

Istituto Giannina Gaslini



PIAO 2024-2026

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
IRCCS ISTITUTO GIANNINA GASLINI**

Sommario

PREMESSA	3
SEZIONE1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO GIANNINA GASLINI.....	4
1.1 Scheda anagrafica dell'Istituto	4
1.2 L'organizzazione aziendale.....	5
1.3 Analisi del contesto	8
1.4 Attività di ricerca.....	14
1.5 Formazione ed Aggiornamento	16
1.6 Il Quadro Economico.....	22
1.7 Investimenti e attivazione nuovi servizi	24
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, <i>PERFORMANCE</i> E ANTICORRUZIONE	27
2.1 Valore Pubblico	27
2.2 Sottosezione <i>Performance</i>	29
2.3 Obiettivi strategico-istituzionali	30
2.4 Obiettivi regionali.....	30
2.5 Sistema di <i>budgeting</i>	31
2.6 Il ciclo di gestione della <i>performance</i> (sistema di misurazione e valutazione)	34
2.7 Sottosezione Prevenzione della Corruzione.....	39
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	54
3.1 Articolazione organizzativa.....	54
3.2 Organizzazione del lavoro agile	62
3.3 Piano triennale del fabbisogno del personale	62
3.4 La formazione del personale.....	67
3.5 Piano triennale delle azioni positive	68
3.5.1 Azioni ed obiettivi.....	68
3.5.2 Promozione delle Pari Opportunità	70
3.5.3 Azioni per il Benessere Organizzativo	70
3.5.4 Ulteriori azioni per il benessere organizzativo rivolte al personale e agli <i>Stakeholder</i>	70
SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....	71
COMUNICAZIONE DEL PIAO	72
ALLEGATI:.....	73

PREMESSA

Il D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni nella Legge n. 113/2021, ha introdotto quale strumento di organizzazione e di programmazione triennale il Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO, nell'ottica di semplificazione dell'attività delle Pubbliche Amministrazioni.

Il PIAO ha l'obiettivo di razionalizzare, nell'ottica appunto della massima semplificazione, diversi atti di pianificazione cui sono tenute le PP.AA.. Con l'introduzione del PIAO si vuole sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire qualità e trasparenza dei servizi verso gli utenti e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs. n. 150/2009 e della L. n. 190/2012.

Il Piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Il principio che ne guida la definizione risponde alla volontà di superare la molteplicità - ed il conseguente rischio di frammentazione - degli strumenti di *governance* introdotti nelle diverse fasi dell'evoluzione normativa, creando un piano unico di *governance*.

Per tali obiettivi, il PIAO raccoglie e integra le informazioni contenute nei seguenti documenti di programmazione:

- Piano della *Performance*
- Piano di azioni positive
- Piano di Prevenzione della corruzione
- Piano organizzativo del lavoro agile
- Piano del fabbisogno del personale

rappresentando un *testo unico* della programmazione, nella prospettiva della semplificazione degli adempimenti dell'ente e di una visione integrata delle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

In particolare il PIAO definisce:

- Gli obiettivi programmatici e strategici della *performance*
- La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali
- Gli obiettivi e gli strumenti del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, in coerenza con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale del fabbisogno del personale ed al tetto di spesa per il personale stabilito annualmente da Regione
- Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa e gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione
- Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, sia fisica che digitale
- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO dell'Istituto è stato coordinato dalla Direzione Amministrativa, con la collaborazione delle diverse strutture impegnate nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo e le Linee Guida per la sua compilazione, pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché la normativa riguardante la programmazione degli IRCCS, la missione istituzionale, nella peculiarità della natura giuridica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) riconosciuto per la disciplina materno-infantile, e sede di insegnamento convenzionata con l'Università degli Studi di Genova.

Il PIAO ha tenuto conto particolarmente del documento recante il Piano Strategico dell'Istituto per il quinquennio 2021-2025, approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 36 del 28.5.2021 e

del conseguente atto recante il nuovo Piano di Organizzazione dell'Istituto, approvato, in coerenza con gli obiettivi del Piano Strategico medesimo, dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 73 del 12 dicembre 2021 e integrato con successive deliberazioni n. 53 del 25.7.2022, n. 84 del 19.12.2022 e n. 12 del 20.3.2023 nella quale si è tenuto conto del dettato del D. Lgs. 200/2022.

Infine il PIAO ha tenuto conto del progetto assegnato da Regione Liguria con Legge Regionale n. 22/2021 che ha previsto l'attribuzione all'Istituto delle funzioni assistenziali pediatriche e neonatologiche delle aziende socio-sanitarie liguri con decorrenza dal 1 luglio 2022 (progetto regionale "Gaslini diffuso").

Il presente documento contiene l'aggiornamento ed implementazione del PIAO per il triennio 2024-2026.

SEZIONE1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ISTITUTO GIANNINA GASLINI

1.1 Scheda anagrafica dell'Istituto

Amministrazione pubblica	Istituto Giannina Gaslini IRCCS
Indirizzo	Via Gaslini n. 5 - 16147 Genova
PEC	protocollo@pecgaslini.it
P.IVA e CODICE FISCALE	00577500101
Sito Web	www.gaslini.org

L'Istituto Giannina Gaslini è stato inaugurato nel 1938 ed è stato *"ideato, costruito, completamente arredato e dotato da Gerolamo Gaslini, in pieno accordo con la consorte Lorenza, allo scopo di assicurare una più efficace difesa ed assistenza dell'infanzia e della fanciullezza"* e provvede *"ad erogare le più qualificate prestazioni di ricovero e cura connesse a specifiche attività di ricerca scientifica biomedica"* (dallo Statuto dell'Istituto).

E' riconosciuto dal 1959 quale Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) per la disciplina materno-infantile (decreto del Ministro della Sanità n. 300.8/60807), confermato successivamente quale IRCCS di diritto pubblico e da ultimo con Decreto del Ministro della Sanità del 17 novembre 2021.

Da Statuto, l'Istituto *"provvede alla diffusione delle ricerche condotte e delle conoscenze acquisite, alla collaborazione con analoghe istituzioni nazionali ed internazionali, alla formazione ed aggiornamento del personale sanitario operante nel campo della pediatria nel servizio sanitario nazionale, alla educazione sanitaria, tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale e, per la parte assistenziale, delle indicazioni del piano sanitario regionale, compatibilmente con il proprio ambito di attività"*.

L'Istituto è sede di DEA pediatrico di 2° livello ed è il centro regionale di riferimento per l'assistenza al neonato critico e di basso peso con servizio di trasporto neonatale.

Ricopre le funzioni di area pediatrica per tutta la Regione Liguria (secondo apposita regolamentazione regionale: progetto "Gaslini diffuso").

E' riferimento nazionale ed internazionale per le patologie pediatriche e dell'adolescenza, rare e complesse, con una percentuale di attrazione da fuori regione stabilmente superiore al 40%.

L'Istituto è inoltre legato all'Università degli Studi di Genova da regime di convenzione nel rispetto del Protocollo Generale d'Intesa Regione Liguria-Università, in quanto è sede delle Scuole di Specializzazione in Scienze Pediatriche, in Chirurgia Pediatrica ed in Neuropsichiatria Infantile. Con la recente approvazione del nuovo PGI nell'anno 2023 il ruolo dell'Istituto nella collaborazione con UNIGE si è consolidato, ed a tal fine sono attivati per l'aggiornamento nel corso del 2024 della convenzione attuativa del PGI tra IGG e UNIGE.

Sono attivi i seguenti tre Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie a durata triennale: infermiere pediatrico, tecnico neurofisiopatologia e terapista occupazionale.

L'integrazione inscindibile fra assistenza, ricerca e formazione è presupposto imprescindibile per garantire l'eccellenza delle prestazioni. Tutti gli aspetti connessi all'assistenza trovano giovamento dalla attività di ricerca: dall'accoglienza del paziente e della sua famiglia, alla qualità ed innovazione delle cure, alla sicurezza, all'equilibrio e sostenibilità economica dell'organizzazione. Il vantaggio dello stretto connubio tra ricerca ed assistenza nasce dal rigore metodologico della scienza e dal trasferimento dell'innovazione scientifica al letto del paziente.

L'Istituto soddisfa gli standard internazionali di qualità ed è accreditato secondo *Joint Commission International* continuativamente dal 2007. Nel corso dell'ultima verifica, che ha avuto luogo nell'aprile 2021, è stato riconosciuto quale *Academic Medical Center*. L'Istituto a seguito del detto progetto "Gaslini diffuso" ha in corso l'estensione dell'accreditamento *JCI* alle pediatrie acquisite dalle AASSLL territoriali.

La centralità del paziente e della famiglia nei percorsi di cura è essenziale per dare voce alle istanze ed alle esigenze dei bambini e degli adolescenti, per supportare le loro scelte, per incoraggiarli a partecipare attivamente ed a condividere ogni decisione che li riguardi nei percorsi di cura, per garantire riservatezza e rispetto delle loro preferenze.

Oggi l'Istituto Giannina Gaslini è il più grande ospedale pediatrico del nord Italia, dove lavorano oltre 2.000 persone tra medici, infermieri, personale PTA, universitari e ricercatori. Sono presenti tutte le specialità pediatriche, numerosi laboratori e cattedre universitarie convenzionate, molte delle quali con relative scuole di specializzazione.

I posti letto complessivi sono mediamente 330, con circa 26 mila i ricoveri all'anno (tra ordinari, *day hospital* e *day surgery*), circa 35 mila accessi al Pronto Soccorso di 2° livello. Circa il 45% dei bambini proviene da altre Regioni d'Italia e dall'estero, e in alcuni reparti d'eccellenza la percentuale di ricoveri da fuori Regione supera l'80 %.

1.2 L'organizzazione aziendale

L'Istituto ha adottato il modello dipartimentale quale strumento utile ad assicurare l'esercizio unitario e coordinato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. L'organizzazione di tale attività in forma dipartimentale ha lo scopo di:

- fornire ai pazienti percorsi assistenziali coordinati in campo diagnostico, terapeutico, riabilitativo, all'interno di una rete sanitaria regionale e nazionale che garantisca il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
- assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- favorire una formazione di alta qualità e una ricerca biomedica e sanitaria che migliori la stessa qualità assistenziale;
- svolgere attività di ricerca anche di tipo clinico e traslazionale.

Con la Delibera n. 12 del 20.3.2023, il Consiglio di Amministrazione ha approvato l'attuale Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (D. Lgs. 200/2022) dell'Istituto Giannina Gaslini.

Il nuovo modello organizzativo dell'Istituto prevede:

- la costituzione dei seguenti dipartimenti strutturali con obiettivi assistenziali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, obiettivi economico-gestionali per l'aumento della produttività e dell'efficienza collegati al budget e alla sostenibilità, obiettivi di ricerca scientifica e innovazione:

- dipartimento di Scienze medico-pediatiche
- dipartimento di Scienze chirurgiche
- dipartimento di Emato-oncologia
- dipartimento di Emergenza e accettazione
- dipartimento Materno-neonatale
- dipartimento dei Servizi;
- la costituzione delle seguenti aree inter-dipartimentali omogenee, meglio descritte al paragrafo successivo:
 - Area Neuroscienze
 - Area Genetica e Genomica
 - Area Cuore.

Il nuovo Piano di organizzazione dell'Istituto è stato definito secondo le seguenti linee:

- l'unitarietà della direzione strategica, con la massima sinergia ed integrazione tra le direzioni generale, sanitaria ed amministrativa, e scientifica, nello spirito di quanto statuito nel D. Lgs. 200/2022, con la conseguente unitarietà delle funzioni di *staff* e di supporto tecnico-amministrativo alla direzione strategica complessivamente ed unitariamente intesa e dunque alle funzioni di *governance* dell'Istituto, assistenziali, di ricerca e di didattica ;
- la costituzione di un limitato numero di dipartimenti strutturali con obiettivi assistenziali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, obiettivi economico-gestionali per l'aumento della produttività e dell'efficienza collegati al budget e alla sostenibilità, obiettivi di ricerca scientifica e innovazione;
- la previsione di aree intra-dipartimentali omogenee all'interno dei dipartimenti clinici con la finalità di garantire omogeneità e coerenza dei percorsi clinico-assistenziali interni al dipartimento per affinità di patologie, casistiche ed attività;
- la costituzione e previsione di aree inter-dipartimentali omogenee, intese quali aggregazioni funzionali di più strutture con l'obiettivo di facilitare i processi assistenziali complessi che attengono a problematiche cliniche omogenee o connesse tra loro sul piano biologico e culturale;
- il rafforzamento della "*governance*" dei dipartimenti, con la costituzione di un Ufficio di direzione di dipartimento, quale strumento innovativo a supporto del dipartimento per la progettazione dei piani crescita e di sviluppo, per la gestione ordinaria dell'organizzazione dipartimentale e per il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati a ciascun dipartimento; in particolare viene prevista l'istituzione della figura di manager di dipartimento che sarà progressivamente implementata;
- la costituzione di Piattaforme, quali contesti organizzativi e fisici a carattere trasversale, per erogare servizi di supporto indispensabili all'attività assistenziale o ad attività di ricerca; le Piattaforme prevedono un coordinamento gestionale che risponde di norma alla direzione strategica ed il coinvolgimento di tutte le professionalità dell'Istituto ed hanno finalità di perseguire l'uniformità ed equità di accesso dei servizi assistenziali, nonché di migliorare l'efficienza organizzativa dell'Istituto;
- il rafforzamento della direzione sanitaria, nell'ambito dell'unitarietà della direzione strategica, quale direzione di produzione delle attività assistenziali, di governo clinico e di garanzia dell'appropriatezza e della qualità delle cure erogate;
- il potenziamento della direzione scientifica, nell'ambito dell'unitarietà della direzione strategica, come da previsione del Piano Strategico 2021-2025 e da previsioni normative di riordino degli IRCCS;
- il ripensamento delle funzioni manageriali in un'ottica di gestione trasversale e tempestiva dei processi operativi, al servizio dell'efficacia ed efficienza delle cure e della ricerca di riferimento.

Il nuovo assetto organizzativo si fonda sulla trasparenza e *responsability (accountability)*: trasparenza intesa come promozione attiva dell'etica pubblica e prevenzione della corruzione in senso lato; "accountability" intesa come promozione della responsabilizzazione, termine che rimanda a due accezioni fondamentali, ovvero il dar conto all'esterno del corretto utilizzo e delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali e la responsabilizzazione interna relativamente all'impiego di tali risorse ed alla produzione dei correlati risultati.

Come indicato, le principali innovazioni di tale assetto organizzativo afferiscono alla previsione:

- ❖ di aree inter-dipartimentali omogenee, intese quali aggregazioni funzionali di più strutture, complesse o semplici dipartimentali, con il comune obiettivo di facilitare i processi assistenziali complessi che attengono a problematiche cliniche omogenee o connesse tra loro sul piano biologico e culturale, anche attraverso l'utilizzo dei Disease Management Teams (DMT)
- ❖ di Piattaforme quali contesti organizzativi e luoghi fisici, non necessariamente unici, a carattere trasversale che erogano servizi di supporto indispensabili alla gestione clinico-assistenziale dei pazienti, con l'obiettivo di:
 - consentire il miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni rese ai pazienti
 - perseguire l'equità e uniformità di accesso e di erogazione dei servizi assistenziali
 - migliorare l'efficienza organizzativa e gestionale dell'Istituto.

Le procedure che governano i percorsi dei pazienti all'interno dell'organizzazione devono essere univoche; in particolare vanno gestite in modo uniforme le modalità di inserimento e gestione delle liste di attesa, i criteri della presa in carico, la gestione delle agende, i tempi e l'utilizzo degli spazi tecnologici (sale operatorie, laboratori, ambulatori) e di posti letto.

Questo modello organizzativo è finalizzato al superamento della frammentazione di strutture e servizi che possono essere ricondotte a modelli univoci, a tutto vantaggio delle esigenze dei pazienti, dei clinici e della competitività e qualità dei servizi assistenziali.

Le Piattaforme costituite in fase di prima attivazione del nuovo modello organizzativo sono:

- Ospedale di giorno (ambulatori - *day hospital* - prericovero)
- Sale operatorie/diagnostica per immagine in sedazione
- *Week surgery* e *day surgery*
- Degenza intensiva e semi intensiva (UTI, semintensiva, medicina d'urgenza)
- A seguire l'avvio progressivo delle seguenti piattaforme:
 - Telemedicina e assistenza a distanza
 - Degenza di media intensità
 - Degenza di bassa intensità
 - Servizi
 - Laboratori di assistenza e di ricerca
 - Immagini
 - Area libera professione
- ❖ l'Ufficio di direzione del dipartimento (UDD) con funzionale trasversale all'interno del dipartimento per coadiuvare e supportare il direttore e tutti i componenti nella progettazione dei piani di crescita e sviluppo, nella gestione ordinaria delle specifiche organizzazioni e nel raggiungimento degli obiettivi di budget.
E' composto da:

- il Responsabile Area Dipartimentale (RAD) che gestisce in autonomia professionale e gestionale gli obiettivi definiti a livello istituzionale e a livello dipartimentali dei professionisti afferenti alla Direzione delle Professioni Sanitarie. Ha la responsabilità della programmazione operativa dei livelli assistenziali e delle competenze infermieristica, di supporto e tecnica complessive del dipartimento, del coordinamento tra processi trasversale e strutture afferenti al dipartimento e del mantenimento dei rapporti con gli altri dipartimenti e servizi e con i coordinatori delle Piattaforme;
- il Manager di dipartimento (MdD) risponde al direttore della Programmazione e controllo ed ha il ruolo di facilitare la partecipazione del direttore e di tutti i componenti del dipartimento nelle attività di programmazione e di controllo di gestione necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

A partire dal 2022, in piena coerenza con questa logica di indirizzo, si è proceduto in particolare:

- alla sostanziale rivisitazione del Piano di Budget con formale responsabilizzazione sulle risorse e sui risultati attesi dei Direttori di Dipartimento e, a cascata, di quelli di Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale; realizzazione di riunioni del Comitato Budget con cadenza fissa e partecipazione del Direttore Generale che hanno previsto incontri di indirizzo e verifica a mesi alterni, con i Direttori di dipartimento e con quelli di UOC e relativi Coordinatori infermieristici e tecnici;
- alla assegnazione ai dipartimenti ed alle unità operative di obiettivi assistenziali, economico-gestionali di qualità e sicurezza per i pazienti, di ricerca scientifica e innovazione, monitorati mensilmente sulla base di espliciti indicatori di risultato;
- alla attivazione di due aree intra-dipartimentali omogenee all'interno dei dipartimenti clinici: di "Gaslini Diffuso" e "Imaging" ed un'area inter-dipartimentale denominata "Cuore";
- al rafforzamento della "governance" dei dipartimenti, con la costituzione dell'Ufficio di direzione di dipartimento, quale strumento innovativo a supporto del dipartimento per la progettazione dei piani crescita e di sviluppo, per la gestione ordinaria dell'organizzazione dipartimentale e per il raggiungimento degli obiettivi di *budget*. Individuazione ed assegnazione incarico ai *manager* di dipartimento; nomina di un *manager* per ciascun dipartimento di Pediatria, Chirurgia, Laboratori e Servizi ed uno condiviso fra quelli di Emato-Oncologia, DEA e Materno Neonatale;
- a garantire piena funzionalità delle Piattaforme, quali contesti organizzativi e fisici a carattere trasversale, per erogare servizi di supporto indispensabili all'attività assistenziale o ad attività di ricerca. Ciascuna Piattaforma prevede un coordinamento gestionale che risponde alla direzione strategica ed il coinvolgimento di tutte le professionalità. Sono attive ad oggi le piattaforme di: "blocco operatorio", "week surgery", "ospedale di giorno";
- al potenziamento della Direzione Scientifica, come da previsione del Piano Strategico 2021-2025; alla piena responsabilizzazione relativamente all'impiego di risorse e produzione dei correlati risultati.

Per un approfondimento della struttura organizzativa si rimanda alla sezione "Organizzazione e capitale umano", sottosezione Articolazione organizzativa.

1.3 Analisi del contesto

Trend dell'ultimo quinquennio

In tabella 1 vengono riportati i dati di attività riferiti alle annualità 2018-2023 per gli indicatori più significativi.

Tab. 1

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DEGENZA ORDINARIA						
N.° medio posti letto attivi nel periodo (escluse culle)	294	306	292,7	287,8	290,13	281
Durata media degenza	5,69	5,63	5,39	5,31	5,14	5,26
N° dimessi	14.154	14.742	12.595	13.225	13.902	13.996
di cui n° dimessi fuori regione	5.883	6.085	4.549	4.843	5.383	5.427
Peso Medio	1,15	1,11	1,11	1,12	1,08	1,08
Tasso di Occupazione	88,27	86,71	79,91	84,08	85,53	90,69
Intervallo di turn over	1,17	1,33	1,91	1,5	1,33	0,99
Indice di rotazione	52,68	51,99	48,5	51,84	54,56	56,09
DAY HOSPITAL						
n° accessi di DH e DS	26.679	25.001	18.522	24.317	26.138	26.543
n° cicli di DH e DS	14.819	14.696	10.866	13.926	15.103	14.205
di cui n° cicli DS	1.590	1.720	1.315	1.899	2.340	1.724
PRESTAZIONI AMBULATORIALI						
N. prestazioni	546.767	538.704	445.857	528.668	596.473	699.292

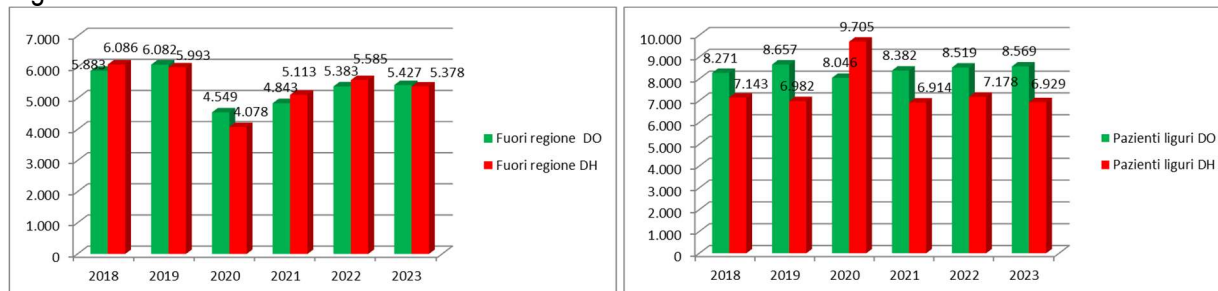
Come per il 2022, anche nel 2023 l'obiettivo da perseguire è stato la ripresa delle attività secondo i volumi del 2019, quale superamento del periodo pandemico.

Nella valutazione dei risultati va tenuto presente che anche nel 2023 la disponibilità di posti letto per ricovero ordinario è stata inferiore rispetto al 2019.

Significativo l'incremento di attività a favore degli *outpatients*.

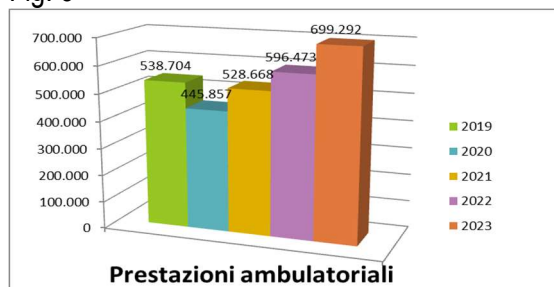
Nelle figure 1 e 2 per le annualità in esame, viene riportata la numerosità dei casi assistiti in ricovero ordinario ed in *day hospital*, rispettivamente, per i pazienti provenienti da fuori regione e per quelli liguri.

