo;
- la futura dotazione di PC ai dipendenti che svolgono la prestazione lavorativa in modalità smart-working;
- la predisposizione di piani formativi, diretti sia ai dirigenti che ai dipendenti, in materia di lavoro agile.

3.2.4 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2022/2024)

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.

Il presente POLA rappresenta infatti per l'Ente anche l'occasione per razionalizzare le diverse misure intraprese, nonché eventualmente per individuarne ulteriori attraverso apposite indagini e valutazioni. Con l'adozione del POLA si intende prioritariamente rafforzare l'elemento della programmazione



attraverso un monitoraggio strutturato e organizzato utile allo sviluppo del lavoro agile che vada oltre il mero adempimento amministrativo di trasmissione delle informazioni alle autorità competenti e sia funzionale invece al processo decisionale di miglioramento delle condizioni abilitanti, di implementazione, delle performance organizzative e degli impatti del lavoro agile.

Per il presente triennio, anche tenuto conto delle linee guida POLA di dicembre scorso, si distinguono tre fasi del programma di sviluppo:

1. fase di avvio – 2022;
2. fase di sviluppo intermedio – 2023;
3. fase di sviluppo avanzato – 2024.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

L'Allegato 4 contiene il piano dei Fabbisogni del Personale inviato in Regione.

3.4 Formazione del personale

3.4.1 La formazione delle risorse umane

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 Linee strategiche

Il Piano Formativo Aziendale (PFA), disponibile al link <https://www.galliera.it/20/56/461/145/piano-formativo-aziendale/piano-formativo-aziendale>, prevede una formazione denominata strategica che nasce dall'esigenza di raggiungere gli obiettivi regionali o aziendali in ambito della comunicazione, della qualità e della metodologia di lavoro e una formazione tecnico professionale che deriva dalle necessità espresse dalle varie strutture in ambito gestionale, relazionale e tecnologico.

3.4.2 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa

Gli obiettivi della formazione sono la promozione dello sviluppo delle persone e l'acquisizione e l'integrazione di saperi nella vita e nel lavoro per facilitarne l'inserimento sociale e lavorativo e renderle in grado di affrontare meglio il cambiamento. I risultati attesi dell'azione formativa sono l'aumento di conoscenze, il miglioramento dei comportamenti e lo sviluppo delle attitudini degli operatori.

3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2022/2024

L'offerta formativa prevista nel Piano sviluppa tutte le metodologie previste dall'educazione continua in medicina (ECM): formazione interna all'Ente, formazione sul campo (FSC), formazione a distanza (FAD).

Particolare attenzione si pone per la formazione sul campo (FSC) che si connota come formazione per eccellenza dei professionisti e che prevede sia l'utilizzo del contesto lavorativo come luogo di formazione, che l'interattività dell'apprendimento.

La FSC per i prossimi si svilupperà nelle sue tipologie principali quali progetti di miglioramento e audit, progetti di addestramento, partecipazione a Commissioni e o a Comitati.

La Formazione a distanza (FAD) invece, rientra in una tipologia formativa che si è sviluppata e incentivata in corso di pandemia, è stata regolamentata e diffusa nell'Ente per facilitare la diffusione di temi obbligatori per legge che richiedono pertanto il raggiungimento del maggior numero di operatori possibile, oppure per fornire video tutorial utili ad addestrare il personale.

I destinatari privilegiati dell'offerta formativa sono i dipendenti dell'Ente.

Per alcune progettualità i partecipanti possono essere anche professionisti non dipendenti la cui modalità di iscrizione viene ogni volta definita in modo specifico.

I criteri di coinvolgimento dei partecipanti alle attività formative sono relativi alla specificità degli obiettivi delle singole iniziative, all'area/ruolo di appartenenza, alla necessità di rotazione e coinvolgimento di tutti i destinatari previsti per la specifica iniziativa.

Alcuni interventi sono pensati su scala pluriennale per poter raggiungere tutti i destinatari attesi in particolare questo tipo di progettualità insiste su alcune aree cliniche più di altre per la rilevanza degli obiettivi da raggiungere.