Fig. 1 e 2



Nella figura 3 viene presentata la numerosità delle prestazioni ambulatoriali.

Fig. 3

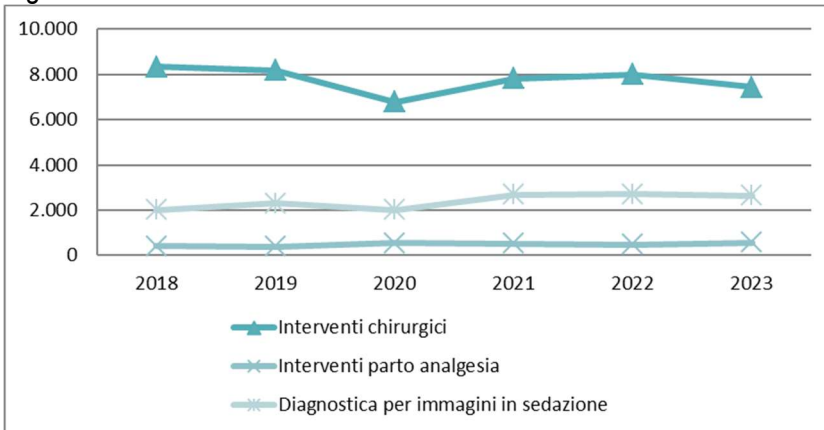


La tabella 2 e figura 4 riportano i volumi di attività per le prestazioni chirurgiche e diagnostiche interventive in sedazione.

Tab. 2

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Interventi chirurgici	8.322	8.164	6.776	7.802	7.987	7.421
Interventi parto analgesia	404	383	556	514	470	579
Diagnostica per immagini in sedazione	2.012	2.302	2.011	2.682	2.705	2.642

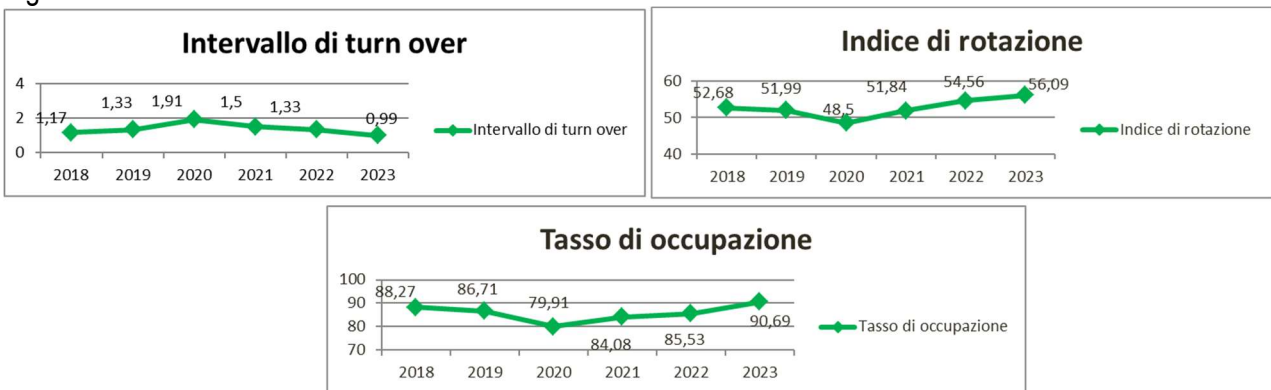
Fig. 4



In figura 5 è rappresentato l'andamento dei principali indicatori di efficienza di utilizzo dei posti letto: intervallo di *turn over* (IT), indice di rotazione (IR) e tasso di occupazione (TO).

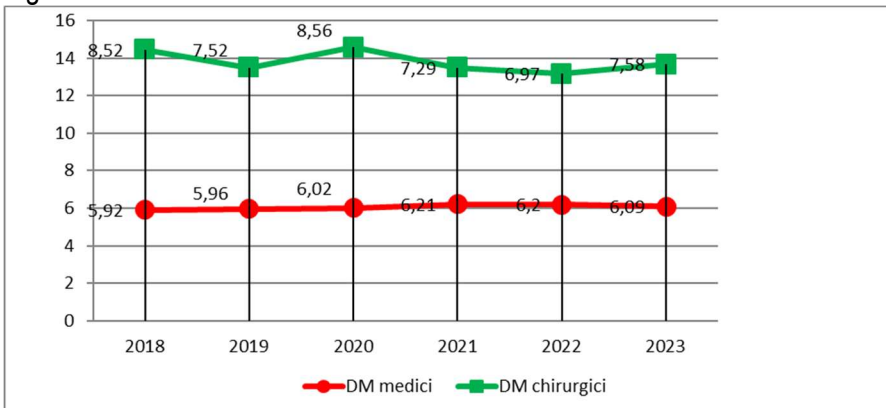
IT ed IR presentano un progressivo andamento migliorativo: il primo indicatore è espressione del numero di giorni che il posto letto resta libero fra uscita di un paziente ed ingresso del successivo; il secondo indica la numerosità di pazienti che si succedono sullo stesso posto letto nel periodo.

Fig. 5



In figura 6 è rappresentato l'andamento della durata media della degenza per i pazienti medici e per quelli di interesse chirurgico.

Fig. 6

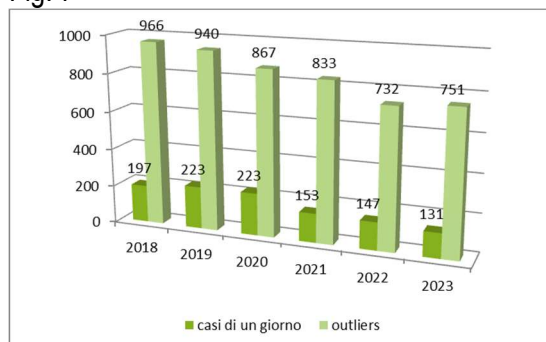


In figura 7 viene riportato l'andamento del numero dei casi di un giorno e di quelli *outliers*.

I primi rappresentano i ricoveri in regime ordinario con durata della degenza inferiore a due giornate e comprendono sia i casi di pazienti entrati ed usciti nella stessa giornata, sia quelli con una sola notte trascorsa in ospedale.

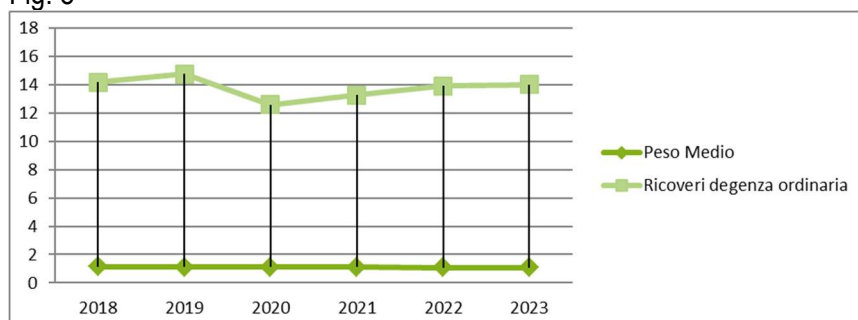
I casi *outliers* riguardano i ricoveri in regime ordinario la cui durata della degenza è superiore alla soglia specifica prevista per il DRG di riferimento.

Fig. 7



La figura 8 correla la numerosità dei ricoveri di degenza ordinaria con la loro relativa complessità espressa secondo l'indicatore del peso medio.

Fig. 8



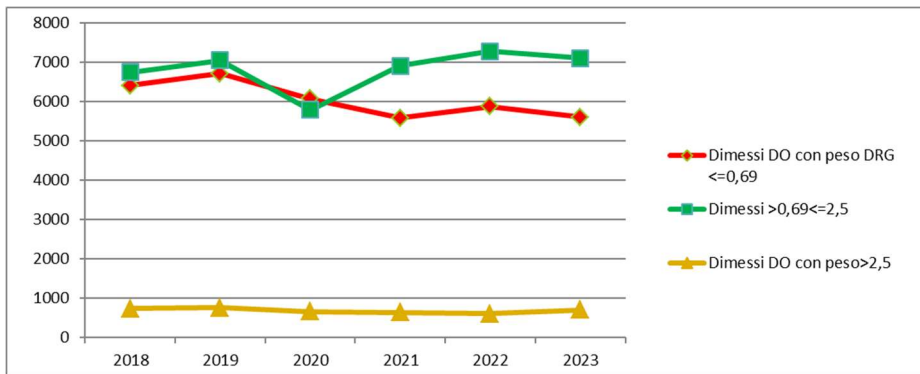
La tabella 3 presenta l'andamento della complessità della casistica nel quinquennio espressa secondo il valore del peso medio, riferita all'Istituto nel complesso e specificamente ai pazienti liguri ed a quelli provenienti da fuori regione.

Tab. 3

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
P.M. generale	1,15	1,11	1,11	1,12	1,08	1,08
P.M. pazienti liguri	1,04	1,07	0,95	1,04	1	0,98
P.M. pazienti da fuori regione	1,24	1,22	1,25	1,26	1,21	1,19

Il rispetto dei criteri di appropriatezza prevede che in via di prevalenza siano destinatari di ricovero ordinario i pazienti più complessi; in figura 9 e tabella 4 è riportato l'andamento della numerosità della casistica per fascia di complessità.

Fig. 9

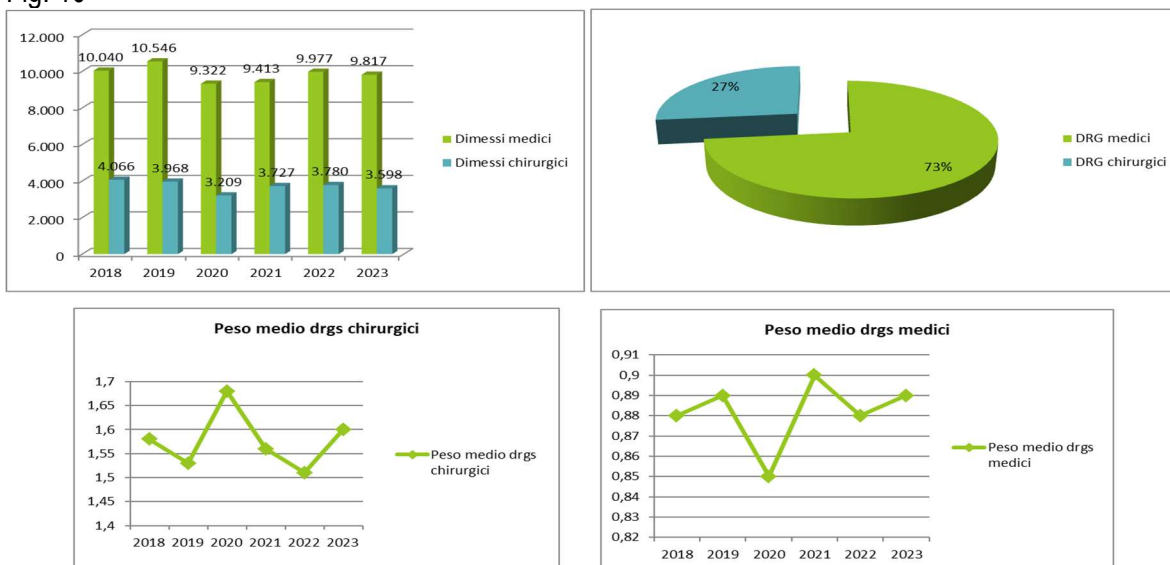


Tab. 4

Fasce di complessità	2018	2019	2020	2021	2022	2023
n.dimessi DO	14.154	14.741	12.595	13.225	13.902	13.996
di cui n.dimessi extra regione	5.812	5.996	4.500	4.843	5.383	5.427
Dimessi DO con peso DRG <=0,69	6.570	6.823	6.068	5.580	5.878	5.606
di cui casi FR peso inferiore o uguale a 0,69	1.892	1.952	1.471	1.425	1.638	1.448
Dimessi DO con Peso DRG >0,69 e <=0,92	2.363	2.489	2.174	2.481	2.509	2.534
Dimessi DO con peso DRG >0,92<=1,42	3.014	3.162	2.530	3.152	3.437	3.317
Dimessi DO con Peso DRG >1,42<=2,5	1.431	1.444	1.091	1.280	1.328	1.253
Dimessi DO con peso DRG >2,5	738	755	669	647	606	705

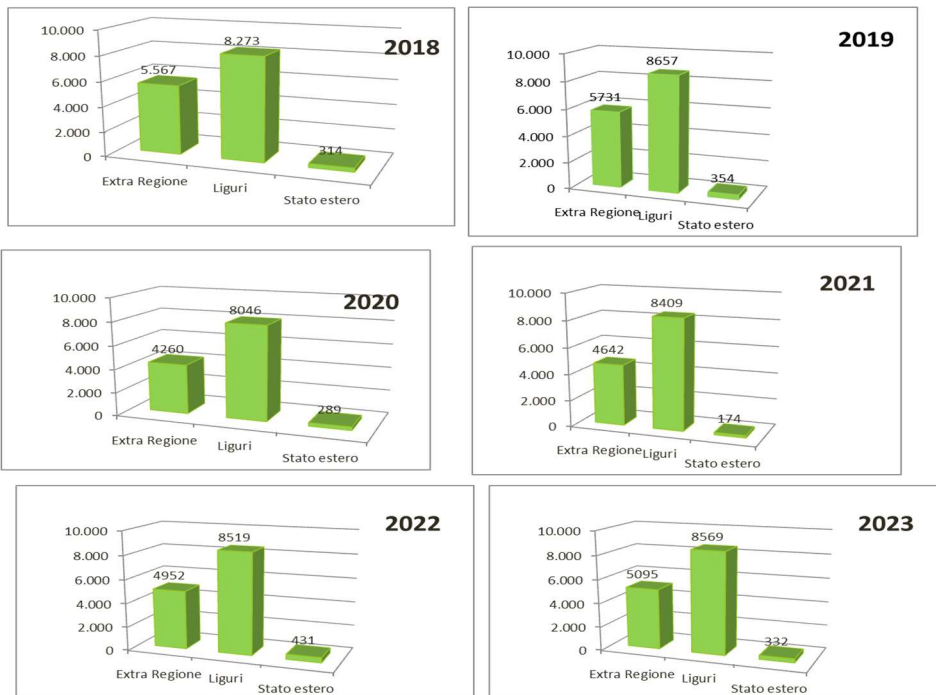
La figura 10 descrive il case mix nell'arco temporale in esame in termini di dimessi da area medica e chirurgica e relativo peso medio.

Fig. 10

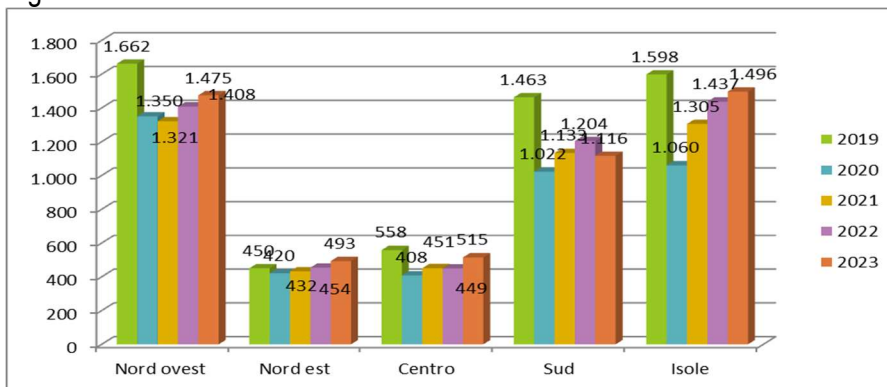


La figura 11 illustra l'andamento della capacità di attrazione dell'Istituto riguardante i pazienti provenienti da fuori regione e quelli stranieri; si rileva una sostanziale stabilità con incremento relativo di quelli provenienti da stati esteri.

Fig. 11



In figura 12 sono riportati i dati analitici per aree di provenienza.
Fig. 12



La tabella 5 riporta l'andamento della mobilità passiva riguardante la Regione Liguria per la fascia di età 0-14 anni.

Tab. 5

Anno	Ricoveri 2021	Ricoveri 2022
Mdc		
01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	140	126
02 - MALATT. DELL'OCCHIO	54	37
03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	99	139
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	67	43
05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	47	29
06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	68	64
07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	10	10
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	150	208
09 - MAL. PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	27	25
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	57	70
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	30	38
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	54	35
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	2	4
14 - GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO		1
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	641	711
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	20	33
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	15	19
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	20	51
19 - MALATT. MENTALI	233	243
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	38	41
22 - USTIONI	1	2
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	33	28
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.		2
NA -		
PR - PRE-MDC	3	5
Totale	1.809	1.964

Nella figura 13 il tasso di mortalità dell'Istituto, assoluto e correlato alla complessità della casistica.

Fig. 13



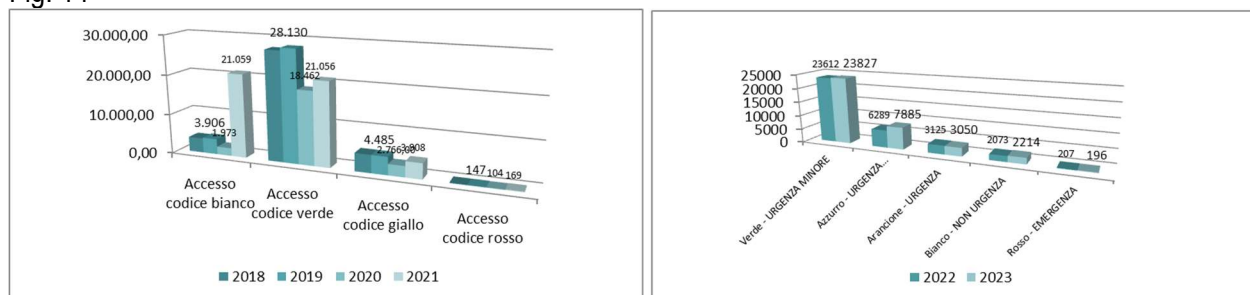
In tabella 6 sono riportati i dati più significativi riguardanti l'attività del pronto soccorso.

Tab. 6

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
n. accessi in PS	33.845	36.668	23.311	27.292	35.306	37.173
di cui n. accessi traumi ortop	3.202	3.377	1.815	2.755	3.110	3.444
N. accessi ginecologici	1.959	1.911	2.382	1.937	1.756	2.127
Ricoveri da PS	2.846	3.426	3.478	3.431	3.867	3.760
n. OBI	2.045	2.140	908	1.222	1.712	1.962
n. allontanamenti da PS	498	647	247	351	614	750

La figura 14 illustra la numerosità dei pazienti per codice colore; la normativa che disciplina le priorità di accesso è stata modificata nel 2022.

Fig. 14



1.4 Attività di ricerca

Le attività di ricerca sono fondamentali e distintive dell'Istituto quale IRCCS riconosciuto per la disciplina "Pediatria" che rappresenta luogo privilegiato per la realizzazione delle attività di ricerca volte a sviluppare soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica.

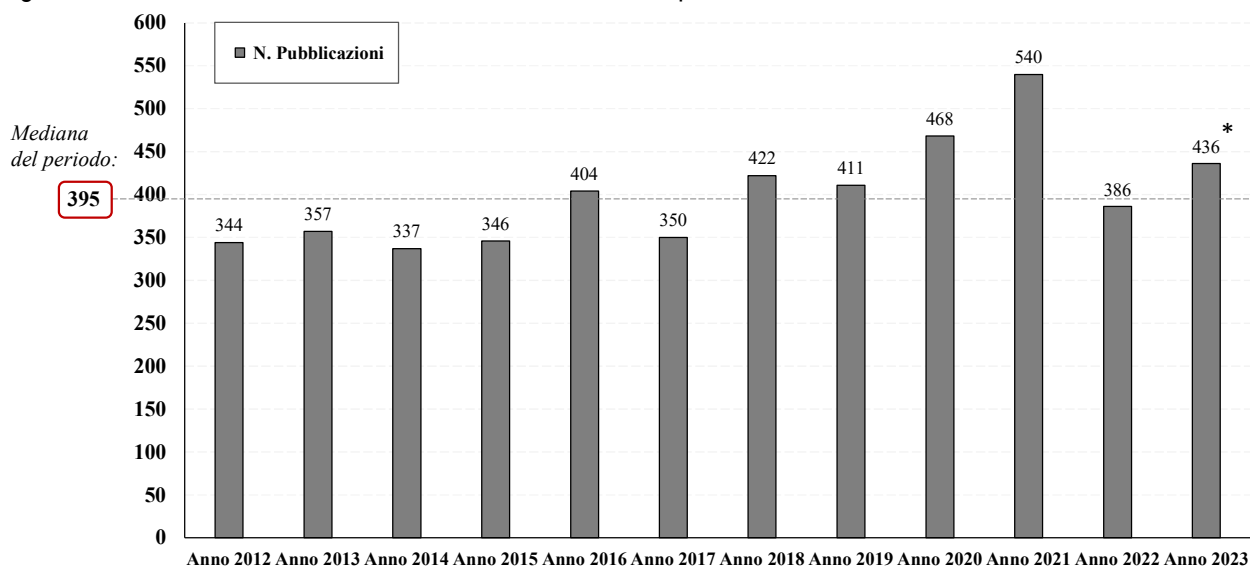
In figura 1 vengono riportati i dati di produttività scientifica dell'Istituto degli ultimi 11 anni valutata sulla base del numero di pubblicazioni su riviste internazionali.

Dal trend di produzione, si evince che nel 2022 la quantità di pubblicazioni si è ridotta del 28% rispetto all'anno precedente: il motivo di tale riduzione è da collegarsi soprattutto al fatto che le regole ministeriali relative all'accettazione delle pubblicazioni, ai fini della misurazione del valore della produzione sono, per il 2022,

diventate molto più rigide (ad esempio, aumento dei criteri di esclusione, riduzione della soglia di inclusione degli studi in età pediatrica da 18 a 14 anni).

In aggiunta, occorre considerare che negli enti di ricerca, considerato il ciclo della produzione scientifica, è anche fisiologico rilevare picchi di attività, come è avvenuto nel 2021; pertanto è importante valutare la quantità di produzione scientifica in un trend almeno decennale e valutare la mediana del periodo che mostra che il numero di pubblicazioni 2023 (436) è superiore al valore della mediana del periodo (395).

Fig. 1. Produzione scientifica dal 2012 al 2023: Numero di pubblicazioni.

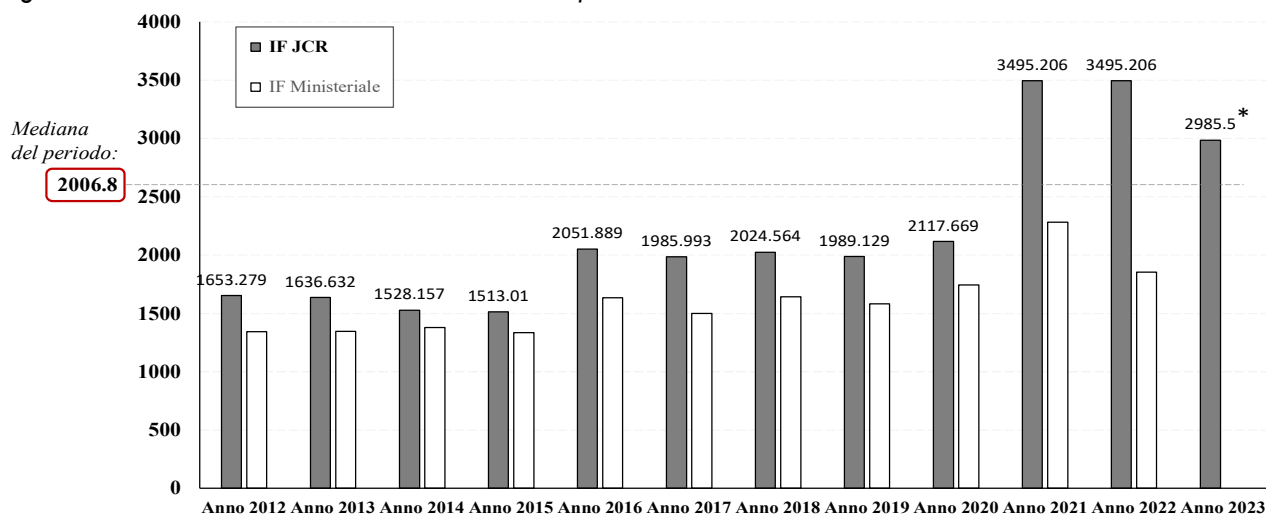


* Anno 2023: dati provvisori al 13/12/2023

In figura 2 vengono riportati i dati di produttività scientifica dell'Istituto per lo stesso periodo, valutata sulla base dell'indicatore *Impact Factor* (sia IF secondo il *Journal Citation Reports*, sia secondo la normalizzazione ministeriale dello stesso).

Dall'analisi del grafico relativo al trend di periodo, si evince che l'*Impact Factor* del 2023, pur essendo un dato provvisorio, è al di sopra del valore della mediana di riferimento, a significare la più alta qualità scientifica delle pubblicazioni prodotte.

Fig. 2. Produzione scientifica dal 2012 al 2023: *Impact Factor*.



* Anno 2023: dati provvisori al 13/12/2023

Nella sotto riportata tabella vengono indicati i contributi per la ricerca del periodo 2018-2022:

	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022 (*)
Contributi pubblici italiani	9.097.321	10.285.929	15.227.429	12.445.838	12.173.929
Contributi pubblici europei	571.550	735.241	195.972	535.556	
Contributi pubblici extra europei					
TOTALE CONTRIBUTI PUBBLICI	9.668.872	11.021.170	15.423.401	12.981.394	12.173.929
Contributi privati italiani	2.139.098	3.468.073	2.417.327	3.159.006	4.630.908
Contributi privati europei					
Contributi privati extra europei					
TOTALE CONTRIBUTI PRIVATO	2.139.098	3.468.073	2.417.327	3.159.006	3.141.141
Altri contributi (proventi da sperimentazioni cliniche)	1.062.393	1.998.091	846.352	2.326.915	1.075.671

(*) Dati in corso di consolidamento

Riguardo alla pianificazione nell'ambito delle attività di ricerca, è stato redatto il Piano strategico della ricerca 2024 - 2026, concluso e definito nel dicembre 2023.

1.5 Formazione ed Aggiornamento

L'Istituto intende favorire attraverso lo sviluppo e l'implementazione delle attività del Centro di Formazione:

- una formazione mirata a sviluppare e valorizzare le risorse umane e le loro competenze
- una formazione consapevole di dimensioni cliniche, relazionali, gestionali e manageriali, attraverso metodologie, orientate alla valorizzazione dei ruoli, dell'esperienza ed al contesto specifico del lavoro
- una formazione al sostegno della pianificazione strategica dell'Istituto, che accompagni le riflessioni e lo sviluppo delle competenze dei professionisti, attivandosi in modo interdisciplinare, per il raggiungimento degli obiettivi.

Il Piano Formativo Aziendale identifica le aree tematiche, a livello di argomento generale ed a livello di dettaglio operativo identifica gli argomenti specifici, i destinatari ed altri elementi delle singole attività formative.

Il Piano Formativo Aziendale è formulato secondo i seguenti criteri:

- rilevanza aziendale
- pertinenza all'obiettivo di sviluppo
- coerenza con lo specifico contesto
- appropriatezza scientifica.

La rilevanza e la priorità all'organizzazione dei corsi, viene data alle diverse tematiche di assistenza e ricerca allineate alla programmazione strategica ed al sistema di budget, di emergenza-urgenza, sicurezza del lavoro ai sensi del D. Lgs. n. 81/08, *privacy*, anticorruzione, innovazione organizzativa e gestionale.

Secondo la pianificata collaborazione tra Fondazione Gaslini e Istituto, si è: a) riattivata la Villa Quartara come sede per i corsi di formazione (anche in ragione dell'avvio dei lavori per il nuovo ospedale, che ha determinato la collocazione nella Villa del detto Centro Formazione); b) rinnovato il Consorzio ex CISEF, con la nuova denominazione "Gaslini *Academy*", l'apertura ad altri soci e un ambizioso piano di sviluppo finalizzato a collocarlo quale punto di riferimento per la formazione nazionale ed internazionale (con l'importante apporto dell'unità Gaslini *International*, nel suo ambito operativo).

La modalità *webinar* e/o FAD rimane ancora un metodo privilegiato per raggiungere più persone senza richiedere spostamenti. In alcuni casi (in particolare, sicurezza sul lavoro) è gestita la formazione con doppia modalità, sia in presenza, sia in *webinar*.

I corsi rivolti ai dirigenti sanitari ed alle professioni sanitarie vengono accreditati presso la Regione Liguria, nell'ambito del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM): gli aspetti amministrativi relativi all'inserimento dei corsi, alla verifica della presenza e del profitto, al rilascio degli attestati, riportanti i crediti formativi conseguiti, al rapporto di fine corso con l'analisi dei partecipanti e dei test di profitto e di gradimento, alla documentazione della partecipazione cartacea e informatizzata sono svolti dal Centro Formazione Istituto Giannina Gaslini.

La qualità dei corsi erogati, la ricaduta pratica, i fabbisogni formativi emergenti, le criticità ed il monitoraggio del Piano Formativo sono stati svolti, in prima fase, dal Centro Formazione Istituto Giannina Gaslini e, periodicamente, dal Comitato Scientifico preposto per la validazione dei progetti formativi Aziendali dell'Istituto Giannina Gaslini.

La partecipazione agli eventi formativi previsti dal Piano Formativo è stata monitorata attraverso l'inserimento dei dati nel:

- *software* ALISEO - Formazione, dove ogni dipendente può visualizzare i corsi svolti, compilare il questionario di gradimento e stampare i propri attestati
- sito www.centroformazione.gaslini.org, dove sia i dipendenti sia i partecipanti esterni possono visualizzare gli eventi formativi di interesse, iscriversi e scaricare i vari documenti, resi disponibili dal Centro Formazione.

E' programmata per il primo trimestre del 2024 la revisione del Regolamento generale della formazione, su cui era stato attivato apposito gruppo di lavoro: oltre all'approvazione del nuovo regolamento, è inoltre pianificata l'elaborazione delle linee di evoluzione gestionale per il prossimo triennio - in coordinamento con lo sviluppo del Consorzio Gaslini Academy, di cui è appunto socio fondatore l'Istituto nell'ambito del "sistema Gaslini" che si intende progressivamente consolidare - delle attività del Centro formazione sotto i diversi aspetti dell'informatizzazione e dell'innovazione organizzativa.

Area Formazione Studenti e Gestione dei frequentatori in Ospedale

Il Centro Formazione gestisce gli accessi in ospedale da parte di personale non dipendente/visitatori a vario titolo, sulla base di un procedura approvata dalla Direzione dell'Istituto finalizzata alla prevenzione del rischio di contagio per malattie trasmissibili.

In collaborazione con l'Università di Genova, coordina e gestisce tutte le attività didattiche relative al Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, sia per gli aspetti didattici che di tirocinio clinico.

Gestisce gli atti amministrativi tra Università ed Istituto G. Gaslini, per lo svolgimento dell'attività didattica del Corso di Laurea in Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva

E' accreditato presso la Regione Liguria come Provider ECM e certificato da Bureau Veritas secondo la norma ISO 9001:2015.

L'Istituto, come detto, ha conseguito nel 2021 la Certificazione *Joint Commission* per la formazione - Sezione IV quale *Academic Medical Center*.

Sintesi attività anno 2023

L'attività ha previsto:

- Corsi deliberati 268
- Corsi svolti complessivamente: n. 201
- Partecipanti complessivi: (dato in elaborazione)

- Media crediti ECM/partecipante: (dato in elaborazione)
- Partecipanti complessivi: (dato in elaborazione)
- Media crediti ECM/partecipante: (dato in elaborazione)

Studenti corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica Unige: n. 52

Studenti corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva Unige: n. 55

Frequentatori Gennaio - Dicembre 2023 TOTALI FREQUENTATORI 870 - il dato è in elaborazione (Specializzandi extra rete formativa; Studenti; Tesisti; Dottorandi; Frequenze volontarie; Frequentatori stranieri; Progetti Erasmus; Studenti internazionali)

Indicatori di qualità rilevanza e utilità degli eventi del Centro Formazione

Al termine delle ore dedicate alla formazione, i partecipanti sono invitati a compilare un questionario sulla qualità del Corso, nel quale possono indicare la rilevanza del programma rispetto ai bisogni formativi e al ruolo professionale dei partecipanti, la qualità formativa del programma e dei docenti, l'efficacia della formazione rispetto agli obiettivi formativi, la qualità della organizzazione ed il tempo necessario per svolgere l'attività formativa.

Il questionario è compilato in forma anonima.

Nelle tabelle n. 11 e n. 12 sono rappresentati i risultati della compilazione dei questionari sulla qualità dei Corsi svolti nell'anno 2022 e 2023, suddiviso nel primo e secondo semestre (tab. 11) e l'andamento della compilazione dei questionari sulla qualità dei Corsi nel triennio 2021/2023 (tab.12).

Tab.11

ANNO 2022 Rilevanza - Qualità - Efficacia			
	rilevanza	qualità	efficacia
	rilevanza	qualità	efficacia
1 semestre 2022	92%	97%	84%
2 semestre 2022	95%	98%	93%

Tab.12

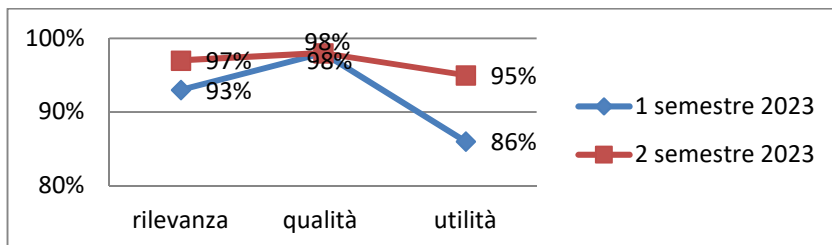
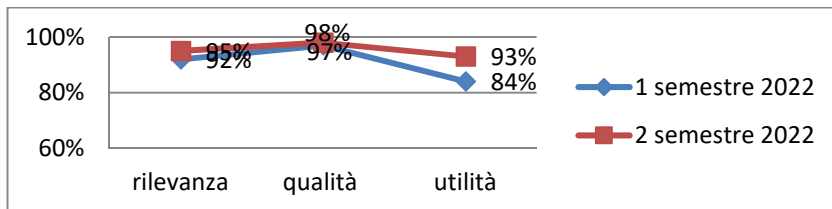
TREND ANNI 2020 -2023 Rilevanza - Qualità - Efficacia			
Anni	rilevanza	qualità	efficacia
2021	79%	96%	81%
2022	93%	97%	88%
2023	95%	98%	91%

ANNO 2023 Rilevanza - Qualità - Efficacia			
	rilevanza	qualità	efficacia
	rilevanza	qualità	efficacia
1 semestre 2023	93%	98%	86%
2 semestre 2023	97%	98%	95%

Indicatori di performance 1° e 2° semestre 2022 - 2023

Nella tabella 13 e 13 bis, sono illustrati gli indicatori di performance per l'anno 2022 (tab13) e la formula con cui vengono calcolati gli indicatori (tab13 bis).

Tab.13



Tab.13 bis

Valutazione della qualità percepita Centro Formazione da parte degli utenti /partecipanti

Nel sistema di valutazione della Qualità, è monitorata sia la qualità percepita dell'attività svolta dal Centro Formazione IRCCS "G. Gaslini" da parte dei partecipanti ai Corsi che la valutazione degli spazi didattici utilizzati per lo svolgimento dei corsi.

Nella figura n. 17 sono riportati i risultati alla valutazione dell'attività del Centro Formazione.

Fig.17 - anno 2022

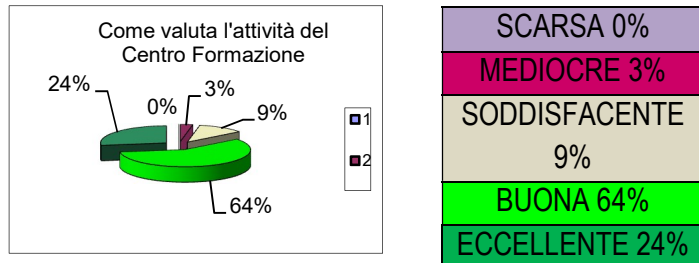
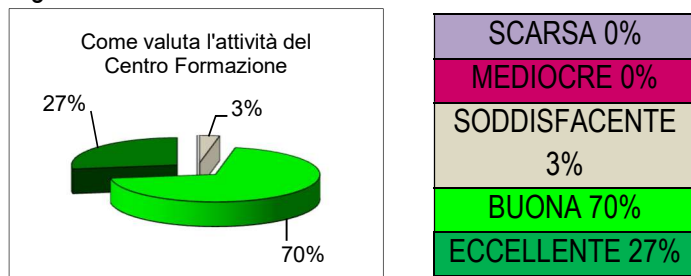


Fig.17 - anno 2023



Nella figura n.18 sono riportati i risultati della valutazione degli spazi didattici.

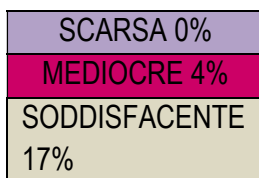


Fig. 18 - anno 2022

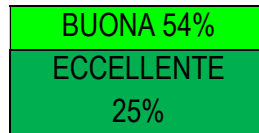
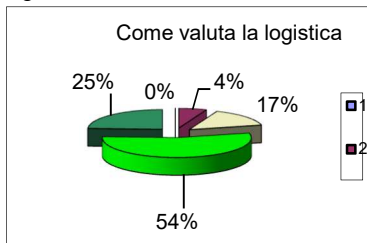
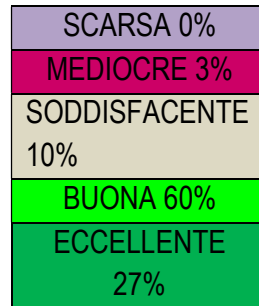
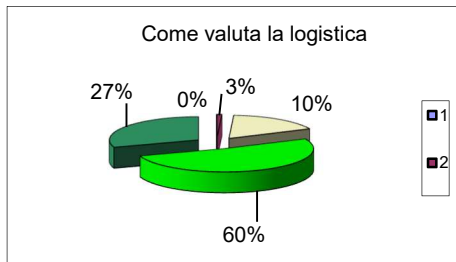


Fig. 18 - anno 2023



Nell'ambito delle valutazioni, è stata considerata la soddisfazione del cliente/committente dei corsi di formazione, come indicatore significativo per conoscere le opinioni, focalizzare i punti di forza, ma anche identificare i punti deboli dell'organizzazione, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

Le aree indagate sono: Tempestività di pubblicizzazione dell'evento; Chiarezza ed esaustività dell'informazione; Facilità nell'iscrizione; Tempestività nelle risposte; Competenza e cortesia; Valutazione globale del supporto della segreteria organizzativa.

Nelle figure n. 19 e n. 20 è rappresentato un riepilogo di alcune risposte ricevute; nella figura 19 la sintesi delle risposte relative alla "Tempestività nelle risposte", nella figura 20 la "Competenza e cortesia".

Modalità di risposta: Indica il grado di accordo alle seguenti affermazioni, su una scala che va da 1 (per nulla) a 5 (completamente d'accordo)



Fig. 19 anno 2022

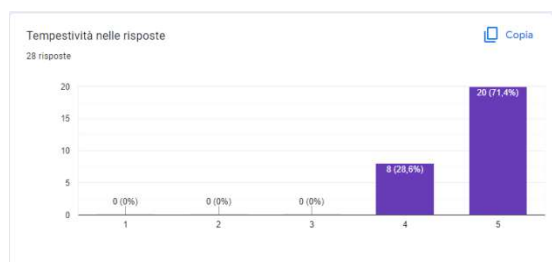


Fig. 20 anno 2022

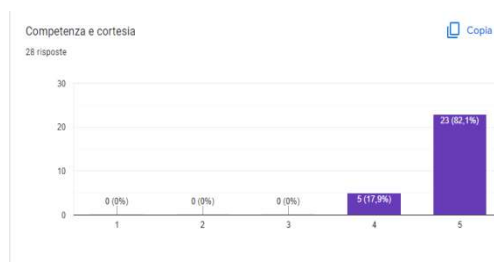


Fig. 19 anno 2023

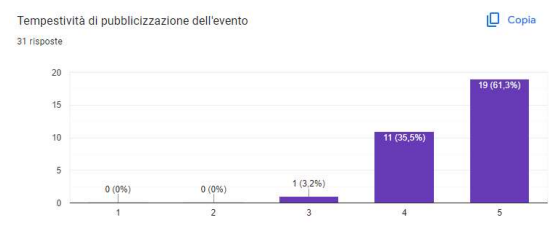
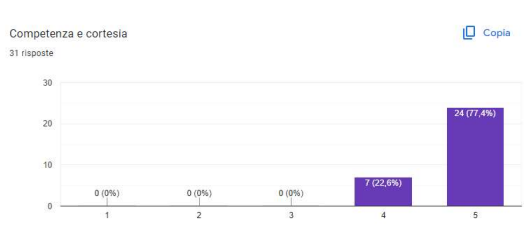


Fig. 20 anno 2023



Valutazione Ricaduta Eventi Formativi

Entro sei mesi dal termine dell'evento formativo erogato, a campione, a seguito di accurata valutazione degli eventi inseriti nel Piano Formativo Aziendale dell'anno in corso, vengono individuati almeno n. 3 eventi da monitorare, al fine di valutare la ricaduta formativa degli stessi partecipanti.

Il monitoraggio avviene attraverso la somministrazione di un questionario anonimo ai partecipanti dell'evento individuato, nel quale sono contenute alcune domande, a campione del test di profitto del Corso.

La valutazione positiva di efficacia didattica dell'evento erogato, è considerata in modo positivo, quando si ha la risposta corretta ad almeno 3 domande su 5 somministrate.

Segue il calendario dei corsi che hanno avuto la valutazione della ricaduta formativa (tabella 14)

CALENDARIO RICADUTE CORSI 1° SEMESTRE 2023

TITOLO EVENTO	DATA	TEMPISTICA MONITORAGGIO
P.A.L.S. – PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT	02 – 03/12/2022	entro 6 mesi dal termine del corso: 03.06.2023
LA COMUNITA' EDUCANTE TRA SOCIALE E SANITARIO: CORE.COMPETENCE, DEONTOLOGIA, PERCORSI NORMATIVI E FORMATIVI DELLA FIGURA PROFESSIONALE DELL'EDUCATORE IN ITALIA	Fine 03/12/2022	entro 6 mesi dal termine del corso: 03.06.2023
BLS D PEDIATRICO	15/12/2022	entro 6 mesi dal termine del corso: 15.06.2023
CORSO DI ADATTAMENTO NEONATALE NELLE PRIME DUE ORE DI VITA PER PERSONALE OSTETRICO	19/12/2022	entro 6 mesi dal termine del corso: 19.06.2023

CALENDARIO RICADUTE CORSI 2° SEMESTRE 2023

TITOLO EVENTO	DATA	TEMPISTICA MONITORAGGIO
QUALITA' E MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI ATTRAVERSO LA NORMA ISO 15189	22/03/2023	entro 6 mesi dal termine del corso: 22.09.2023
USO DEL PARTOGRAMMA OMS 2018	18/04/2023	entro 6 mesi dal termine del corso: 18.10.2023
ECM: IMPARIAMO A CONOSCKERLI, ANCHE CON LE NOVITA' NORMATIVE	15/05/2023	entro 6 mesi dal termine del corso: 15.11.2023
INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO IN ALLERGOLOGIA PEDIATRICA	17/05/2023	entro 6 mesi dal termine del corso: 17.11.2023

1.6 Il Quadro Economico

Il triennio 2024-2026 si caratterizza per l'introduzione di elementi di riorganizzazione attraverso i nuovi modelli previsti dal Piano di Organizzazione approvato a marzo 2023, nonché dalla prosecuzione del progetto c.d. "Gaslini Diffuso" che, come indicato nella DGR n. 147/2022 e nella successiva DGR n. 255/2022 (contenenti i principi attuativi della L.R. n. 22/2021), a partire dal 01/07/2022 ed almeno fino al 30/06/2024 comporteranno variazioni da un lato per i maggiori costi di funzionamento (quali ad esempio il costo del personale, il costo delle acquisizioni dei fattori produttivi e dei servizi accessori) con conseguente necessità di revisione delle risorse regionali, dall'altro nei maggiori valori della produzione ambulatoriale ed ospedaliera che dovrebbero evidenziare un incremento legato alle *best practices* messe in atto ed alla minore "fuga" di pazienti fuori regione, ed anche da una maggiore attrattività.

A ciò si deve aggiungere l'implementazione dei progetti di investimento meglio precisati al paragrafo successivo, i cui tempi di realizzazione richiedono una programmazione rigorosa ed un attento monitoraggio delle fasi esecutive, con impegno rilevante nel prossimo triennio per le strutture tecniche e sanitarie aziendali.

Si prevede anche per l'annualità 2024 un miglioramento nel percorso di positiva ed importante implementazione del percorso di *budget* a livello aziendale.

L'Istituto, nelle more della negoziazione del *budget* con la Regione Liguria e della successiva assegnazione delle risorse e obiettivi per l'esercizio 2024 (con particolare attenzione a quanto rilevato ed evidenziato riguardo al progetto "Gaslini diffuso"), dal mese di novembre 2023 ha avviato il processo di *budgeting* 2024 con le singole strutture e con i dipartimenti, tenendo conto dell'obiettivo di incremento produttivo concordato con Regione per l'anno precedente, ed ha previsto una forte *governance* della direzione strategica, quindi con un pieno coinvolgimento, oltre alla direzione generale, di tutte le direzioni (scientifica, sanitaria e amministrativa), con in particolare la direzione delle professioni sanitarie, nonché un coinvolgimento operativo del Collegio di direzione nel monitoraggio costante dell'andamento della produzione.

Per quanto riguarda i costi per l'anno 2024, nella predisposizione del bilancio di previsione si terrà conto degli effetti delle azioni volte a migliorare l'efficienza e la produttività dell'Istituto, attraverso una revisione dei processi clinico-organizzativi più rilevanti allo scopo di accrescere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e del consumo delle risorse, nonché mediante l'implementazione del sistema di monitoraggio dei costi di produzione e del sistema di programmazione e controllo nel suo complesso, secondo i principi discendenti dal Piano Strategico dell'Istituto e dal nuovo modello organizzativo.

Le azioni individuate potranno essere ulteriormente agevolate grazie all'introduzione del nuovo *software* di contabilità integrata, avvenuta nel secondo semestre del 2023, che ha comportato una completa integrazione

dei vari processi di assegnazione *budget*, emissione e rilevazione degli ordini di beni e servizi, gestione delle scorte (anche dei reparti), gestione e valorizzazione dei cespiti, gestione e controllo del ciclo attivo e passivo (fatturazione, pagamento/incassi), rilevazioni di contabilità analitica.