Tutta l'offerta formativa riguardante il PFA, viene assicurata dalla struttura Formazione attraverso la pubblicazione dei singoli percorsi nel sito aziendale

Ogni anno la Direzione Aziendale assegna un budget alla struttura formazione per le attività da realizzare in house. La Struttura si impegna affinché il PFA sia orientato a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità. Il budget assegnato è finalizzato al sostegno dei costi diretti della formazione.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il ciclo della performance dell'E.O. Ospedali Galliera aggiornato all'introduzione del PIAO è il seguente:

- Il PIAO 2022/2024 (la cui declinazione degli obiettivi costituisce il "Piano Triennale della Performance 2022/2024") aggiornato a scorrimento del "Piano Strategico 2021/2023" e redazione del "Piano attuativo - Budget 2022" entro 30.6.22 (dilatazione dei tempi correlata all'emanazione di riferimenti Nazionali normativi sul PIAO);
- Relazione sulla Performance 2021 (Monitoraggio annuale Piano Strategico 2021 ovvero Monitoraggio Piano Triennale 2021/2023 relativo al 2021 e Consuntivo di budget 2021 e altri contenuti Delibera ANAC 5/2012) entro 30.6.22;
- Monitoraggio PIAO 2022/2024 al secondo semestre 2022 (dilatazione dei tempi correlata all'emanazione di riferimenti Nazionali normativi sul PIAO);
- Predisposizione PIAO 2023/2025 entro 31.01.23 con allineamento obiettivi e proseguo ciclo.
- etc

Nel corso del 2021 l'Ente ha intrapreso l'iter che permette di legare la performance dell'ospedale a quella individuale. Una parte degli indicatori degli obiettivi della performance individuale, infatti, discenderanno direttamente dagli obiettivi presenti a livello aziendale. Nel corso del 2022 tale metodo verrà testato per la dirigenza sanitaria e successivamente esteso agli altri profili nel corso del triennio.

SVILUPPI E TENDENZE EVOLUTIVE

Gli sviluppi che l'Ente intende portare avanti prevedono un importante link tra la realizzazione del Nuovo Ospedale come contenitore e come completamento dell'aspetto organizzativo per intensità di cura. Sarà infatti possibile una maggiore sovrapposizione tra la il modello teorico e la relativa applicazione della presa in carico del paziente integrata con la medicina del territorio.

L'ospedale, nel mantenimento del suo ruolo di alta specializzazione di rilievo nazionale, intende sviluppare nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale ulteriori progettualità territoriali che prevedano il riconoscimento delle eccellenze cliniche e organizzative (chirurgia protesica-Rapallo e chirurgia urologica-Imperia).

Altro punto fondamentale sarà la personalizzazione delle cure (da "Taylor" a taylor *N.d.R.*) e della medicina di precisione e di genere e della telemedicina.

L'innovazione tecnologica permetterà, insieme alla digitalizzazione, di conseguire i risultati attesi. Contemporaneamente l'Ente intende continuare a promuovere il servizio al cittadino congiunto all'umanizzazione delle cure.