Le azioni riorganizzative sopra descritte, e la volontà di farsi interprete di un ospedale non solo inteso come luogo di cure e guarigione, ma anche come luogo ove prendersi cura dei bisogni del nucleo familiare per fronteggiare un evento traumatico come la malattia di un bambino, non potevano prescindere da un profondo ammodernamento architettonico e funzionale dell'Ospedale. Per questo il Piano Strategico ha previsto la realizzazione del cd. Nuovo Gaslini attraverso la costruzione di un nuovo e moderno padiglione ospedaliero ove riallocare i reparti secondo un criterio di intensità assistenziale, sostituendo due edifici non adibiti ad attività sanitaria. Il nuovo edificio accoglierà circa la metà dei posti letto per acuti, in continuità di funzione con il padiglione 17, realizzando così un unico corpo centrale dell'Ospedale e permettendo la rifunzionalizzazione di una serie di edifici all'interno della cinta ospedaliera, che potranno avere una diversa destinazione d'uso, per funzioni complementari quali ad esempio per foresteria a favore delle famiglie dei pazienti, della comunità scientifica e didattica, o ancora dell'attività territoriale e/o sociale (quale ad esempio la realizzazione di asilo nido e di spazi per le associazioni di volontariato). Per la realizzazione di questo obiettivo indispensabile per lo sviluppo dell'Istituto quale moderno e sicuro luogo di cura, in ragione della complessità dell'intervento, si è definito nel 2023 il contratto di concessione, ai sensi dell'art. 180 del Codice degli Appalti, mediante il ricorso allo strumento del partenariato pubblico - privato, in quanto procedura maggiormente efficace ed efficiente per consentire l'ammodernamento della struttura ospedaliera. Dopo la con deliberazione n. 8 del 21 febbraio 2022 del Consiglio di Amministrazione, che ha approvato la consultazione di mercato volta a sollecitare la presentazione di proposte, da parte di operatori economici adeguatamente qualificati, aventi ad oggetto "l'ammodernamento della struttura ospedaliera, consistente nella realizzazione ex novo di un padiglione ospedaliero, la manutenzione straordinaria/rifunzionalizzazione di altri padiglioni deputati ad attività sanitaria e a servizi complementari nel sedime dell'Ospedale e la gestione dei servizi di *hard facility management*, compresa la fornitura dei vettori energetici", si è concluso nel luglio 2023 il grande lavoro di istruttoria, di conduzione dei procedimenti di esame delle proposte e di gara, con l'aggiudicazione definitiva per la realizzazione e la gestione delle opere: nel triennio d'interesse del PIAO l'obiettivo è quello di governare il percorso del cantiere con tutte le implicazioni per l'imponente innovazione progettata ed attivata per l'Istituto.

Gaslini

ISTITUTO GASPALINI GASLINI
OSPEDALE OSPEDALIERO
DI BRESCIA E L'AREA
E LAZIO SPEDIZIONE

Piano Strategico: Nuovo Gaslini - aggiornamenti

Metodo:

- ✓ Ascolto esigenze
- ✓ Impegno esaudire tutte le esigenze assistenziali
- Calendarizzazione interventi [traslochi – lavori – attivazione nuovi spazi]
- Comunicazioni calendario
- Azioni

IL NUOVO
Gaslini

AMPLIAMENTO (area servizi)

AMPLIAMENTO (degenza high care)

Pad. 17, 18, 19, 20 (degenza high care)

Pad. 16 (degenza low care)

Pad. 15 (laboratori di ricerca)

Pad. 14 (area foresteria)

Pad. 1, 2, 3, 12, 13 (servizi per: famiglia, famiglia, studenti, associazioni)

04

Per l'approfondimento di tale fondamentale progettualità si rimanda al paragrafo successivo.

1.7 Investimenti e attivazione nuovi servizi

In tale contesto si inserisce la realizzazione dell'intervento di ammodernamento della struttura ospedaliera consistente nella realizzazione, ex novo, di un padiglione ospedaliero, nella manutenzione straordinaria / rifunzionalizzazione di altri padiglioni deputati ad attività sanitaria e a servizi complementari nel sedime dell'ospedale e la gestione dei servizi di *hard facility management*, compresa la fornitura dei vettori energetici, coinvolgendo capacità progettuali e finanziamenti di soggetti privati. Il sito della nuova edificazione è stato individuato all'interno del sedime di proprietà del Gaslini.

Gli obiettivi strategici perseguiti dal Gaslini per ristrutturare e potenziare la propria offerta di servizi dotandosi di un moderno polo integrato ad alta intensità tecnologica per le cure intensive, in linea con le specifiche normative e autorizzazioni di settore e secondo idee e visione progettuali innovative, sono i seguenti:

1. contribuire alla sostenibilità ambientale (orientamento all'impatto zero - *green building*), anche tramite un maggior ricorso a fonti rinnovabili di energia e riduzione della dipendenza dal metano;
2. migliorare l'efficacia ed efficienza, supportando la necessaria e non più rinviabile riduzione del rischio clinico che si determina per la frammentazione dei servizi fra più edifici;
3. adeguare la struttura dell'offerta alle più avanzate acquisizioni, in termini di assistenza e ricerca per le cure dei pazienti in età pediatrica, sia introducendo quei requisiti di flessibilità di ambienti e dotazione tecnologica, tali da renderne possibile l'adattamento a future esigenze dipendenti dall'evoluzione del sapere scientifico, o a condizioni straordinarie di emergenza (ad es. piano pandemico), sia coniugando in modo ottimale gli spazi di cura e di ricerca per la crescita dell'eccellenza scientifica;
4. conseguire una migliore e maggiore accessibilità e fruibilità per le famiglie dei piccoli pazienti;
5. contribuire allo sviluppo territoriale, migliorando l'attrattività e la propria capacità competitiva, con l'integrazione di servizi complementari rivolti alla popolazione del Gaslini (pazienti, famiglie, operatori) anche considerato che l'Istituto, oltre ad essere sede di formazione universitaria, con studenti da altre regioni, è già centro di riferimento per le malattie rare e ad alta complessità e componente di 12 reti ERN - *European Reference Network*;
6. valorizzare e recuperare le aree a verde, con attenzione alla riqualificazione del patrimonio edilizio esistente, unitamente alla riqualificazione dei servizi del territorio.

Il quadro economico dell'intervento prevede una quota di contributo pubblico e una quota di capitale privato. Il capitale privato viene reperito attraverso il ricorso al Partenariato Pubblico Privato (PPP), seguendo le previsioni contenute nel piano economico-finanziario dell'operatore economico che si è aggiudicato la gara per la concessione di costruzione e gestione del nuovo Gaslini.

Si rappresenta che all'interno del contributo pubblico è previsto un importo derivante dal PNRR-FC M6C2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile, per cui la realizzazione di tale parte sarà coerente con il cronoprogramma previsto per la realizzazione degli interventi finanziati dal PNRR.

Si evidenzia che ad oggi si sono concluse le seguenti *Milestones*:

- **M1** – *Pubblicazione di gare d'appalto o accordi quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del Ssn - 31/03/2023* con la pubblicazione della Procedura di gara per l'affidamento della *Concessione per la progettazione, costruzione e gestione, della struttura ospedaliera dell'IRCCS Gaslini, sita in Genova, in via Gerolamo Gaslini n. 5, consistente nella realizzazione, ex novo, di un padiglione ospedaliero, la manutenzione straordinaria/rifunzionalizzazione di altri padiglioni deputati ad attività sanitaria e a servizi complementari nel sedime dell'ospedale e la gestione dei servizi di hard facility management, compresa la fornitura dei vettori energetici, in data 21/04/2023;*
- **M2** – *Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN - 30/09/2023* con la firma del contratto di *Concessione per la progettazione, costruzione e gestione, della struttura ospedaliera dell'IRCCS Gaslini, sita in Genova, in via Gerolamo Gaslini n. 5, consistente nella realizzazione, ex novo, di un padiglione ospedaliero, la manutenzione straordinaria / rifunzionalizzazione di altri padiglioni deputati ad attività sanitaria e a servizi complementari nel sedime dell'ospedale e la gestione dei servizi di hard facility management, compresa la fornitura dei vettori energetici, in data 23/10/2023;*
- **M3** – *Avvio dei lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN - 31/12/2023* con la consegna delle aree di cantiere in data 23/10/2023.

Il contratto di concessione sopra richiamato comprende diverse attività scandite nel tempo secondo le indicazioni di capitolato, richiamate nel contratto e nei suoi allegati, che prevedono:

- la demolizione dei Padd. 7 e 8 (incluso l'edificio Scuola Professionale) e la realizzazione del nuovo edificio denominato Padiglione ZERO sul loro sedime e la realizzazione del polo Tecnologico, comprensivi della progettazione definitiva/esecutiva redatta ai sensi dell'art. 23, comma 4, del Codice;
- la progettazione definitiva degli interventi di manutenzione straordinaria di ristrutturazione dei Padiglioni 6, 15, 16, 17 e 18;
- la progettazione esecutiva e la manutenzione straordinaria di ristrutturazione degli edifici denominati Padd. 6, 15, 16, 17-DEA e 18;
- i servizi di *hard facility management*, compresa la fornitura dei vettori energetici dei padiglioni di cui ai precedenti i. e ii. e dei Padiglioni 4, 5, 9, 10, 11, 14 e 20;
- fornitura dei vettori energetici nei Padd. 1, 2, 3, 12, 13 e 19 (Risonanza magnetica) adibiti a futuri servizi complementari (esclusa la manutenzione, in quanto non oggetto della Convenzione);

secondo le seguenti Fasi di Intervento:

- **FASE DI INTERVENTO 1:** demolizione padiglione 7 e 8, costruzione del Padiglione Zero e del Polo Tecnologico;
- **FASE DI INTERVENTO 2:** manutenzione straordinaria di ristrutturazione dei Padiglione 6, 17-DEA e 18;
- **FASE DI INTERVENTO 3:** manutenzione straordinaria di ristrutturazione del Padiglione 16;
- **INTERVENTO 4:** manutenzione straordinaria di ristrutturazione del Padiglione 15;

integrate con le seguenti Fasi di Gestione:

- **FASE DI GESTIONE 1** dal collaudo del Padiglione Zero alla ultimazione della ristrutturazione dei Padiglioni 6, 17-DEA e 18: gestione **FULL RISK** del Padiglione Zero, manutenzione ordinaria e straordinaria dei Padiglioni 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 20, nonché del parcheggio interrato, e fornitura dei vettori energetici di tutti i padiglioni attivi esistenti (si specifica che è esclusa la manutenzione dei Padiglioni 1, 2, 3, 12, 13 e 19, adibiti a servizi complementari, in quanto non oggetto del Contratto);
- **FASE DI GESTIONE 2** dalla ultimazione della manutenzione straordinaria di ristrutturazione dei Padiglioni 6, 17-DEA e 18 alla ultimazione della ristrutturazione del Padiglione 16: tutto quanto previsto alla fase di gestione 1 oltre alla gestione **FULL RISK LIGHT** dei Padiglioni 6, 17-dea e 18, compresa fornitura dei vettori energetici di tutti i padiglioni attivi esistenti;
- **FASE DI GESTIONE 3** dalla ultimazione della manutenzione straordinaria di ristrutturazione del Padiglione 16 alla ultimazione della ristrutturazione del Padiglione 15: tutto quanto previsto alla fase di gestione 2 oltre alla gestione **FULL RISK LIGHT** del Padiglione 16, compresa la fornitura dei vettori energetici di tutti i padiglioni attivi esistenti;
- **FASE DI GESTIONE 4** dalla ultimazione della manutenzione straordinaria di ristrutturazione del Padiglione 15 alla FINE della CONCESSIONE: tutto quanto previsto alla Fase di Gestione 3 oltre alla gestione **FULL RISK LIGHT** del Padiglione 15, compresa la fornitura dei vettori energetici di tutti i padiglioni attivi esistenti.

Il Contratto ha la durata complessiva di 22 anni, come da Cronoprogramma della Concessione "Cronoprogramma della Concessione" e da Cronoprogramma dei Lavori "Programma di lavoro dettagliato".

Nell'ambito della succitata missione M6 salute 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" è previsto per il 2024 l'intervento di ristrutturazione del reparto di Neuropsichiatria Infantile al Padiglione 4.

Con deliberazione n. 280 del 23 marzo 2023 è stato indetta una procedura aperta telematica in ambito comunitario per la conclusione di un Accordo Quadro con più operatori economici per la realizzazione dei lavori compresi nella programmazione triennale degli investimenti nei quali rientrano i seguenti interventi che verranno realizzati nel triennio 2024-2026:

- Lavori in appalto integrato: Padiglione 4 finanziato in parte con fondi del PNRR;
- Lavori per l'adeguamento antincendio dei Padiglioni 12, 16, 17e DEA
- Lavori per Rifunionalizzazione del Padiglione 12 p.3 lato Ovest destinato al DH di Emato-Oncologia
- Lavori propedeutici alla sostituzione della RM in Neuroradiologia
- Manutenzione straordinaria della Cappella Gentilizia
- Lavori di ristrutturazione del Padiglione ex Ospedale Psichiatrico

Infine è prevista la ristrutturazione edilizia finalizzata alla riattivazione a fini terziari produttivi dell'ex sito di via della Cicogna a Cicagna (GE), destinandolo a magazzino centralizzato, attraverso la realizzazione di opere edili strutturali e impiantistiche atte a destinare tale complesso alla gestione del servizio di logistica del farmaco e del dispositivo medico monouso e all'allestimento e gestione di una nuova centrale di sterilizzazione con relativi servizi integrati, ai sensi dell'art. 193 del d.lgs. 36/23, nell'ambito della quale rientra anche la sistemazione delle aree esterne intese come piazzale di interscambio e adeguata viabilità di connessione con la viabilità pubblica.

A tal proposito l'Istituto ha ricevuto nel 2023 una proposta di partenariato pubblico privato (PPP) ad iniziativa privata ai sensi del D. Lgs. n. 50/2016, art. 183, comma 15, per la gestione dei sistemi di logistica del farmaco centralizzati ed integrati per il supporto al governo del ciclo del farmaco e del dispositivo medico monouso. Tuttavia, con delibera del Direttore Generale n. 973 del 24.11.2023 è stata dichiarata la non fattibilità della proposta e quindi si è proceduto alla conclusione del procedimento ai sensi dell'art. 2 della Legge 241.

Rimane comunque per il 2024 la volontà dell'Istituto di individuare uno o più *partner* per la concessione e la gestione del servizio di logistica del farmaco e del dispositivo medico monouso e l'allestimento e gestione di una nuova centrale di sterilizzazione con relativi servizi integrati.

Dal punto di vista assistenziale, oltre che della relativa connessione con la ricerca, si sottolinea la pianificazione, nell'ambito di vigenza del PIAO, in base alla prevista estensione ai 18 anni dell'età di accesso all'Istituto per tutte le patologie, del potenziamento delle seguenti tipologie di offerta: in particolare, nell'ambito della traumatologia (ortopedica e maxillo-facciale), con conseguente adeguamento dei relativi organici medici e infermieristici; delle attività di ricovero nell'ambito della Neuropsichiatria Infantile, in relazione al significativo incremento dei relativi fabbisogni per la fascia di età 14-18 anni (è già programmata ed avviata la riqualificazione del Padiglione 4, che consentirà di disporre di ulteriori 11 posti letto, in aggiunta agli attuali, destinati alla patologia psichiatrica); nell'ambito delle attività previste dal Progetto "Gaslini Diffuso", delle prestazioni di chirurgia elettiva pediatrica in vista di una progressiva presa in carico delle necessità a livello regionale; in attuazione del Piano di Potenziamento Locale delle Cure Palliative e della Rete Pediatrica, come previsto dalle DGR n. 821/2023 e Del. A.Li.Sa. n. 267/2023, delle attività nell'ambito delle cure palliative pediatriche.

In stretta connessione con le innovazioni legate al fondamentale intervento strutturale, nel triennio di interesse del PIAO sono pianificate azioni coordinate di innovazione nelle aree organizzativa, informatica, gestionale.

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

Il valore pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una pubblica amministrazione, riferito al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti agli utenti e agli *stakeholder*, nonché alle condizioni interne alla stessa amministrazione.

Creare valore pubblico significa riuscire ad utilizzare le risorse disponibili con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

Le Linee Guida 2/2017 della Funzione Pubblica evidenziano che la fase di programmazione di ciascuna amministrazione "serve ad orientare le *performance* individuali in funzione della *performance* organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi".

Il Valore Pubblico deve essere

- ❖ equo, in quanto rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo degli utenti diretti
- ❖ sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo per il futuro.

Quindi per creare Valore, la pubblica amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni sia di quelli esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi), ottenendo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue *performance* che risultino superiori alle condizioni di partenza delle strategie e dei progetti di ottimizzazione e di evoluzione amministrativa (Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017).

In coerenza con le linee di indirizzo fissate dal piano Strategico 2021-2025, il PIAO delinea le azioni finalizzate al miglioramento dei servizi resi agli utenti, creando quindi collegamento virtuoso fra le *performance* ed il percepito da parte di tutti gli *stakeholder* di valore pubblico.

La tabella seguente, già proposta nel PIAO elaborato nel 2023, intende verificare i risultati conseguiti nell'anno trascorso e definire il *target* per quello in corso.

Macro-area assistenza sanitaria						
Indicatore	Descrizione	Unità di misura	Fonte	Baseline	Risultato 2023	Atteso 2024
Offerta di servizi sul territorio regionale	Visite sub specialistiche di area medica e chirurgica	Numero Tempi di attesa	Cruscotto	Dati di attività 2022/2023	Conseguito	Azioni già avviate nel 2023 su area cardiologica e ortopedica per il rispetto dei tetti PNGLA
	Telemedicina	Attività avviate	Cruscotto SIA e Report Liguria Digitale	Implementazione piattaforma	Televisite attivate per diabetologia ed alcune specialità	Implementazione piattaforma teleconsulto. Televisite estese ad ulteriori specialità
	Sicurezza ed appropriatezza punto nascita	Numero eventi formativi Numero trasporti	Data warehouse regionale	Dati di attività 2022/2023	Attivazione Linee di indirizzo Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO)	Procedura a regime
Ruolo hub per patologie complesse	% pazienti provenienti da FR per regioni di nord, centro, sud	Numero	Cruscotto	Dati di attività 2022/2023	Parzialmente Conseguito	Incremento attrazione 3% su baseline

Macro-area umanizzazione delle cure e progetti di aiuto umanitario						
Indicatore	Descrizione	Unità di misura	Fonte	Baseline	Risultati 2023	Atteso 2024
Progetti di internazionalizzazione	Progetti di collaborazione con AICS	Numero Finanziamenti ottenuti		Dati di attività 2022/2023	Sudan, Tanzania, Angola, Kazakistan, Pakistan, Cina	Angola, Gaza, Sudan, Cina, Kazakistan, Pakistan, Camerun, Nigeria
Patient and family centred care	Accoglienza pazienti e famiglie	N. famiglie accolte in alloggi	Report CABEF	Dati di attività 2022/2023	703 famiglie accolte attraverso il Cabef 499 famiglie accolte direttamente dai centri di accoglienza (no passaggio da Cabef)	Mantenimento dei volumi raggiunti nel 2023

Macro-area ricerca e innovazione						
Indicatore	Descrizione	Unità di misura	Fonte	Baseline	Risultati 2023	Atteso 2024
Capacità di innovazione	Prodotti della ricerca Brevetti e/o linee guida discendenti da lavori scientifici ecc	Numero	Direzione scientifica	Dati di attività 2022/2023	Effettuata istruttoria per 3 brevetti	Definizione corso di formazione per ricercatori Iscrizione a Netval (network TTO)

Macro-area gestionale e clima aziendale						
Indicatore	Descrizione	Unità di misura	Fonte	Baseline	Risultati 2023	Atteso 2024
Sportello di ascolto per i dipendenti	Presenza in carico dipendenti	Numero	Direzione amministrativa Direzione Sanitaria	0	Implementazione attività dello sportello	Messa a regime
Rafforzamento programmi di benessere organizzativo	Campagna sanitaria/Presenza in carico dipendenti	Numero	Direzione sanitaria	Dati 2022/2023	Attivazione CUG	Messa in atto azioni proposte dal CUG

2.2 Sottosezione Performance

Il Piano della *Performance* definisce gli obiettivi programmatici e strategici della *performance*, stabilendo il collegamento tra *performance* individuale e risultati della *performance* organizzativa.

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* è il documento che disegna la metodologia adottata per misurare e valutare la *performance* sia individuale che organizzativa.

Anche il sistema di misurazione della *performance* è strettamente collegato alla necessità di creare Valore Pubblico, per cui l'attribuzione degli obiettivi e la valutazione delle *performance* devono essere condotte nell'ottica del miglioramento dei servizi, nel rispetto degli elementi di cui si compone il valore pubblico, tra cui il rispetto della legalità, la buona organizzazione, l'*accountability*, l'efficienza, l'economicità e la programmazione.

Il Piano della *Performance* è stato definito in maniera integrata con il processo di programmazione, con il sistema di *budgeting* e con il bilancio di previsione. Il ciclo di gestione della *performance* deve essere quindi strutturato in modo tale che gli obiettivi assegnati siano correlati e collegati alla pianificazione strategica. L'Istituto ha l'obiettivo per il periodo di vigenza del PIAO ed in particolare già dall'anno 2024, la revisione del sistema, per le quali sono stati avviati i lavori istruttori e preparatori da parte delle strutture gestionali coinvolte, con azioni finalizzate a: informatizzazione del percorso relativo sia alla *performance* organizzativa sia a quella

individuale, responsabilizzazione delle strutture di produzione con coinvolgimento nella disamina dei dati e miglioramento della reportistica sia per le direzioni sia per le strutture stesse, miglioramento dell'implementazione della "cascata" degli obiettivi nell'ambito delle macro-strutture anche riguardo agli obiettivi individuali dei professionisti, relativa formazione in materia con coinvolgimento sul modello ed anche sulla piattaforma informatica adottati.

Il Piano della *performance* è stato armonizzato con il Programma triennale della trasparenza ed integrità e con il Piano anticorruzione. A tal fine sono stati individuati azioni ed obiettivi specifici volti a sensibilizzare tutti gli operatori aziendali sulle tematiche di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, nonché la corretta applicazione degli adempimenti previsti dalla normativa di settore (D. Lgs. n. 33/2013 e Legge n. 190/2012). Inoltre il costante aggiornamento del flusso di dati da pubblicare sul *link* "amministrazione trasparente" rappresenta in capo ai singoli responsabili, ciascuno per la parte di propria competenza, uno strumento di realizzazione dell'accessibilità totale del cittadino utente.

2.3 Obiettivi strategico-istituzionali

Il riferimento della pianificazione strategica dell'Istituto Giannina Gaslini è rappresentato dal Piano Strategico 2021-2025, approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 36 in data 28 maggio 2021 e dagli indirizzi strategici regionali declinati annualmente quali obiettivi assegnati all'Istituto. La direzione strategica, in coerenza con tale contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici dell'Istituto a quelli istituzionali, anche di derivazione regionale, attraverso il processo di *budget*.

Le attività per il governo del PPP per la realizzazione del progetto edilizio di costruzione del "Nuovo Gaslini - Padiglione 0", con la diversa destinazione d'uso dei Padiglioni lato mare (vedi sezioni dedicate del presente documento), rappresentano elemento fondante e centrale della Pianificazione Strategica 2021-2025.