Legenda acronimi

- ACI: Reparto a Conduzione Infermieristica
- AgID: Agenzia per l'Italia Digitale
- AIBT: Associazione Italiana di Immunogenetica e Biologia dei trapianti
- ALPI: Attività Libero Professionale Intramuraria
- AMG: Area Metropolitana Genovese
- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione
- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- ASP: Azienda Sanitaria Provinciale o Azienda Servizi alla Persona
- BI: Business Intelligence
- BI4H: Business Intelligence for Healthcare
- BIM: Building Information Modeling
- BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
- BPR: Business Process Reengineering
- C4C: Collaboration for care
- CAD: Codice dell'Amministrazione Digitale
- CARMInA: Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach
- CD: Cosiddetto
- CdA2: Clinical Document Architecture 2
- CDCD: Centro per i disturbi cognitivi e demenze
- CIE: Carta di Identità Elettronica
- Civit: Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche
- CSO: Controllo Strategico Ospedaliero
- CUROGE: S.C. e S.S.D. del Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione
- D.Lgs.: Decreto Legislativo
- DEC: Direttore Esecutivo Contratto
- DG: Direzione Generale
- DGR: Delibera Giunta Regionale
- DH: Day Hospital
- DIA: Direzione Investigativa Antimafia
- DIAR: Dipartimenti Interaziendali Regionali
- DICOM: Digital Imaging and COmmunications in Medicine
- Dip. Tecnico: Dipartimento Tecnico
- DMT: Disease Management Team
- DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- DS: Day Surgery
- DVR: Documento Valutazione del Rischio
- ECM: Educazione continua in medicina
- EO: Ente Ospedaliero
- EU: Unione Europea
- FAD: Formazione a Distanza
- FMEA: Failure Mode and Effects Analysis
- FSC: Formazione sul campo
- FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
- FUT: Foglio Unico della Terapia
- GDPR: General Data Protection Regulation
- Hiv: Human immunodeficiency virus
- HLA: Human Leukocyte Antigens
- IBMDR: Italian Bone Marrow Donor Registry
- IFN: Impact Factor Normalizzato
- IIT: Istituto Italiano di Tecnologia
- Inail: Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
- IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- ISI: Institute for Scientific Information
- ISO: International Organization for Standardization
- ISTAT: Istituto nazionale di statistica
- LEA: Livelli Essenziali Assistenza
- LR: Legge Regionale
- MdS: Ministero della Salute
- MeS: Laboratorio Management e Sanità
- MPI: Multidimensional Prognostic Index
- MRI: Risonanza magnetica
- N.d.R.: Nota Del Redattore
- NCDs: Non Communicable Diseases
- NGH: New Galliera Hospital
- NGS: Next Generation Sequencing
- NISAN: Network Italiano SANitario
- NSG: Nuovo Sistema di Garanzia
- OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
- OECD: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
- OMS: Organizzazione mondiale della Sanità
- ONLUS: Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
- OSS: Operatore Socio-Sanitario
- PA: Pubblica Amministrazione o Provincia Autonoma
- PACS: Picture Archiving and Communication System
- PC: Personal Computer
- PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- PET: Positron Emission Tomography
- PFA: Piano Formativo Aziendale
- PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- PIL: Prodotto Interno Lordo
- PNA: Piano Nazionale Anticorruzione
- PNE: Programma Nazionale Esiti
- PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- POLA: Piano Organizzativo del Lavoro Agile
- PPLL: Posti Letto
- PTA: Professionale Tecnico Amministrativo
- PTAP: Piano Triennale delle Azioni Positive
- PTPCT: Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- PTTI: Piano Triennale della Trasparenza e dell'Integrità
- RAF: Referente Aziendale per la Formazione
- RES: Responsabile Esecuzione Contratto
- RIS: Radiology Information System
- RPCT: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- RPD: Responsabile Protezione Dati
- RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
- RTI: Raggruppamento Temporaneo di Imprese
- RUP: Responsabile Unico Procedimento
- SC EA: Struttura Complessa Economale e Alberghiero
- SC ITIC: S.C. Informatica Telecomunicazioni e ingegneria clinica
- SC RUP: Strutture Complessa Responsabile Unico del Procedimento
- SC SPP: S.C. Prevenzione e protezione
- SC: Struttura Complessa
- SDI: Sistema Di Indagine
- SGQ: Sistema Gestione Qualità
- SIEM: Security Information and Event Management
- SMP: Social Media Policy
- SOC: Security Operations Center
- SPID: Sistema Pubblico di Identità Digitale.
- SSD: Struttura Semplice Dipartimentale o Sistema di Supporto alle Decisioni
- ss.mm.ii.: successive modifiche e integrazioni
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale
- SSR: Servizio Sanitario Regionale
- TC: Tomografia Computerizzata
- TI: Terapia Intensiva
- TIPO: Terapia Intensiva Post-Operatoria
- UE: Unione Europea
- UGR: Unità di Gestione del Rischio
- UOC: Unità Operativa Complessa
- UPD: Ufficio Procedimenti Disciplinari
- UTIC: Unità Terapia Intensiva Coronarica
- WHO: World Health Organization