Nell'ambito della ricerca sono stati individuati obiettivi di potenziamento organizzativo della direzione scientifica e, più in generale, della *governance* della ricerca finalizzati a migliorare sia la capacità di attrazione dei fondi che di sviluppo delle linee di ricerca.

E' stato previsto lo sviluppo dell'attività didattica e formativa in collaborazione con l'Università degli Studi di Genova e il riavvio dell'attività del Consorzio ex CISEF trasformato in "Gaslini *Academy*" con un'ambiziosa pianificazione di sviluppo dedicata.

2.4 Obiettivi regionali

Per quanto riguarda il 2024, si è in attesa di delibera regionale con l'assegnazione degli obiettivi alla direzione generale.

Per quanto ha riguardato l'annualità 2023, nel luglio 2023 sono stati assegnati da Regione Liguria al direttore generale gli obiettivi e, con la D.G.R. n. 659 del 7.7.2023, le risorse quale *budget* dell'annualità.

Il principale obiettivo regionale assegnato all'Istituto deriva dalle disposizioni della Legge Regionale 29 dicembre 2021, n. 22 "Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale 2022 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022-2023)", ed in particolare dall'art. 26 recante modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale". Tale articolo ha inserito gli articoli 27 bis e 27 ter nella L.R. n. 41/2006 e s.m.i., prevedendo l'attribuzione a questo Istituto delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico oggi in capo alle Aziende Socio Sanitarie liguri a decorrere dal 1 luglio 2022 ed il correlato trasferimento al Gaslini, dalla medesima data, del personale adibito

a tali funzioni in servizio al 31.12.2021 presso le rispettive Aziende Socio Sanitarie liguri ed ai sensi dell'articolo 31 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e smi.

A valle del provvedimento sono stati condivisi gli obiettivi prioritari del progetto così sintetizzati:

- realizzazione del *network* neonatale e pediatrico ligure compiutamente integrato e coordinato fra Istituto Gaslini e UOC di pediatria regionali;
- riposizionamento della rete ospedaliera ligure neonatale e pediatrica, secondo logiche di intensità di cura e complessità assistenziale nel pieno rispetto dei criteri di appropriatezza;
- governo della mobilità passiva sia per la fascia di età neonatale che pediatrica;
- condivisione dei percorsi di presa in carico della popolazione pediatrica secondo criteri *evidence based*, potenziamento dell'offerta di servizi sul territorio regionale con accesso facilitato agli ambulatori specialistici anche mediante programmi di telemedicina-teleassistenza;
- rispetto su tutto il territorio ligure, per l'ambito pediatrico-neonatologico, degli standard di eccellenza di qualità e sicurezza secondo *Joint Commission International*, certificati anche sui percorsi di formazione ed aggiornamento.

Da allora è in capo all'Istituto la responsabilità gestionale delle pediatrie ospedaliere site nelle AASSLL 1, 2, 4, 5 della regione, con prossima attivazione di nuovo punto nel ponente ligure, delle unità operative di pediatria, del supporto pediatrico nei Pronto Soccorso di Imperia, Pietra Ligure, Savona, Lavagna e La Spezia nonché l'implementazione della rete ambulatoriale specialistica pediatrica ligure, con particolare riferimento al diabete, celiachia, genetica, allergologia ed endocrinologia. Inoltre, tra gli obiettivi in fase di realizzazione, è l'avvio di una piattaforma per l'attività di teleconsulto e televisita per facilitare il confronto tra pediatri e specialisti e per agevolare la logistica dei pazienti potendo eseguire visite di controllo a distanza.

Il progetto si è proposto fin dall'inizio di realizzare una gestione sperimentale capace di generare un'organizzazione innovativa con *governance* specifica e risorse dedicate e contestualmente a rafforzare l'asse tra la Sede e i Poli Ospedalieri periferici secondo logica integrata di *Hub&Spoke*. La gestione del progetto ha visto un notevolissimo impegno delle strutture gestionali - pur, ancora (nonostante appunto l'aumento del personale e dell'attività gestita), con le medesime risorse umane precedentemente previste – che prosegue nel triennio di vigenza del PIAO: il personale medico aggiuntivo presso le strutture pediatriche è transitato nell'Istituto nell'anno 2022, mentre il personale infermieristico e socio-sanitario, in parte, è transitato dal 1/1/2024 e, in parte, è acquisito dall'Istituto con reclutamento di unità di nuova assunzione nel promo periodo del corrente anno. Nel triennio di vigenza del PIAO saranno sviluppati e monitorati i su indicati obiettivi prioritari del progetto "Gaslini diffuso" con la declinazione omogenea di modelli di percorsi, anche innovativi (telemedicina), per l'evoluzione del progetto stesso.

2.5 Sistema di *budgeting*

Il *budget* rappresenta lo strumento operativo del controllo direzionale ed ha lo scopo prioritario di tradurre i contenuti di lungo periodo previsti dal piano strategico in azioni gestionali, circostanziate per ciascun anno, definendo obiettivi specifici, relative risorse ed indicatori per il monitoraggio.

Il processo, a partire dall'anno 2023 e ad insistere nel 2024, è così articolato:

- a. definizione delle linee di indirizzo a cura della Direzione Strategica;
- b. predisposizione con approccio bottom up delle proposte di *budget* da parte di ciascuna unità operativa complessa e semplice dipartimentale e, quale sintesi, di dipartimento a cura di ciascun Direttore che si fa carico di verificare l'integrazione e la coerenza delle proposte;

- c. fase negoziale articolata attraverso incontri fra il Comitato *budget* e ciascun dipartimento, discussione degli obiettivi ed individuazione delle relative risorse; redazione del *budget* di previsione;
- d. presa d'atto dei dati a consuntivo a chiusura d'anno, revisione ed eventuale integrazione delle schede del *budget* di previsione;
- e. monitoraggio mensile, verifica dei risultati, esame delle criticità e di possibili eventi non previsti o evoluzioni diverse rispetto all'atteso ed indipendenti dalla volontà degli attori;
- f. riposizionamento degli obiettivi e/o delle risorse ove eventualmente necessario.

La *Balanced Score Card* (BSC), data la multidimensionalità delle prospettive di controllo, costituisce lo strumento adottato dall'Istituto per la pianificazione ed il monitoraggio del piano di *budget*.

Tutte le unità operative del Gaslini sono tenute a concorrere contestualmente al conseguimento degli obiettivi di produzione, nei settori dell'assistenza e della ricerca, di efficiente utilizzo delle risorse, di piano attuativo, di qualità, di ricerca e formazione, in quota parte correlata alla propria missione specifica. Ciascuna scheda è articolata in cinque prospettive di risultato a ciascuna delle quali è attribuito un peso relativo espresso in punti:

- prospettiva dei processi delle attività;
- prospettiva economico-finanziaria;
- prospettiva degli obiettivi strategici, di collaborazione internazionale e di miglioramento organizzativo;
- prospettiva della qualità e sicurezza dei pazienti;
- prospettiva della ricerca e formazione.

Già dal 2022 sono state poste in essere azioni finalizzate a rendere più incisivo il piano di *budget*, che si è inteso consolidare e si prosegue in tal senso anche nel triennio di riferimento.

In particolare si è proceduto a:

- istituzione dell'ufficio di dipartimento;
- piena responsabilizzazione dei direttori di dipartimento e di unità operativa complessa e semplice dipartimentale su obiettivi e risorse assegnate;
- monitoraggio dell'andamento del *budget*.

Nel Collegio di Direzione del 28 novembre 2023 sono state condivise le linee di indirizzo per la predisposizione del *budget* 2024 come di seguito specificate:

- **INCREMENTO dei volumi di attività** nel 2022 € 86 ML, nel 2023 € 90 ML, nel 2024 almeno €93 ML di cui:
 - ✓ +1,5 ml recupero ro e dh chirurgici di cui slot persi nel 2023 (obiettivo di produttività a clinici + obiettivo disponibilità slot a RAP)
 - ✓ + 1 ml ULTERIORE DI INCREMENTO DI ATTIVITA' CHIRURGICA OTTENIBILE ATTRAVERSO 2 STRUMENTI:
 - Progetto Obiettivo (risorse aggiuntive) con incremento utilizzo piattaforma operatoria (sabato mattina con drg di bassa complessità)
 - Aumento disponibilità oraria in attività ordinaria di concerto con organizzazione piattaforma
 - ✓ +0,5 ml ambulatorio tramite progetto con risorse aggiuntive per incremento servizi diagnostica radiologica/tac/rmn/ecografie con attività effettuata di giovedì (eco) e sabato mattina (rmn) con conseguente riduzione liste di attesa → *di cui quota parte extraregione*

- ✓ ottenimento tendenziale di un incremento +3/5% del valore della produzione in tutti i Dipartimenti
- **INCREMENTO attività scientifica** – Processo di informatizzazione della ricerca e monitoraggio trimestrale dei KPI di produttività scientifica con riconduzione a cruscotto per facilitare monitoraggio periodico e raggiungimento a fine anno
- rispetto dei criteri di **appropriatezza clinica e organizzativa, tesi a garantire rapidità di presa in carico e sostenibilità, privilegiando ove preferibile il regime ambulatoriale** a quello del ricovero
 - definire entro il primo trimestre, per 5 DRG più frequenti, modalità assistenziali e tempi
 - dal secondo trimestre misura scostamenti (tempi da valutare in modo specifico in relazione a complessità)
- avvio di ogni azione utile strutturale e condivisa ad incrementare la **capacità di attrazione da fuori regione** riservando ogniqualvolta possibile l'assistenza in costanza di ricovero per i casi di media ed alta complessità ed impegnandosi, in particolar modo per i pazienti extra Liguria, anche nella realizzazione di percorsi, anche multidisciplinari e con esami strumentali, di valutazione prericovero e di follow up in tempi ristretti (max 48/72 ore) almeno nel 50% dei casi; ANALISI PRELIMINARE CON MANAGER SU TEMPI ATTUALI E TEMPI ATTESI/TARGET
- **governo della formazione:** nuova regolamentazione in fase conclusiva, programmazione annuale giornate, *budget* annuale, monitoraggio
- rispetto del sistema di indicatori AGENAS/MES con **riduzione del numero dei ricoveri per i DRG a rischio di inappropriatazza, dei day hospital diagnostici**, della percentuale di pazienti con DRGs medici dimessi da reparti chirurgici, della durata della degenza pre-intervento nei ricoveri di elezione, della percentuale dei tagli cesarei “depurati” (NTSV), del rispetto degli indicatori fissati per il monitoraggio del pronto soccorso;
- ottimizzazione dell'utilizzo dei **post-letto** (week Hospital) prevedendo ove possibile la riduzione della durata media della degenza, incrementando l'indice di rotazione e riducendo l'intervallo di *turn over*;
 - analisi delle attività in corso di degenza post-operatoria per i 5 interventi più frequenti per unità operativa
 - analisi attività degenza medica per i 5 DRG più frequenti
- rigoroso rispetto dei **criteri di appropriatezza organizzativa/prescrittiva per i pazienti ricoverati secondo PDTA-protocolli** di riferimento per quanto attiene alla richiesta di consulenze specialistiche, indagini di laboratorio e prestazioni di diagnostica per immagini; Identificazione di strumenti di monitoraggio, target ed indicatori; → IDENTIFICARE E MONITORARE MENSILMENTE 5 DRG DI INTERESSE PER COMPLESSITA'/FREQUENZA
- contenimento del **tezzo di spesa** (in particolare per farmaci/dispositivi) nei limiti fissati dal bilancio di previsione dell'Istituto ed in relazione ad obiettivi/strumenti definiti per ogni Dipartimento/Unità Operativa → eventuale ridefinizione nel secondo semestre alla luce di indicazione Regione/eventi/terapie particolari
- valutazione **rapporto produttività/risorse dirigenziali** assegnate in incremento nel corso del 2023 rispetto al 2022 e previsione 2024; → modello sperimentale con 3 UU.OO dip pediatrico e almeno una uu.oo di ciascun dipartimento
- rispetto procedure **JCI** e partecipazione attiva ad AUDIT;
- obiettivi di **trasparenza e anticorruzione**.
- Implementazione di azioni di **dematerializzazione**, razionalizzazione, semplificazione procedimentale e **digitalizzazione** nell'ambito delle attività di gestione operativa nelle aree di staff
- **governo della spesa farmaceutica:** programmazione annuale, rispetto costi/*budget*, monitoraggi (appropriatezza prescrittiva, farmaco-vigilanza, farmaco-economia)

- **potenziamento della contabilità analitica** con riconduzione alle uoc richiedenti di acquisti di servizi sanitari effettuati da Direzione Sanitaria (ad es. tessuto osseo) – obiettivo per DIRSAN/CdG/SIA– in generale attenzione alla riconduzione dei costi ai reparti

2.6 Il ciclo di gestione della *performance* (sistema di misurazione e valutazione)

Quadro normativo

Il richiamato decreto legislativo n. 150/2009 recante “Attuazione della legge n. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” prevede l’applicazione da parte delle PA di un sistema che, comprendendo la definizione ed assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio, la successiva misurazione e valutazione, sia collegabile all’utilizzo dei sistemi premianti ed alla rendicontazione dei risultati. Tali principi sono sviluppati nella integrazione normativa di cui al decreto legislativo n. 75/2017 che estende il rilievo del sistema rispetto al riconoscimento di progressioni economiche ed al conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, che tiene conto di tale quadro normativo, deve garantire omogeneità di contenuti e univocità di direzione, previo parere dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), in quanto costituisce un elemento indispensabile per ottenere il risultato dell’Istituto in termini di appropriatezza, soddisfazione dell’utenza e di economicità di gestione.

Coerentemente il sistema di valutazione è articolato su tre livelli:

a. **Performance aziendale organizzativa**

Costituisce il denominatore comune del Sistema di valutazione.

b. **Performance organizzativa di struttura**

E’ rappresentata dal grado di raggiungimento degli obiettivi di *budget* assegnati alla struttura di riferimento, risultante a consuntivo dalla scheda di *budget* sottoscritta.

c. **Comportamenti e Competenze (valutazione individuale)**

I comportamenti attesi sono quelli coerenti con gli obiettivi istituzionali e propri del profilo professionale del dipendente e riguardano sia l’attività lavorativa diretta (comportamento operativo), sia la sfera relazionale interna (con i colleghi e l’ambiente di lavoro) ed esterna (con l’utenza).

Finalità

La valutazione permette di aggiungere valore al processo di gestione del personale con trasparenza ed equità, va pertanto intesa quale strumento di crescita professionale, di sviluppo delle competenze di ciascuna persona del sistema stesso e momento di incontro fra il raggiungimento degli obiettivi aziendali ed il riconoscimento del contributo di ogni operatore.

Il capitale umano infatti va gestito attraverso una continua ed equilibrata misurazione e valorizzazione, attraverso un sistema di valutazione individuale, ispirato ai principi di lealtà, chiarezza e trasparenza, che tenda a valutare le prestazioni rese e i risultati conseguiti dalla risorsa umana (sia nella dimensione individuale che come parte di un *team*) all’interno di un processo globale di condivisione delle missioni, delle strategie e degli obiettivi dell’Istituto.

L’Istituto si propone pertanto di trasformare la valutazione in opportunità, al fine di rendere tutti i dipendenti ulteriormente responsabilizzati e consapevoli circa il proprio ruolo e creare, a partire dal processo di valutazione, le migliori condizioni per la crescita professionale.

Il momento della valutazione deve contribuire a rendere maggiormente visibile il contributo del singolo al perseguimento della *mission* di struttura, rafforzando il valore del lavoro di squadra e la visibilità dell'importanza del proprio lavoro.

Il processo deve prevedere momenti di confronto tra valutatore e valutato, per esplicitare le aspettative del valutatore nei confronti del collaboratore e per migliorare la chiarezza circa gli obiettivi assegnati: conoscere gli obiettivi assegnati permette alla persona di riflettere su quanto atteso dal proprio responsabile, ponendolo in relazione a quelle che ritiene essere le proprie reali capacità di rispondervi adeguatamente, nonché di essere supportato nel miglioramento della propria *performance* anche attraverso idonei percorsi di monitoraggio ed eventuali interventi correttivi ai fini dell'allineamento dell'azione con gli obiettivi complessivi, ed infine contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole.

Percorso di valutazione su base annua

Destinatari

La valutazione è rivolta a tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, compreso il personale universitario operante in regime di convenzione con l'Istituto, e si differenzia in relazione alla posizione di autonomia e responsabilità:

- direttore di dipartimento
- direttore di struttura complessa
- dirigente responsabile di struttura semplice dipartimentale
- dirigente responsabile di struttura semplice articolazione di struttura complessa
- dirigente responsabile di ufficio
- titolare di incarico di funzione (già posizione organizzativa)
- personale del Comparto con qualifica DS e D
- personale del Comparto con qualifica C, BS, B e A.

Ciclo della Performance

Il ciclo aziendale della *performance* organizzativa e individuale inizia con l'approvazione del Piano della *Performance* confluito nel PIAO, con il quale vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi di ciascuna struttura, da valutare attraverso indicatori e valori attesi. Con il Piano vengono definiti ed assegnati ai singoli professionisti gli obiettivi individuali da raggiungere.

In corso d'anno sono previsti monitoraggi sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi di *budget* tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi, sia degli obiettivi individuali, per entrambe le fattispecie possono essere previsti azioni correttive.

All'inizio dell'anno successivo a quello del periodo di riferimento avviene la valutazione della *performance* organizzativa, sia aziendale che di struttura, nonché la valutazione della *performance* individuale rivolta ai singoli professionisti, a cui fa seguito la distribuzione del salario di risultato secondo gli accordi sindacali nel tempo in essere.

Operativamente il ciclo della *performance* prevede tre fasi:

- ❖ programmazione
- ❖ monitoraggio intermedio durante l'anno
- ❖ valutazione finale.

L'Istituto definisce le linee di programmazione strategica aziendale che vengono messa in pratica tramite il processo di *budget*. In tale ambito avviene la negoziazione con i direttori di dipartimento e di struttura delle schede di *budget* e degli obiettivi che devono essere raggiunti dalle strutture stesse, con relativi indicatori e

valori; tale fase termina con la sottoscrizione delle schede di *budget* da parte di tali dirigenti (cfr. paragrafi “sistema di *budgeting*” e “sistema di indicatori di *performance*”).

Successivamente avviene il monitoraggio intermedio con misurazione della *performance* attraverso l'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi, evidenziando eventuali scostamenti ed indicando azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi nel periodo di riferimento temporale. Nei primi mesi dell'anno successivo a quello di riferimento, si avvia il processo di valutazione della *performance* organizzativa aziendale nel suo complesso e a livello di singola struttura (verifica *budget*).

La valutazione della *performance* organizzativa delle singole strutture viene effettuata dal Controllo di Gestione, che elabora i dati di consuntivo dell'anno di riferimento sintetizzandoli in *report* per ciascuna struttura. Ciascuna scheda/*report* viene trasmessa al responsabile di struttura (e per conoscenza al direttore del dipartimento di afferenza della struttura) al fine di predisporre una relazione che motivi gli eventuali scostamenti rilevanti. I risultati di ogni struttura organizzativa sono valutati dalla direzione generale, che per il tramite del Controllo di Gestione convoca eventualmente per chiarimenti e/o approfondimenti i responsabili di aree che presentano aspetti di criticità.

Tutte le risultanze del processo di valutazione sono fornite all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che infine procede, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, alla validazione complessiva del processo di valutazione.

Valutazione della *performance* individuale

Il sistema di valutazione della *performance* individuale, finalizzato come sopra meglio precisato alla promozione e crescita delle competenze delle risorse umane, è determinato dalla valutazione di due dimensioni:

- la prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o di team
- i comportamenti e le competenze organizzative, relative alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa umana all'interno dell'Istituto.

A tal fine viene utilizzata specifica “scheda individuale di valutazione” che documenta la valutazione della *performance* individuale annuale e contiene diversi elementi di valutazione e diverso punteggio per ogni singolo elemento. Dalla somma dei punteggi di ogni sezione, si ottiene il punteggio finale.

Schematizzando la scheda viene suddivisa in due sezioni:

- raggiungimento degli obiettivi individuali (secondo il percorso su descritto)
- competenze e comportamenti.

Il sistema prevede:

- la valutazione da parte del superiore gerarchico
- l'eventuale attivazione di procedure di conciliazione in caso di dissenso sulla valutazione.

La *performance* individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente, mediante uno strumento di valutazione (scheda individuale di valutazione) che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo nel contesto generale.

Il documento di valutazione del personale viene pertanto applicato in maniera differenziata per il personale del Comparto e per il personale della Dirigenza, in accordo con i rispettivi Contratti integrativi aziendali.

Terminata la fase di negoziazione di *budget*, il responsabile attribuisce ai propri collaboratori obiettivi individuali in coerenza con quelli della struttura di appartenenza, tenendo conto delle attività di ciascuno, delle diverse competenze, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti e dei livelli di responsabilità. Anche gli obiettivi individuali sono derivati, laddove possibile, dal percorso di *budget*. L'assegnazione degli obiettivi individuali deve avvenire in maniera formale.

La scheda di valutazione viene compilata dal valutatore gerarchico ed i suoi contenuti devono essere illustrati dal valutatore al valutato tramite un colloquio di condivisione. Tale momento è particolarmente rilevante in quanto rappresenta un momento di scambio, di confronto e di contraddittorio fra valutato e valutatore circa il giudizio che quest'ultimo intende dare al lavoro svolto dal valutato nell'anno di riferimento.

Al termine del colloquio conclusivo di valutazione, la scheda con i relativi giudizi dovrà essere sottoscritta dal valutatore e dal valutato. Questa fase del processo è utile per prendere coscienza dei propri punti di forza e degli ambiti di ulteriore miglioramento. Tutto il processo valutativo individuale deve essere ispirato alla massima trasparenza e chiarezza.

CRONOPROGRAMMA DEL PIANO DI BUDGET E DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il cronoprogramma per ciascuna annualità riguardante la gestione del Piano di *Budget* in coerenza con la valutazione della *Performance* prevede di norma le fasi di seguito indicate:

- predisposizione delle schede con proposta degli obiettivi e delle risorse e trasmissione al Comitato *Budget* entro dicembre;
- approvazione delle linee guida entro novembre in seno al Collegio di Direzione;
- negoziazione fra UOC/UOSD e Comitato *Budget* (CB) da concludersi entro la fine del mese di novembre dell'anno precedente a quello di riferimento;
- incontri di ratifica con il Direttore Generale con conclusione entro il mese di dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento e approvazione del *budget*;
- piena operatività del programma di *budget* a partire dal mese di gennaio dell'anno di riferimento;
- monitoraggio mensile a partire dal mese di marzo da parte del Controllo di Gestione e *Manager* di Dipartimento con disponibilità delle schede sul cruscotto gestionale;
- monitoraggio almeno trimestrale da parte del CB; analisi delle eventuali criticità e conseguenti azioni di miglioramento;
- consuntivo finale con verifica raggiungimento degli obiettivi entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento;
- valutazione degli obiettivi individuali con sottoscrizione delle schede di valutazione nel mese di marzo dell'anno successivo a quello di riferimento;
- predisposizione relazione sulle *Performance* nel mese di aprile dell'anno successivo a quello di riferimento;
- invio della documentazione all'OIV e conseguente approvazione Relazione sulla *Performance* entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di riferimento;
- a seguire erogazione premialità;
- pubblicazione sul sito aziendale di *report* conclusivo atto ad illustrare all'esterno l'attuazione del ciclo.

Procedure di conciliazione

Qualora nonostante il confronto, il valutato dissenta sulla valutazione ricevuta, può attivare la procedura di conciliazione con le seguenti modalità:

- il valutato ha 10 giorni lavorativi di tempo, salvo impedimenti debitamente certificati, per richiedere l'attivazione della procedura di conciliazione presentando apposita istanza alla UO Gestione Risorse Umane;
- le osservazioni in merito all'oggetto della non condivisione devono essere formulate per iscritto e non sono ammissibili osservazioni generiche.

- l'UO Gestione Risorse Umane, ricevuta la scheda di valutazione e verificata la richiesta di revisione della stessa, la trasmette al Collegio di conciliazione, costituito secondo criteri di terzietà (ovvero escludendo dirigenti gerarchicamente sovra ordinati ai valutati ed ai valutatori);
- il Collegio di conciliazione, acquisita la documentazione, tenuto conto delle posizioni espresse dal valutato, eventualmente assistito da dirigente sindacale o da persona di fiducia, in sede di contraddittorio con il valutatore, formula una proposta per la risoluzione della controversia. E' altresì prevista la possibilità da parte del Collegio di invitare, al termine del contraddittorio, il valutatore a riformulare la valutazione individuale;
- della procedura di conciliazione deve essere redatto un verbale che viene trasmesso unitamente alla scheda di valutazione, eventualmente riformulata, alla UO Gestione Risorse Umane;
- la procedura di conciliazione deve essere conclusa, di norma, entro venti giorni dalla ricezione della scheda da parte della UO Gestione Risorse Umane;
- il valutato, entro cinque giorni dalla comunicazione della conclusione della procedura di conciliazione, può presentare un esposto straordinario al Direttore Generale finalizzato a trovare la conciliazione eventualmente non raggiunta.

La procedura di conciliazione è una fase eventuale ed esterna al processo di valutazione individuale, che evidenzia tuttavia che qualcosa non ha funzionato e deve tendere ad accertare le ragioni che vedono dissenzienti valutato e valutatore. Anche il ricorso straordinario al Direttore Generale è una facoltà del singolo a garanzia della costruzione di un sistema garantista, sempre teso ed aperto all'ascolto del dipendente ed alla valorizzazione del suo impegno lavorativo.

I risultati della valutazione sono personali e non possono essere diffusi a dipendente diverso dal valutato.

Nel rispetto delle norme sulla riservatezza degli atti di valutazione, alla conclusione dell'intero processo, le schede completate con le valutazioni sono trasmesse all'UO Gestione Risorse Umane.

Tale Ufficio provvederà ad inserire - su indicazione del Controllo di Gestione - il dato relativo alla performance di struttura rappresentato dal grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Il processo si conclude quando l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), come indicato al precedente paragrafo, valida la Relazione sulla *Performance* che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La certificazione dell'OIV garantisce la correttezza dell'intero processo di misurazione e valutazione.

Effetti della valutazione

La valutazione della *performance* è necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva.

Fermo restando il rispetto dei CCNLL delle rispettive Aree, il sistema di misurazione e valutazione della *performance* si ricollega, ai fini del sistema premiante, agli specifici Accordi integrativi aziendali nel tempo vigenti.

Ai fini della corresponsione della quota calcolata annualmente della retribuzione di risultato, sulla base delle disponibilità di risorse, si fa pertanto riferimento alle regole individuate negli Accordi integrativi aziendali, per singola dimensione (obiettivi di struttura, obiettivi individuali e valutazione competenze e comportamenti) in relazione al raggiungimento degli specifici risultati conseguiti.

Sul piano gestionale, nell'anno 2024 prosegue il rafforzamento del sistema di *budget* e del relativo sistema di monitoraggio avviato nel 2023, essenziale per il perseguimento dei risultati, in linea con la nuova metodologia

di *budget* assunta da Regione Liguria che, con la richiamata D.G.R. n. 147/2022, ha previsto un monitoraggio costante coordinato dalla STEM in concomitanza con la trasmissione dei modelli CE trimestrali, al fine di analizzare l'andamento delle voci di costo e ricavo e la coerenza degli andamenti della produzione rispetto agli obiettivi previsti in sede di negoziazione del *budget*, nonché di valutare le cause degli eventuali scostamenti ed adottare i necessari interventi correttivi. Si è pianificato per l'anno 2024 di avviare il lavoro volto, da un lato, ad una migliore sistematizzazione dei dati di produzione ed alla loro accessibilità da parte dei direttori delle strutture, e, dall'altro, ad una progressiva informatizzazione del ciclo della *performance* (sia organizzativa, sia individuale).

Con il Controllo di Gestione ed il Comitato di *Budget* è stato quindi programmato un sistema di monitoraggio più incisivo e puntuale: sono stati già avviati incontri a cadenza mensile (alternativamente con tutte le unità operative e con i Direttori di dipartimento in sede di Collegio di Direzione) per la verifica dei *trend*, l'esame delle criticità e la proposizione delle azioni correttive da porre in essere. Il coinvolgimento forte e costante del Collegio di Direzione è ritenuto elemento fortemente innovativo dello stile di direzione aziendale in compiuta coerenza con gli obiettivi del Piano Strategico 2021-2025 e con il nuovo modello organizzativo.

2.7 Sottosezione Prevenzione della Corruzione

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono inoltre elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33. Particolare rilevanza assumono tra gli obiettivi strategici aziendali, quelli definiti e conseguenti all'attuazione del Piano Strategico per il quinquennio 2021-2025 adottato in data 28 maggio 2021, con il quale il Consiglio di Amministrazione ha disegnato le linee programmatiche di sviluppo non solo dell'area clinica e dell'area di ricerca, ma ha anche previsto la revisione di alcuni processi amministrativi oltre ad aver introdotto progetti specifici, con obiettivi sfidanti e ambiziosi per il Gaslini del prossimo futuro.

Il piano strategico ha visto le prime ricadute nella nuova organizzazione di cui alla deliberazione n. 73 del 13.12.2021 e nell'avvio di alcune importanti progettualità già in gran parte descritte nella sezione valore pubblico.

Valutazione di impatto del Contesto Interno ed Esterno

La disamina del contesto interno ed esterno di cui sopra è stata sviluppata, anche nel corso dei lavori propedeutici all'adozione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D. Lgs. n. 231/01 (di cui si darà atto in seguito) e del Piano strategico 2021-2025, attraverso una puntuale analisi dei punti di forza e di debolezza finalizzata a fornire una visione integrata dello scenario in cui si opera.

Per ciò che concerne il contesto esterno sono state esaminate le forze, i fenomeni e le tendenze di carattere generale che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano le scelte ed i comportamenti di tutti gli attori del sistema in cui l'Istituto si colloca.

Per quanto riguarda il contesto interno si è invece proceduto allo screening di tutti gli elementi che compongono la struttura organizzativa ed incidono sulla stessa. Con il piano strategico 2021-2025, di cui si è detto sopra, sono statati previsti importanti progetti. Il principale progetto, per quanto riguarda l'aspetto che interessa questa sezione, è la costruzione di un nuovo padiglione (padiglione 0) con contestuale realizzazione di ulteriori strutture di accoglienza nel sedime dell'Ospedale (progettualità meglio descritta nella sezione valore pubblico) tramite il Partenariato pubblico privato (PPP). E' evidente che la realizzazione di un progetto così

complesso, sia in termini procedurali (in partenariato con il privato), sia economici (di rilevante valore complessivamente superiore ad euro 200.000.000), richiede particolare attenzione anche dal punto di vista del contenimento del rischio corruzione, per cui sono state previste misure specifiche già nel PIAO 2022 -2024 all'allegato 3 e dette misure sono state ulteriormente ampliate nell'allegato 3 del nuovo PIAO 2023-2025 e che confluiranno nelle schede di *budget* delle singole unità operative interessate. Sempre nel piano strategico è prevista la revisione dei processi di acquisizione di beni e servizi che coinvolgano in modo organico tutti i ruoli aziendali interessati: dalla programmazione dei fabbisogni, alla corretta applicazione del codice degli appalti in fase di acquisizione, fino al controllo dell'esecuzione dei contratti, anche questo processo è oggetto di misure generali (all. 2) e misure specifiche, anche se l'adozione dei nuovi regolamenti è stata posticipata per dare modo di applicare il nuovo codice degli appalti di cui al D. Lgs. 36/2023.

Altro elemento di novità di cui si è tenuto conto nella disamina del contesto interno per la programmazione di specifiche azioni di prevenzione della corruzione per il triennio 2024-2026, è l'avvio del progetto c.d. "Gaslini Diffuso" che prevede, ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 della L.R. N. 22/2021, il trasferimento al Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico già in capo alle aziende socio sanitarie liguri 1,2,4 e 5. La disposizione normativa regionale ha visto la disciplina della sua attuazione in atti relativi nell'accordo con le OOSS e nelle relative deliberazioni in merito al passaggio del personale del Comparto e della Dirigenza Medica afferenti alle singole strutture pediatriche territoriali al Gaslini. Inoltre sono stati adottati singoli accordi convenzionali tra le ASL 1, 2, 4 e 5 e l'Istituto per regolamentare l'attribuzione in comodato d'uso gratuito dei beni mobili di proprietà delle singole Aziende destinati allo svolgimento delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico delle Unità Operative attribuite all'IRCCS, nonché le modalità di fruizione dei servizi delle ASL da parte dell'IRCCS e del conseguente riconoscimento dei costi. L'Istituto è stato quindi impegnato nel percorso di trasferimento di tali funzioni, con l'introduzione di nuovi processi formalmente avviati dal 1° luglio 2022, ma che verosimilmente potranno essere oggetto di assestamenti e che dovranno essere necessariamente oggetto di audit e di una mappatura ad hoc nel corso del triennio 2024-2026. Per sottolineare la complessità della nuova organizzazione ed il suo impatto su processi tipicamente ad elevato rischio corruzione, basti pensare nuovamente al processo degli acquisti di beni e servizi che in parte prevede il rimborso della fruizione dei servizi erogati dalla ASL presso cui si trova l'UOC di Pediatria e Neonatologia e in parte l'acquisto da parte dell'Istituto come avviene per le altre articolazioni organizzative interne all'IRCCS.

Definizione del concetto di corruzione nella P.A.

La corruzione e, più in generale, il malfunzionamento dell'amministrazione ad essa sotteso, assume nel settore pubblico connotati di particolare complessità nella sua definizione e peculiare nocività delle sue conseguenze. Il concetto di corruzione rilevante ai fini del presente documento, così come definito dal Dipartimento della Funzione Pubblica con la circolare n. 1/2013, è un concetto ampio che "comprende le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati", individuando, dunque, un ampio ventaglio di fattispecie che ingloba, non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II Capo I del codice penale, ma "anche quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite" ovvero "l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo" (Come ulteriormente specificato nel Piano Nazionale Anticorruzione 2015 - Determina ANAC 831 del 03/08/16).

L'ANAC fornisce una definizione di corruzione secondo il sistema della L. 190/2012, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con

la mal-administration, intesa come assunzione di decisioni (di assetto, di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Per la piena applicazione della normativa anticorruzione occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La corruzione declinata nelle sue numerose fattispecie, insieme con il malfunzionamento dell'amministrazione, ha un costo per la collettività, non solo diretto - quale può essere l'ipotesi di pagamenti illeciti - ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare gli stessi valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.

Oggetto e finalità della Prevenzione della Corruzione

L'obiettivo principe dell'agire delle pubbliche amministrazioni in ossequio al nuovo dettato normativo introdotto con la legge 190/2012 e norme collegate e delegate ha necessitato della predisposizione di Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza con cadenza annuale, al fine di attivare forme efficaci per la prevenzione ed il contrasto al fenomeno corruttivo mediante una indispensabile fase di valutazione del livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione ed una conseguente coerente pianificazione e programmazione degli interventi organizzativi volti a ridimensionarne progressivamente l'entità.

La legge n. 124 del 7 agosto 2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 7, sottolinea la necessità della "precisazione dei contenuti e del procedimento di adozione del PNA, dei Piani di Prevenzione della Corruzione e della relazione annuale del Responsabile, anche attraverso la modifica della relativa disciplina legislativa, ai fini della maggiore efficacia dei controlli in fase di attuazione, della differenziazione per settori e dimensioni, del coordinamento con gli strumenti di misurazione e valutazione delle performance nonché dell'individuazione dei principali rischi e dei relativi rimedi, conseguente ridefinizione dei ruoli, dei poteri e delle responsabilità dei soggetti interni che intervengono nei relativi processi".

La presente sezione del PIAO si articola nell'individuazione delle attività, afferenti tanto all'area più squisitamente sanitaria quanto a quella prettamente amministrativa, maggiormente esposte al rischio di corruzione per poi prevedere, per le stesse, adeguati meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio della corruzione come sopra definita.

Particolare attenzione viene posta sui soggetti operanti nell'Istituto che, in ragione della rispettiva qualifica e funzione, determinano, partecipano e condividono la formazione e la gestione di processi, procedure e procedimenti nei settori precedentemente individuati quali maggiormente o relativamente esposti a rischio.

Il presente documento costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo. La piena integrazione del PTPCT nel PIAO, agevolerà il progressivo ed organico adeguamento della strategia anticorruzione alla nuova realtà aziendale conseguente all'attuazione del Piano Strategico per il quinquennio 2021- 2025 che ha visto le prime ricadute nella nuova organizzazione di cui alla deliberazione n. 73 del 13.12.2021 e nell'avvio delle progettualità definite nella sezione valore pubblico.

Coordinamento con il Piano della Performance e la programmazione delle azioni per la Trasparenza. Obiettivi aziendali ed azioni di raccordo

Al fine di garantire l'individuazione e la piena conoscibilità dei procedimenti, processi e provvedimenti posti in essere, con evidenza dei soggetti responsabili della loro puntuale attuazione, l'Istituto persegue un modello di integrazione tra gli obiettivi di prevenzione della corruzione e il Piano della Performance e la programmazione delle azioni sulla Trasparenza (cui è dedicata una sezione *infra*), così come richiesto nella Determinazione ANAC n.12/2015, aggiornata come previsto dal PNA 2022 di cui alla Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023.

Le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, così come le misure di prevenzione devono essere tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro Dirigenti, sia per la performance individuale che per la performance organizzativa.

In materia di Trasparenza questo Istituto ha intrapreso una serie di iniziative finalizzate a garantire un'amministrazione più aperta da realizzare attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. Ciò, oltre a migliorare i servizi al cittadino, aumenta la possibilità di controllo da parte degli *stakeholders* sull'operato dello stesso.

Nel corso del 2022, è stato programmato lo sviluppo di un applicativo *web* per la sezione del sito dedicata all'Amministrazione Trasparente che consenta maggiori automatismi nel caricamento dei dati nonché una più facile e chiara accessibilità ai contenuti da parte dell'utenza. Il processo di acquisizione del suddetto servizio di sviluppo, commissionato alla Società "in house" Liguria Digitale S.p.A., è stato avviato con deliberazione n. 148 del 03/03/2021 e si è concluso con la messa *on-line* della nuova piattaforma il 9 maggio 2022. Questo processo sarà completato con la digitalizzazione degli atti amministrativi e l'aggiornamento del sistema di gestione documentale nel corso dell'anno 2024.

Con questa strategia, l'Istituto si propone, pertanto, di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. Assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini.
2. Rendere conto della correttezza e della efficacia degli atti adottati.
3. Consentire il controllo diffuso sulla *performance* aziendale.
4. Favorire un rapporto diretto tra l'amministrazione e il cittadino.
5. Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Istituto.

L'obiettivo strategico di coordinamento delle iniziative volte a garantire la trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, è declinato in obiettivi operativi che, dopo essere stati condivisi con i responsabili delle strutture di riferimento, saranno declinati anche negli obiettivi di budget che verranno definiti nei primi mesi di ciascun anno. In particolare, tra gli altri, saranno declinati gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il 2024, fissati da Regione Liguria con DGR n. 15 del 12/01/2024 e che riguardano:

- ✓ OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
 - azioni/obiettivi:

- Assicurare l'individuazione e la valutazione del rischio per le attività e procedure in materia di PNRR.
 - Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo.
 - Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.
 - Promuovere la realizzazione di spazi web informativi sui dati PNRR anche al fine di facilitarne la fruibilità civica.
- ✓ OBIETTIVO 2 - Codici di comportamento e cultura dell'integrità azioni/obiettivi:
- Rinnovare i codici di comportamento dei singoli enti alla luce del DPR n. 81/2023, garantendo la procedura aperta di consultazione, rivolta sia all'interno dell'ente che all'esterno ed alla società civile e l'integrazione e la specificazione del codice nazionale.
 - Garantire il collegamento tra le disposizioni del codice di comportamento e le azioni programmate dal Piano Anticorruzione (ora sezione del PIAO).
 - Realizzare corsi, laboratori ed eventi formativi sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale.
- ✓ OBIETTIVO 3 - Conflitto di interessi
- obiettivi/azioni:
 - • Migliorare le misure connesse alla verifica di potenziali conflitti di interesse e garantire l'aggiornamento della modulistica e le procedure di controllo delle dichiarazioni.
 - • Integrare la fase di analisi preventiva del conflitto di interesse quale parte essenziale del processo.
- ✓ OBIETTIVO 4 - Segnalazione violazioni (Whistleblowing)
- azioni/obiettivi:
 - Garantire l'applicazione della nuova normativa di cui al D. Lgs n.24/2023, con le tutele ivi previste, e l'adeguamento degli strumenti di segnalazione.
 - Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto delle segnalazioni nei confronti dei soggetti interni ed esterni interessati dalla normativa anche con riferimento ai servizi di accompagnamento e supporto ai whistleblower forniti dagli enti del Terzo Settore che hanno stipulato convenzioni con ANAC.
- ✓ OBIETTIVO 5 – Anticorruzione e strumenti di programmazione
- obiettivi/azioni:
 - Predisporre la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" secondo le direttive del Piano Nazionale
 - Anticorruzione di ANAC e in coerenza con le altre sezioni del PIAO o documento analogo.
 - Garantire l'aggiornamento della mappatura dei rischi, la loro valutazione e il loro trattamento.
 - Prevedere il monitoraggio periodico dell'attuazione delle misure di prevenzione e del rispetto degli obblighi di trasparenza.
 - Promuovere la cooperazione tra gli enti al fine di un approccio comune alla programmazione contenuta nel PIAO.
- ✓ OBIETTIVO 6 – Governance delle politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza
- azioni/obiettivi:
 - Rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale.
 - Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.

- Promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholders anche con riferimento all'analisi del contesto esterno alla base del PIAO

Anche la Sezione dedicata alla Trasparenza riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della *performance* aziendale e della prevenzione della corruzione, in quanto, consente la piena conoscibilità dei programmi di attività dell'azienda, del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale di tutta la documentazione di riferimento.

A tal fine, l'RPCT e tutti i Direttori e Dirigenti impegnati a vario titolo nella gestione del ciclo della *performance*, operano in stretto coordinamento per attivare ogni iniziativa mirata alla più efficace e tempestiva diffusione dei flussi informativi ad esso inerenti, consentendo da parte dell'ANAC, del Ministero della Salute, dell'AGENAS, un'attività di verifica e monitoraggio delle *performance* organizzative, economiche, di idonei interventi clinici e di efficienza gestionale.

L'Istituto, mediante la relazione annuale del RPCT, pubblicata sul sito aziendale entro il 31 gennaio dell'anno successivo nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", secondo gli standard prefissati dall'ANAC, ha evidenziato sia i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi prefigurati in tema di contrasto del fenomeno della corruzione sia le criticità riscontrate, sottolineando l'impegno per una maggiore cooperazione tra tutti i soggetti responsabili coinvolti nel processo attuativo.

Programmazione delle azioni per la Trasparenza e Modello 231

La trasparenza costituisce uno degli elementi centrali per la riforma delle pubbliche amministrazioni come sancito dalla normativa introdotta dal D. lgs. n. 150/2009 seguita dalla legge n. 190/2012, dal D. lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e dal D.lgs. n. 97/2016 contenente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. La programmazione dell'attuazione della trasparenza (in seguito Programma) è parte integrante del PIAO e delinea le azioni che saranno svolte dall'Istituto in osservanza della vigente normativa, al fine di garantire la massima trasparenza dell'ente nei confronti della collettività.

L'Istituto ha nominato responsabile della trasparenza, con deliberazione n. 159 del 17 ottobre 2016, l'Avv. Carlo Berri, già individuato Responsabile della prevenzione della corruzione (con delibera n. n. 268 del 16.12.2013), in ragione dell'art. 41 del D. Lgs. 97 che ha modificato l'art 1 comma 7 della L 190/12, unificando in un unico soggetto i ruoli di responsabile della prevenzione della corruzione e di responsabile della trasparenza.

Il responsabile della trasparenza:

1. propone all'organo di indirizzo politico il programma triennale per la trasparenza e l'integrità e i suoi aggiornamenti;
2. verifica l'attuazione del programma con particolare riguardo al rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di Disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
3. controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato sulla base di quanto stabilito dal Decreto legislativo n. 33/2013;
4. predispone apposita relazione a consuntivo sulle azioni previste nel programma.

Il Programma considera la trasparenza una misura fondamentale nella prevenzione della corruzione e dell'illegalità, tanto che se ne declinano i vari contenuti, ossia: obblighi di informazione, monitoraggio del

rispetto dei termini procedurali e dei rapporti tra amministrazione e soggetti beneficiari e ulteriore monitoraggio degli adempimenti normativi.

Si individuano nella tabella di cui all'allegato 1 i dati e le informazioni che nel corso del triennio 2023/2025 saranno oggetto delle azioni di trasparenza dell'Istituto, alla luce delle disposizioni introdotte dal D.Lgs.33/2013 e dalle successive disposizioni attuative come da ultimo modificate dal D.lgs. 97/2016 ed in linea con le prescrizioni dell'ultima legge citata, contiene l'indicazione del responsabile della trasmissione del dato e del responsabile della pubblicazione (da intendersi come responsabile del servizio se individuato formalmente o il dirigente responsabile dell'unità operativa).

Nel procedere alla pubblicazione sul sito internet dell'Istituto dei dati oggetto delle azioni descritte si garantisce la più ampia fruibilità degli stessi (completezza, comprensibilità, aggiornamento, tempestività e pubblicazione in formato aperto).

A tal fine viene aggiornata costantemente un'apposita sezione del sito internet istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" contenente tutte le informazioni e i dati previsti dal D. lgs. n. 33/2013 e s.m.i. Al fine di migliorare le attività connesse con gli obblighi di trasparenza e rendere più fruibili i dati pubblicati, l'Istituto, come specificato al precedente paragrafo, ha acquistato un nuovo software per la gestione della sezione del sito dedicata all' "Amministrazione Trasparente", sviluppato dalla Società "in house" Liguria Digitale S.p.A..

Nell'ottica di una comunicazione interattiva e puntuale e con l'obiettivo di rendere l'Ospedale più aperto e vicino ai bisogni dell'utenza e di tutti coloro i quali operano al suo interno, l'Istituto Gaslini si è aperto ai *social network* attraverso l'attivazione di alcuni account "ufficiali" su [Facebook](#), [Twitter](#) e [YouTube](#).

L'Istituto è dotato, inoltre, dell'applicazione "[iGaslini](#)", per *iPhone*, contenente tutte le informazioni utili a raggiungere e a orientarsi all'interno del Gaslini.

Vengono regolarmente organizzate, sia a livello di Istituto, sia a livello regionale con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie, diverse giornate di rendicontazione con la finalità di maggiore trasparenza verso gli *stakeholders* e utenti interni ed esterni al fine dell'illustrazione dei risultati e dei progetti dell'Istituto.

Accanto all'adozione dello strumento su menzionato il Legislatore, con il Decreto 8 giugno 2001, n. 231 che ha introdotto nell'ordinamento italiano un regime di responsabilità amministrativa (equiparabile sostanzialmente alla responsabilità penale) a carico delle persone giuridiche, prevede che le amministrazioni si dotino di un Modello organizzativo (c.d. Modello 231) all'interno del quale siano inseriti procedimenti, procedure e prassi che l'ente adotta: tale documento è di importanza primaria in quanto efficace ad esonerare da responsabilità l'Ente in caso di illeciti. Al fine di garantire con sempre maggiore efficacia le condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione della propria attività, l'Istituto ha ritenuto conforme alle proprie politiche aziendali procedere all'adozione di un modello di organizzazione e di gestione in linea con le prescrizioni del Decreto e sulla base delle Linee Guida emanate da Confindustria.

L'articolo 6, comma 1 lett. b) del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 dispone che l'Ente ha l'obbligo di dotarsi di un organo al quale è affidato il compito di vigilare circa l'adozione efficace di modelli e procedure di prevenzione dei rischi anche al fine di escludere ogni profilo di responsabilità dell'amministrazione nel caso di verifica di danni: questo è l'Organismo di Vigilanza (OdV).

Con delibera n. 122 del 18/07/2016, all'esito di bando di avviso pubblico per la formazione di un elenco di idonei finalizzato alla selezione del componente dell'Organismo di Vigilanza, si è pervenuti alla nomina dell'Organismo di Vigilanza monocratico nella persona del Dott. Luigi Bricocoli.

Tale incarico è stato di recente riassegnato allo stesso professionista con successive Deliberazioni, nel rispetto dei principi previsti per le pubbliche selezioni.

L'OdV provvedeva a dotarsi di un Regolamento di funzionamento e, con Delibera n. 140 del 19/09/2016, il Consiglio di Amministrazione ne prendeva atto.

Il Regolamento dà atto dell'autonomia ed indipendenza con cui opera l'Organismo, caratteristica essenziale per l'espletamento delle proprie funzioni e il raggiungimento degli scopi imposti dalla legge e prosegue disciplinando le modalità di lavoro dell'organismo (riunioni, audizioni, verbali e Deliberazioni) duplicare i controlli e garantire il coordinamento dei due organi di garanzia, l'OdV svolge la propria attività in sinergia con l'RPCT e viceversa.

L'OdV in accordo con l' RPCT ha presentato nelle diverse annualità il proprio piano di lavoro che prevede audit su tematiche *ad hoc* e si conclude con una relazione annuale.

I ruoli aziendali e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

In ambito aziendale i soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione delle misure di prevenzione ed all'attuazione e controllo dell'efficacia delle misure con esso adottate sono:

- il Consiglio di Amministrazione, in qualità di organo di indirizzo, cui spetta, oltre all'adempita nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione l'adozione del PIAO e del suo progressivo aggiornamento nonché l'assegnazione al RPCT di un adeguato supporto mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie;
- i Direttori di struttura in quanto responsabili per lo svolgimento delle attività e la gestione delle risorse dell'Istituto, a cui si dovrà, ad ogni modo, assicurare un pieno coinvolgimento e partecipazione, come in generale tutti i dipendenti, di cui si dirà più ampiamente nei successivi paragrafi.
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che è stato individuato quale centro propulsore del processo di prevenzione e contrasto della corruzione e al quale la norma attribuisce specifiche attività e relative responsabilità in ipotesi di inadempimento.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione costituiscono un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabili di struttura assieme al RPCT secondo un processo di *bottom-up*, in sede di formulazione delle proposte, e *top-down* per la successiva fase di verifica ed applicazione.

I destinatari delle misure di prevenzione della corruzione sono tutti i Dipendenti dell'Istituto, secondo le disposizioni previste dall'art. 1, comma 14 della Legge 190/2012.

Per tale ragione è necessario non solo che gli stessi prendano visione delle prescrizioni ivi previste ma che acquistino la consapevolezza che la diffusione e la piena attuazione della cultura della legalità e dell'etica deve permeare di sé l'attività di ogni operatore, indipendentemente dalla qualifica e dal ruolo rivestito in ambito aziendale ed indipendentemente dall'appartenenza ai settori per i quali il rischio di corruzione appare o è ritenuto elevato.

Tale necessità non deriva certamente dalla constatazione di un tessuto operativo di scarso valore morale o professionale dacché - per fortuna e per meriti personali dei singoli e strategie gestionali - il livello di etica e legalità riscontrabile quotidianamente nei più svariati settori in cui opera l'Istituto, anche quelli comunemente considerati a rischio corruzione, evidenziano invece un'attenzione particolare -

proporzionalmente ad ogni livello operativo - alla correttezza, celerità e trasparenza delle procedure, dei processi e dei procedimenti con una chiara propensione al raggiungimento degli obiettivi.

Pur tuttavia è indispensabile effettuare un'opera di ricognizione e riconoscimento di quanto sistematicamente previsto e praticato in ogni settore di attività nell'ottica della prevenzione della corruzione, esplicitarne i contenuti in atti e provvedimenti formali, rivedendone ed eventualmente modificandone i contenuti con cadenza periodica.

A tale compito, in base a quanto premesso, sono chiamati, dunque, tutti i dipendenti, indipendentemente dalle figure individuate dalla normativa e dal presente documento quali soggetti Responsabili in quanto alla responsabilità dell'etica e della legalità dell'*agere* dell'Istituto, in ogni settore di attività, è intrinsecamente posta in capo ad ogni Soggetto ivi operante che, in quanto tale, lavora ed opera all'interno di un unico insieme di risorse per un unico bene comune.

In tale ottica, invero, viene richiesto ai dipendenti di segnalare con tempestività ogni situazione di conflitto di interessi, quand'anche potenziale, e conseguentemente di astenersi dal porre in essere qualsivoglia comportamento lesivo degli interessi e degli obiettivi dell'Istituto.

Tutti i dipendenti, in particolare quelli addetti ai settori ad elevato rischio di corruzione, comunicano tempestivamente al proprio Dirigente di riferimento qualsiasi anomalia riscontrata nell'ambito dei procedimenti o dell'abituale attività proponendo le azioni correttive ritenute idonee ed opportune.

La mancata osservanza delle disposizioni di cui al presente Documento costituisce elemento di valutazione di responsabilità disciplinare dei Dipendenti, dei Responsabili di Posizione Organizzativa e dei Dirigenti con riferimento alle rispettive competenze.

Individuazione di attività a rischio corruzione e misure di prevenzione

In generale per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per poter individuare le aree a rischio di fenomeni corruttivi si definisce il concetto di rischio corruttivo come la pericolosità di un evento calcolata con riferimento alla probabilità che questo si verifichi, correlata alla gravità/impatto delle relative conseguenze come segue:

Valutazione del rischio

Determina l'esposizione al rischio: valutazione dell'accettabilità (soglia) e della tollerabilità (range) del rischio

Probabilità	Molto probabile	Medio	Alto	Alto
	Probabile	Basso	Medio	Alto
	Improbabile	Basso	Basso	Medio
		Poco rilevante	Rilevante	Molto rilevante
		Gravità/impatto		

Probabilità e gravità/impatto del danno devono essere considerate contestualmente al fine di determinare il grado del rischio come segue:

Valutazione del rischio



Il presente documento individua dei macroprocessi a rischio - tabella di cui al successivo paragrafo - da leggersi con l'avvertenza che sono le attività a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi nell'accezione innanzi descritta senza alcun riferimento alle singole persone preposte alle relative mansioni nelle unità organizzative deputate allo svolgimento quotidiano delle attività.

Valutazione del grado/livello di esposizione al rischio

La gradazione del rischio, secondo un approccio qualitativo e non quantitativo, al fine di definirne priorità e modalità di intervento, viene definita sulla base dei criteri di cui alla seguente tabella:

PROBABILITA'	GRAVITA'/IMPATTO	GRADO DI RISCHIO
Attività a bassa discrezionalità per presenza di: - specifica normativa (statale, regionale, regolamentare); - elevato grado di pubblicità degli atti procedurali; - potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone; - sussistenza di specifici meccanismi di verifica e/o controllo; Casistica dell'evento: fino a 3 casi in un anno;	- basso valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (< € 10.000) - bassa esposizione mediatica	BASSO
Attività a media discrezionalità per presenza di: - specifica normativa (statale, regionale, regolamentare) di principio; - ridotta pubblicità degli atti; - potere decisionale in capo ad unico o pochi soggetti; - meccanismi di controllo successivi interni ed eventuali esterni; Casistica dell'evento: fino a 6 casi in un anno;	- medio valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (tra € 10.000 ed € 200.000); - media esposizione mediatica	MEDIO
Attività ad alta discrezionalità per presenza di: - normativa assente o lacunosa (statale, regionale, regolamentare); - potere decisionale concentrato in capo a singole persone; - assenza o limitati meccanismi di verifica e/o controllo; Casistica dell'evento: più di 6 casi in un anno o precedenti storici di fatti corruttivi negli ultimi 5 anni;	- elevato valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività (superiore ad € 200.000); - elevata esposizione mediatica	ALTO

Tabella: livello di rischio per singola attività e misure di prevenzione

La tabella indicante il livello di rischio per singola attività con l'evidenza degli specifici rischi e misure di prevenzione è riportato in calce al presente documento quale allegato "2".

Si precisa che in merito all'enunciazione degli attori coinvolti nelle singole attività l'indicazione non può che dare evidenza delle strutture/uffici cui le stesse afferiscono in via principale ma non certo esclusiva, tenuto conto che la maggior parte delle attività si snoda attraverso procedure, a volte anche complesse, che prevedono il coinvolgimento anche di altri uffici e, dunque, di altro personale (cosiddetti processi interfunzionali). La scelta dell'indicazione di una o più strutture risponde unicamente all'esigenza di individuare l'eventuale focus di annidamento di fenomeni corruttivi la cui probabilità è ritenuta di considerevole entità.

Comunicazione/Relazione delle decisioni assunte per singole aree/attività.

L'attività di gestione del rischio viene attuata con la predisposizione di nuove misure preventive in coordinamento con quelle esistenti dove la determinazione è necessariamente un'attività dinamica che richiede una verifica periodica dei livelli raggiunti in un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabili degli uffici e del Responsabile della Prevenzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali dovranno formalizzare semestralmente, con nota da trasmettere al RPCT, le procedure utilizzate per lo svolgimento delle attività di competenza ed i relativi controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti ai controlli ed oggetto e tempistica degli stessi. Nella medesima nota alla relazione su quanto posto in essere viene affiancata la comunicazione di eventuali nuovi interventi organizzativi da porre in essere per incrementare l'azione preventiva del rischio di pratiche corruttive.

Comunicazione/Relazione tempistica per la conclusione dei procedimenti

I Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali, cui compete la verifica del rispetto dei termini per tutti i procedimenti che afferiscono alla propria struttura, devono definire un apposito prospetto da trasmettere al RPCT semestralmente, indicante il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza unitamente a un report che evidenzi eventuali violazioni del codice etico e di comportamento o delle disposizioni relative alla segregazione funzionale, problematiche in tema di monitoraggio e controllo dei procedimenti e gli adempimenti correttivi posti in essere.

Comunicazione/Relazione rapporti a valenza economica tra l'Istituto e i terzi

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono al monitoraggio dei rapporti tra l'Istituto e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori.

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione del personale in conflitto, di cui all'art. 6 bis della L. 241/90.

Di tale monitoraggio, nonché dell'adozione di ogni atto o procedura istituita all'uopo, deve essere data evidenza al RPCT.

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

“Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della Stazione Appaltante stessa. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione” (PNA 2016, pag. 22). L'attuale responsabile in Istituto è la Dottoressa Elisabetta Bruno, direttore della UOC Acquisizione Beni e Servizi.

Antiriciclaggio:

E' stato nominato “Gestore” delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamento del terrorismo ai sensi del D.M. del 25 settembre 2015 Ministero dell'Interno con Deliberazione n. 1091 del 20/12/2022 l'Avv. Carlo Berri, già RPCT.

Con la medesima deliberazione sono stati individuati i Referenti/Responsabili tenuti a segnalare al “gestore” le operazioni sospette, tenendo conto degli indicatori di anomalia di cui al predetto decreto ministeriale ed alle Istruzioni emanate dalla Banca D'Italia in data 23.4.2018 nei seguenti campi di attività:

- procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;

- procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati;

Rotazione degli incarichi

La misura della rotazione degli incarichi prevista dal legislatore trova evidentemente la sua ratio nella necessità, particolarmente rilevante nelle aree ritenute ad elevato rischio corruttivo, di evitare il consolidamento di posizioni privilegiate nella diretta gestione di alcune attività, laddove il medesimo dipendente prenda in carico per lungo tempo la stessa tipologia di procedura interfacciandosi svariate volte con il medesimo utente.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, su sollecitazione dei Responsabili delle articolazioni aziendali, della Direzione Aziendale e/o del Direttore della UOC Personale, provvederà ad effettuare una valutazione sull'eventuale necessità di rotazione del personale chiamato a ricoprire incarichi, anche di natura istruttoria, che ineriscano processi individuati come potenzialmente esposti al rischio corruttivo.

Si precisa, tanto per la rotazione dei funzionari quanto a fortiori per i Dirigenti, che tale misura può essere attuata, ove possibile e compatibilmente con la struttura organizzativa dell'Istituto, solo per le figure professionali fungibili e per tutti quei profili per i quali non sia previsto il possesso di lauree o altri titoli specialistici, o che tali titoli siano in possesso di unico dipendente o più dipendenti appartenenti a ruoli diversi (es. tecnico e amministrativo) o a diversi livelli retributivi (es. collaboratore amministrativo e assistente amministrativo).

Nella valutazione della possibile rotazione degli incarichi si avrà l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze nelle strutture.

L'introduzione di meccanismi di rotazione sistematica del personale all'interno dei singoli servizi, non può essere affrontato se non previa una scelta sistematica degli organi di direzione e di indirizzo. Anche l'Anac, con la determina n. 831 del 3 agosto 2016, ha previsto che la rotazione del personale possa essere sostituita da altre misure di prevenzione – tenuto conto delle difficoltà degli enti di piccole dimensioni come l'Istituto (soprattutto se si guarda al comparto amministrativo) – quali la segregazione funzionale, che sono le misure che, tra le altre, sono indicate nell'allegato 2.

Un particolare caso di rotazione del personale è individuato dall'art. 16, comma 1 lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, comma 24, Legge n. 135 del 201) che lo prevede con provvedimento motivato, per i dirigenti in circostanze di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'attuazione della misura comporterebbe che in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente come, a mero titolo esemplificativo, nel caso in cui l'Istituto abbia avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o sia stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o sia stata disposta una perquisizione o sequestro e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, il medesimo Istituto:

- per il personale dirigenziale, procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed al passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater.

L'applicazione della misura va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità.

Forme di controllo e monitoraggio

L'RPCT procederà alla verifica dell'adempimento delle misure di prevenzione mediante raccolta di informazioni e controlli presso le strutture.

Quanto alla raccolta di informazioni il RPCT procederà alla stessa presso i Dirigenti delle strutture in modalità:

- **“sincrona”**: con cadenza periodica sarà chiesto al Dirigente un report sul rispetto dei tempi e della correttezza dei procedimenti amministrativi, semestralmente;
- **“asincrona”**: al verificarsi di ogni evento di cui il Dirigente ritenga necessario o opportuno informare il RPCT.

Quanto alle verifiche e controlli presso le strutture il RPCT procederà alle stesse, con l'ausilio dei competenti Responsabili di struttura, concentrandole per l'annualità 2022 sulle aree ritenute ad elevato rischio corruzione.

Nell'esecuzione dei controlli il RPCT potrà avvalersi della collaborazione dell'OdV di cui al D.lgs. 231/01.

Attualmente i principali strumenti di controllo sono costituiti dalla reportistica, dall'aggiornamento della modulistica, dei regolamenti e dei codici e dagli audit che vengono effettuati dal RPCT e dall'OdV sia singolarmente che congiuntamente o da specifici gruppi di lavoro.

Nel corso del 2023, con l'OdV sono programmate almeno le seguenti azioni di audit:

- Attività di audit nell'area “selezioni comparative per consulenze e prestazioni professionali”
- Attività di audit su acquisti di beni e servizi.

La valutazione quale strumento di prevenzione della corruzione

L'Istituto ha adottato un sistema di valutazione del dipendente, differente in base alla qualifica e al ruolo rivestito, atto a valutare la performance del medesimo e, dunque, ad incidere sull'adeguamento e miglioramento progressivo della prestazione lavorativa agli standard normativi ed aziendali fissati in materia.

Al fine di garantire la massima efficacia ed adempiendo all'auspicato collegamento tra prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Performance, gli obiettivi e le incombenze di cui al presente documento dovranno essere inseriti nelle schede di valutazione della performance dei Direttori di struttura interessati.

Con il presente documento, attesa la rilevanza assunta dal comportamento del dipendente complessivamente inteso al fine di improntare l'azione amministrativa, con particolare attenzione ai settori a rischio corruttivo, non solo alla competenza e alla professionalità in ragione degli obiettivi personali e aziendali, ma soprattutto ai valori dell'etica e della legalità, si ritiene opportuno introdurre nelle schede annuali di valutazione dei singoli dipendenti, un'apposita voce riferita al rispetto di tutte le previsioni di cui al presente documento e alle prescrizioni del Modello Organizzativo 231.

Codice di comportamento e procedimento disciplinare

Con Deliberazione n. 1 del 19 gennaio 2015 è stato adottato il Codice Etico e di Comportamento dell'Istituto. Detto codice è stato revisionato nel 2018 ed approvato con deliberazione n. 1/2019 a seguito del necessario aggiornamento rispetto alle linee guida emanate dall'ANAC con Delibera n. 358/2017, da cui emergono degli elementi che evidenziano l'appropriatezza di alcune scelte effettuate in sede di redazione già

del primo codice etico e di comportamento dell'Istituto. Il codice è costantemente tenuto aggiornato e la versione attualmente vigente è stata approvata dal Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 23 dell'8 Aprile 2020. Verrà ulteriormente aggiornato nel corso del triennio principalmente a seguito dell'aggiornamento normativo introdotto con il D.P.R. N. 81 del 13 giugno 2023.

Le prescrizioni cui attenersi in merito ai doveri dei dipendenti sono ad oggi, oltre quelle previste dalla rispettiva contrattazione collettiva e personale di riferimento, quelle di cui al Codice di Comportamento per i dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62 in attuazione dell'art. 54 del D.lgs. n.165 del 2001, come sostituito dalla L. 190/2012.

La violazione delle disposizioni ivi previste, nonché di tutte quelle stabilite nella normativa di carattere generale e nei regolamenti aziendali determinerà l'attivazione dei dovuti procedimenti disciplinari e la conseguente eventuale irrogazione della sanzione.

L'avvio di procedimento disciplinare, di competenza del Dirigente Responsabile di struttura, a seconda della gravità della sanzione astrattamente applicabile alla fattispecie concreta, costituisce dovere dello stesso non solo e non tanto per le sanzioni ad essi applicabili in caso di inerzia, quanto perché l'effettività dell'accertamento di natura disciplinare e conseguentemente la repressione sanzionatoria delle condotte violative poste in essere costituiscono presupposto indefettibile per la stessa efficacia del sistema di prevenzione e contrasto alla corruzione.

A tal fine, semestralmente il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione inoltrerà agli Uffici Procedimenti disciplinari la richiesta di un documento riepilogativo recante il numero dei procedimenti attivati nel corso dell'anno, i comportamenti per i quali è stata avviata l'azione disciplinare, il provvedimento adottato, ivi compreso il solo rimprovero verbale, e le eventuali motivazioni per le quali a fronte di segnalazioni formalmente pervenute al responsabile dell'azione disciplinare non si è ritenuto di dar corso all'avvio del procedimento, con eventuale indicazione dell'attività pre-istruttoria eseguita.

I suddetti Responsabili dell'azione disciplinare invieranno l'indicato documento entro il 15 giorni dalla richiesta al RPCT.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti

In attuazione delle previsioni di cui al D. Lgs. 24 del 10 marzo 2023, l'Istituto introduce nel presente Documento le seguenti misure atte a tutelare la riservatezza del dipendente che effettua segnalazioni di illecito:

- per garantire certezza di azione ed evitare fuoriuscita di notizie in grado di compromettere l'immagine dell'ente e/o la persona del segnalante, le segnalazioni di eventi di natura corruttiva potranno essere inoltrate direttamente al responsabile per la prevenzione della corruzione, individuato dall'Ente quale unico soggetto competente a ricevere le segnalazioni;
- sarà compito di tale soggetto, una volta pervenuta la segnalazione, acquisire ulteriori informazioni, utili a circostanziare la denuncia, presso gli uffici interessati;
- una volta accertata la presenza di tutti gli elementi utili ad acclarare i fatti, la segnalazione viene trasmessa al dirigente della Struttura competente per appartenenza del dipendente interessato, che procederà all'istruttoria e, se del caso, alla successiva trasmissione all'Ufficio Procedimenti Disciplinari per lo svolgimento del procedimento disciplinare e/o all'Autorità Giudiziaria, in presenza di fatto che costituisca reato;

- le segnalazioni, in forma scritta, potranno essere presentate personalmente presso i soggetti di cui sopra oppure trasmesse via mail all'indirizzo di posta elettronica carloberri@gaslini.org, riservato e accessibile, previo inserimento di credenziali personali, unicamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza o da suo stretto Collaboratore;
- le segnalazioni potranno essere effettuate anche attraverso la piattaforma informatica *WhistleblowingPA* di *Transparency International* Italia che è conforme alla normativa ed è stata adottata dall'Istituto;
- infine le segnalazioni possono essere effettuate anche oralmente, previo appuntamento personale con l'RPCT, ed anche telefonicamente al numero dedicato del RPCT 01056363857;
- nell'ipotesi di presentazione personale della denuncia il soggetto ricevente procederà ad apporre sul documento un numero identificativo progressivo attestante la data di ricezione;
- a tale scopo il RPCT procederà all'istituzione di un Registro di protocollo riservato, curandone personalmente la tenuta e la custodia. Il numero di protocollo sarà apposto anche alla copia stampata su supporto cartaceo della denuncia inoltrata per via telematica;
- i soggetti che ricevono le segnalazioni di illecito sono tenuti al segreto in ordine a qualsiasi elemento identificativo del denunciante e, compatibilmente con le esigenze istruttorie, del denunciato;
- la segnalazione non può riguardare doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza della U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- le segnalazioni anonime, vale a dire prive di elementi che consentano di identificare il loro autore, anche se recapitate tramite le modalità previste dal presente documento, non verranno prese in considerazione nell'ambito delle procedure volte a tutelare il dipendente pubblico che segnala illeciti, ma verranno trattate alla stregua delle altre segnalazioni anonime e prese in considerazione per ulteriori verifiche solo se relative a fatti di particolare gravità e con un contenuto che risulti adeguatamente dettagliato e circostanziato;
- al fine di consentire il rispetto dei termini previsti per l'avvio e la conclusione dei procedimenti disciplinari di cui al D. Lgs. 150/2009 ed ai codici disciplinari contenuti nei CCNL, la trasmissione della segnalazione, e dell'eventuale documentazione allegata, all'Ufficio di Disciplina competente dovrà avvenire entro cinque giorni dalla data di prima ricezione;
- per quanto non specificamente previsto nel presente documento, si rinvia all'apposita procedura pubblicata sul sito internet dell'Istituto nella sezione "Amministrazione Trasparente" - altri contenuti - corruzione;

E' stata anche indetta una procedura aperta alla consultazione per l'aggiornamento del PIAO rivolta agli *stakeholders*: non sono pervenute osservazioni.

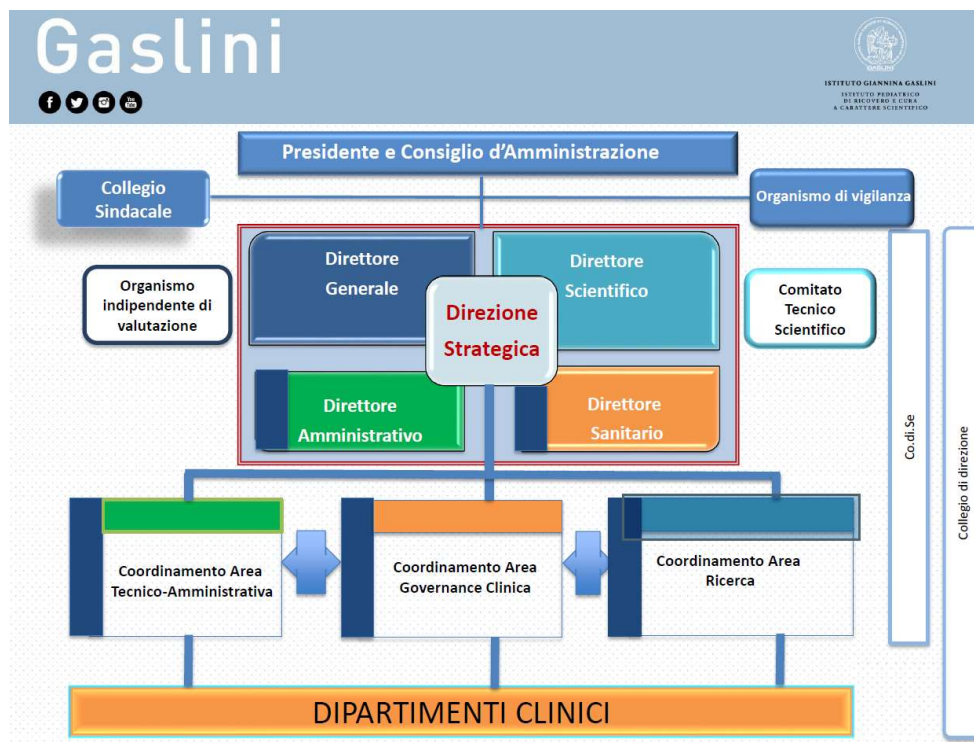
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Articolazione organizzativa

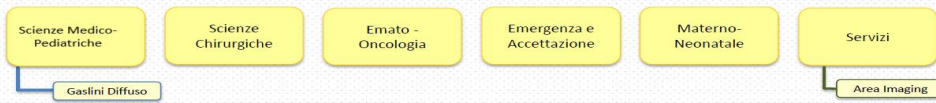
Con la Delibera n. 12 del 20.3.2023, il Consiglio di Amministrazione ha approvato il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (D. Lgs. 200/2022) dell'Istituto Giannina Gaslini: la pianificazione per il 2024 prevede un intervento di aggiornamento del Regolamento su queste direttrici: a) allineamento al nuovo PGI Regione Liguria - UNIGE, che - come detto - ha visto consolidarsi il rapporto tra Istituto ed UNIGE (con la previsione di sviluppo di alcune strutture a direzione universitaria); b) semplificazione dell'organigramma delle strutture di produzione, in base al lavoro programmato ed avviato per il 2024 di revisione dei fondi contrattuali e graduazione delle funzioni dirigenziali; c) sviluppo di coordinamenti interaziendali su alcune aree tematiche

(è pianificata l'istituzione di dipartimenti interaziendali: sono attivi alcuni tavoli di lavoro interaziendali, con l'obiettivo di costituire nel periodo di vigenza del PIAO anzitutto aree dipartimentali integrate per la gestione sinergica della sicurezza sul lavoro, dei trapianti, della radiologia interventistica); d) nell'ambito delle aree di staff: affinamento della definizione delle funzioni di medicina legale, sicurezza sul lavoro, sorveglianza sanitaria, *risk management*, qualità, programmazione e controllo.

L'assetto organizzativo attuale è quello sintetizzato dalle successive tabelle:



DIPARTIMENTI CLINICI



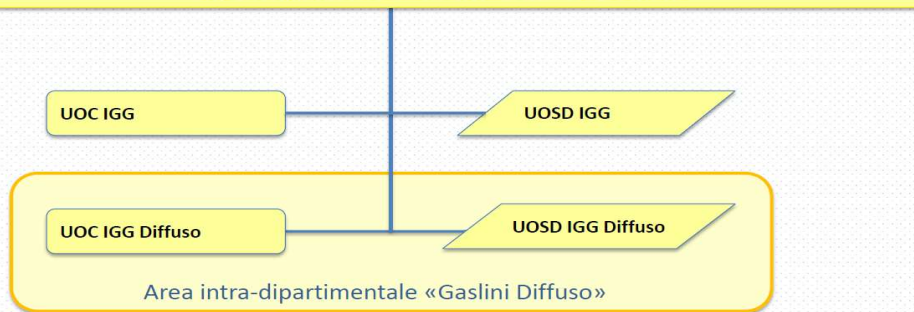
♦ La struttura potrà essere oggetto di riconfigurazione alla luce degli sviluppi del modello organizzativo

N.B. Di seguito, **in nero** vengono indicate le UO a direzione ospedaliera; **in arancione** quelle a direzione universitaria

Organigramma

Dipartimento di Scienze Medico - Pediatriche

Dipartimenti



Dipartimento di Scienze Medico - Pediatriche

Dipartimenti

UOC NEFROLOGIA E TRAPIANTO RENE

UOC CLINICA PEDIATRICA – REUMATOLOGIA
(disattivazione fino al 30.04.2026)

UOC REUMATOLOGIA E MALATTIE
INFIAMMATORIE

UOC CLINICA PEDIATRICA - ENDOCRINOLOGIA

UOC GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ED
ENDOSCOPIA DIGESTIVA

UOC MALATTIE INFETTIVE

UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

UOC NEUROLOGIA PEDIATRICA E MALATTIE
MUSCOLARI

UOC PNEUMOLOGIA PEDIATRICA ED
ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

UOC GENOMICA E GENETICA CLINICA

UOSD CENTRO DI DIALISI

UOSD CENTRO MALATTIE
RARE (ad esaurimento)

UOSD OSPEDALE
DOMICILIARE

UOSD HOSPICE

UOSD PSICHIATRIA
DELL'ADOLESCENZA

UOSD CENTRO MIOLOGIA
TRASLAZIONALE E SPERIMENTALE
* temporaneamente a direzione universitaria

UOSD CENTRO FIBROSI CISTICA
**universitaria temporaneamente a direzione
ospedaliera

UOSD CENTRO
ALLERGOLOGIA

Dipartimento di Scienze Medico - Pediatriche

Area intra- dipartimentale omogenea

Gaslini Diffuso

S.C. PEDIATRIA E NEONATOLOGIA POLO OSPEDALE DI IMPERIA

S.C. PEDIATRIA UBICATA POLO OSPEDALE SAN PAOLO DI SAVONA E POLO
PIETRA LIGURE

S.C. PEDIATRIA POLO DI LAVAGNA

S.C. PEDIATRIA E NEONATOLOGIA POLO OSPEDALE SANT'ANDREA DI LA
SPEZIA

STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE NEONATOLOGIA
POLO OSPEDALE SANT'ANDREA DI LA SPEZIA

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Dipartimenti

UOC CARDIOCHIRURGIA

UOC CARDIOLOGIA

UOC DERMATOLOGIA E CENTRO ANGIOMI

UOC CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC NEUROCHIRURGIA

UOC ORTOPEDIA

UOC OCULISTICA

UOC OTORINOLARINGOIATRIA

UOC ODONTOSTOMATOLOGIA E ORTODONZIA PEDIATRICA

UOSD ANESTESIA MISSIONI
CARDIOCHIRURGICHE INTERNAZIONALI
(ad esaurimento)

UOSD TEAM MISSIONI CARDIOCHIRURGICHE
INTERNAZIONALI

UOSD CENTRO DI TERAPIA
SUBINTENSIVA DELLE CARDIOPATIE

UOSD CENTRO CHIRURGIA PEDIATRICA
TORACICA E DELLE VIE AEREE

UOSD CENTRO CHIRURGIA
RICOSTRUTTIVA E DELLA MANO

♦ La struttura potrà essere oggetto di riconfigurazione alla luce degli sviluppi del modello organizzativo

Dipartimento di Emato - Oncologia

Dipartimenti

UOC EMATOLOGIA

UOC ONCOLOGIA

UOSD CENTRO TRAPIANTO
MIDOLLO OSSEO

UOSD CENTRO EMOSTASI E
TROMBOSI

UOSD NEURO-ONCOLOGIA

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Dipartimenti

UOC ANESTESIA E TERAPIA DOLORE
PROCEDURALE

UOC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E
PEDIATRICA

UOC PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO
SOCCORSO

UOSD CENTRO PS E OBI

UOSD ANESTESIA E
ANALGESIA OSTETRICO-
GINECOLOGICA

UOSD CENTRO RICERCA IN
ANESTESIOLOGIA

Dipartimento Materno - Neonatale

Dipartimenti

UOC PATOLOGIA NEONATALE E TIN
* temporaneamente a direzione universitaria

UOC MEDICINA FETALE E PERINATALE

UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA

UOSD TEAM TRASPORTO
NEONATALE (ad esaurimento)

Dipartimento dei Servizi

Dipartimenti

UOC RADIOLOGIA

UOC NEURORADIOLOGIA

* temporaneamente a direzione universitaria

Area intra-dipartimentale «Imaging»

UOC IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

UOC LABORATORIO ANALISI

UOC GENETICA UMANA ▲

UOC GENETICA MEDICA

UOC ANATOMIA PATOLOGICA

* temporaneamente a direzione universitaria

UOC IMMUNOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE

UOSD GENETICA E GENOMICA MALATTIE RARE ▲

UOSD TERAPIE SPERIMENTALI IN ONCOLOGIA ▲

UOSD BIOCHIMICA E FARMACOLOGIA

UOSD BIOLOGIA MOLECOLARE ▲

UOSD CELL FACTORY

▲ Tenuto conto della vocazione a prevalente attività scientifica, potranno essere oggetto di aggregazione in area

Neuroscienze

Aree interdipartimentali omogenee

Dipartimento di Scienze Medico Pediatriche

UOC

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
NEUROLOGIA PEDIATRICA E MALATTIE MUSCOLARI
GENOMICA E GENETICA CLINICA

UOSD

CENTRO MIOLOGIA TRASLAZIONALE E SPERIMENTALE

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

UOC

NEUROCHIRURGIA
ORTOPEDIA
OCULISTICA
ODONTOSTOMATOLOGIA E ORTODONZIA PED.
OTORINOLARINGOIATRIA

UOSD

CENTRO CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E DELLA MANO

Dipartimento di Emato - Oncologia

UOSD

NEURO-ONCOLOGIA

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

UOC

ANESTESIA E TERAPIA DOLORE PROCEDURALE
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRICA

Dipartimento Materno - Neonatale

UOC

PATOLOGIA NEONATALE E TIN

Dipartimento dei Servizi

UOC

NEURORADIOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA
UU.OO.CC./UOSD GENETICA

Direzione Sanitaria

UOSD

PSICOLOGIA

Aree interdepartimentali omogenee

Genetica e Genomica

Dipartimento di Scienze Medico-Pediatriche

REUMATOLOGIA E MALATTIE INFIAMMATORIE
CLINICA PEDIATRICA – ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ED ENDOSCOPIA
DIGESTIVA
NEUROLOGIA PEDIATRICA E MALATTIE MUSCOLARI
NEFROLOGIA E TRAPIANTO RENE
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
CENTRO MIOLOGIA TRASL.
CENTRO FIBROSI CISTICA

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

CARDIOLOGIA / CARDIOCHIRURGIA
NEUROCHIRURGIA

Dipartimento Materno-Neonatale

PATOLOGIA NEONATALE E TIN
MEDICINA FETALE E PERINATALE
OSTETRICA E GINECOLOGIA

Dipartimento di Emato-Oncologia

EMATOLOGIA / ONCOLOGIA
NEUROONCOLOGIA

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PED.

UOC/UOSD GENETICA

GENETICA MEDICA
GENETICA UMANA
GENOMICA & GENETICA CLINICA
GENETICA & GENOMICA MAL.
RARE

Dipartimento dei Servizi

ANATOMIA PATOLOGICA
NEURORADIOLOGIA
CELL FACTORY
DIAG. GINECOPATOL. E PAT. FETO-PERINATALE
TERAPIE SPERIMENTALI IN ONCOLOGIA
BIOLOGIA MOLECOLARE

Aree interdepartimentali omogenee

Cuore (Heart Team)

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

UOC CARDIOCHIRURGIA
CARDIOLOGIA
UOSD TEAM MISSIONI CARDIOCHIRURGICHE INTERNAZIONALI
CENTRO DI TERAPIA SUBINTENSIVA DELLE CARDIOPATIE
CENTRO CHIRURGIA PEDIATRICA TORACICA E DELLE VIE AEREE

Dipartimento di Scienze Medico Pediatriche

UOC GENOMICA E GENETICA CLINICA
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
NEFROLOGIA E TRAPIANTO RENE
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA E MALATTIE MUSCOLARI
UOSD CENTRO DIALISI
CENTRO MIOLOGIA TRASLAZIONALE E SPERIMENTALE

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

UOC ANESTESIA E TERAPIA DOLORE PROCEDURALE
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRICA
UOSD ANESTESIA E ANALGESIA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Dipartimento Materno - Neonatale

UOC PATOLOGIA NEONATALE E TIN
MEDICINA FETALE E PERINATALE
OSTETRICA E GINECOLOGIA

Dipartimento di Emato - Oncologia

UOSD CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI

Dipartimento dei Servizi

UOC RADIOLOGIA
NEURORADIOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA
GENETICA MEDICA / GENETICA UMANA
GENETICA E GENOMICA MALATTIE RARE

Direzione Sanitaria

UOSD PSICOLOGIA

3.2 Organizzazione del lavoro agile

Si è elaborata proposta del Regolamento per il lavoro agile: la stessa è in fase di ultima revisione in ragione dell'approvazione in data 29/12/2023 del recente decreto in materia da parte del Ministro Funzione Pubblica; pertanto, a breve sarà sottoposto alle procedure di confronto previste dal sistema delle relazioni sindacali disciplinato dai CC.CC.NN.LL. e successivamente, con la definitiva approvazione del POLA, lo stesso confluirà nel PIAO.

L'interlocuzione con le Organizzazioni Sindacali e con la RSU del Comparto intende perseguire l'obiettivo di superare le criticità riscontrate in fase emergenziale per il lavoro agile, tenuto conto della peculiarità delle attività dell'istituzione sanitaria, addivenendo a nuove regole rispetto all'accesso, a definiti criteri per la proficua esecuzione del lavoro agile, per i tempi di lavoro, di connessione e di disconnessione, per la possibile dotazione tecnologica, per i contenuti dell'accordo scritto con il lavoratore e per il relativo recesso.

3.3 Piano triennale del fabbisogno del personale

Inquadramento normativo

Questa sottosezione contiene il Piano triennale dei fabbisogni di personale, quale strumento di definizione delle esigenze quali-quantitative di personale per coniugare il buon utilizzo delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, di efficienza, economicità e qualità dei servizi, assicurando necessariamente il rispetto dell'equilibrio di finanza pubblica.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è quindi l'atto di programmazione attraverso il quale l'amministrazione definisce il proprio fabbisogno di personale, nel rispetto dei vincoli finanziari e normativi derivanti dalla legislazione nazionale e regionale vigente nel tempo, ed in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della *performance*.

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 30 aprile 2022, n. 36 (convertito in L. 29 giugno 2022, n. 79) che ha interessato l'art. 6-ter del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nonché dell'emanazione delle Linee di indirizzo approvate con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 22 luglio 2022 (pubblicato in GU n. 215 del 14 settembre 2022), le Amministrazioni Pubbliche devono attuare un percorso di rinnovamento nella gestione delle risorse umane in chiave strategica attraverso strumenti di progettazione e gestione flessibili per le diverse esigenze di competenze professionali, ma rigorosi nell'approccio metodologico alla programmazione delle professionalità necessarie nell'ottica di accrescere la propria efficienza e di realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane nel perseguimento delle proprie diverse missioni istituzionali.

Il Piano triennale del fabbisogno del personale è confluito nel PIAO per effetto dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, quale strumento unico di coordinamento che correla la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla pianificazione strategica delle attività ed alle strategie di valorizzazione delle risorse umane.

Quadro riepilogo risorse umane anno 2023

Con riferimento all'anno 2023 l'Istituto, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 20 marzo 2023 di adozione del PIAO 2023-2025, ha approvato il Piano triennale del fabbisogno del personale corrispondente al medesimo periodo.

Per l'anno in discorso la programmazione e la pianificazione delle assunzioni è avvenuta:

- a) in una logica di bilanciamento tra le assunzioni e le cessazioni di personale anche al fine di dare attuazione al turnover ereditato dagli anni precedenti;
- b) in considerazione delle implementazioni previste nel richiamato Piano triennale del fabbisogno di personale e di quelle definite in corso d'anno per le quali è stata espressa autorizzazione regionale in ottemperanza alla D.G.R. n. 147/2022 e, in ultimo, alle indicazioni fornite dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria con nota prot. n. 1362406/2023;
- c) al fine del conseguimento degli obiettivi budgetari, specificamente relativi all'aumento della produttività e all'abbattimento delle liste d'attesa, nonché a garanzia dei livelli assistenziali nel rispetto della normativa contrattuale in tema di reperibilità e di orario di lavoro e riposi (ai sensi della L. 30 ottobre 2014, n. 161);
- d) in un'ottica di riduzione od invarianza della spesa per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, salvo per le assunzioni qualificate da carattere temporaneo o suppletivo anche nel rispetto dei CC.CC.NN.LL. (ad esempio per le situazioni circoscritte al periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali ovvero al periodo strettamente necessario alla sostituzione dell'unità assente).

In via generale, il reclutamento di personale è avvenuto mediante l'utilizzo di graduatorie approvate dall'Istituto, di graduatorie richieste in condivisione ad altre Aziende e Enti del S.S.R. o di graduatorie afferenti a procedure concorsuali unificate.

Anche attraverso le suddette procedure, ed in particolare avendo orientato l'azione agli impegni di cui al suddetto punto d), nel corso del 2023 si è assistito ad una riduzione dei contratti a tempo determinato (ex art. 36 del D.Lgs. n. 165/2001) mediante il perseguimento della copertura dei posti in ruolo.

A cornice della considerazione di carattere generale suesposte assumono rilevanza i seguenti aspetti che hanno rivestito un ruolo inevitabilmente impattante sulla programmazione del fabbisogno di personale:

- in primis, l'Istituto ha attivato procedure di stabilizzazione per il personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lett. b), della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (c.d. stabilizzazione requisiti emergenza COVID – 19) come modificato, in ultimo, dal c.d. decreto milleproroghe, all'esito delle quali sono stati immessi in ruolo n. 30 unità, tra dirigenti sanitari e personale del comparto sanitario, sociosanitario e amministrativo (parimenti a quanto evidenziato nel capoverso che precede, anche tali procedure sono state determinanti nella riduzione delle forme flessibili di lavoro);
- a seguito degli effetti degli articoli 27-bis e 27-ter della L. R. 7 dicembre 2006, n. 41 e ss.mm.ii., così come introdotti dall'art. 26 della citata L.R. n. 22/2021, lo stesso fabbisogno è stato oggetto di rivalutazione a seguito della D.G.R. n. 659/2023 relativa al c.d. Gaslini diffuso, tenuto conto degli esiti del trasferimento ex art. 31 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. del personale appartenente alle Aziende coinvolte (per il 2023 ci si riferisce al solo personale della dirigenza medica). Tale progetto ha comportato, innanzitutto, la presa in carico da parte dell'Istituto delle funzioni assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico di ASL1, ASL2, ASL4 e ASL5 e la contestuale gestione delle risorse umane coinvolte, prevedendo per la copertura del fabbisogno di personale l'espletamento di specifiche procedure concorsuali e di mobilità nonché il reclutamento di medici che sono stati assegnati alla sede genovese con l'impegno a prestare la propria attività anche a garanzia della copertura dei turni presso le dette strutture regionali;
- con riferimento alle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, sono state finalizzate le assunzioni a compimento degli obiettivi occupazionali previsti dalla convenzione stipulata ai sensi dell'art. 11 della medesima legge tra l'Istituto e la Regione Liguria – U.S.S. Collocamento Mirato per la copertura di complessive n. 5 unità di personale nel rispetto della normativa in parola;

- in merito al personale afferente al ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca (c.d. "personale della Piramide della ricerca") l'Istituto ha concluso n. 11 procedure concorsuali ai sensi del D.P.C.M. 21 aprile 2021, all'esito delle quali sono stati assunti a tempo determinato n. 26 ricercatori sanitari e n. 19 collaboratori professionali di ricerca sanitaria secondo quanto disposto dall'art. 1, commi 422 e ss. della legge n. 205/2017 e ss.mm.ii. e dal C.C.N.L. relativo al personale del comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (triennio 2016-2018).

Per una consultazione analitica dei dati sulla consistenza del personale dell'Istituto al 31 dicembre 2023 si rimanda all'allegato "Quadro riepilogo risorse umane anno 2023 (dotazione organica al 31/12/2023)".

Ad integrazione dello stesso si specifica che prestano attività lavorativa in favore dell'Istituto anche le seguenti tipologie di personale:

- personale universitario inserito negli appositi elenchi in applicazione del "Protocollo generale d'intesa tra Regione Liguria e Università degli studi di Genova per lo svolgimento dell'attività assistenziale dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 517/1999", per un ammontare complessivo pari a n. 36 unità;
- n. 1 incarico di medicina specialistica ambulatoriale ex art. 20 del vigente A.C.N. per la branca di genetica medica, mediante graduatoria redatta dal Comitato zonale dell'ASL3.

Tra il personale co.li.pro. rilevano ai fini del computo esclusivamente gli assegnatari di incarichi ex art. 7, comma 6 del D. Lgs. n. 165/2001 finanziati da fondi regionali.

In conclusione, per l'anno 2023 si attesta il rispetto del tetto di spesa del personale fissato con la citata D.G.R. n. 659/2023; mentre, con specifico riferimento al personale della Piramide della ricerca si attesta l'esistenza della copertura finanziaria a garanzia del rispetto delle risorse assegnate con l'art. 1, comma 424 della citata legge n. 205/2017.

Quadro previsionale delle risorse umane per il triennio 2024-2026

Il presente Piano dei fabbisogni tiene conto della pianificazione dell'organico necessario, includendo, tra l'altro:

- personale universitario convenzionato
- incarichi professionali
- tempi determinati finanziati con fondi finalizzati
- personale per lo svolgimento di attività di ricerca (ricercatori sanitari) e di supporto alla ricerca (collaboratori professionali di ricerca sanitaria) i cui costi sono sostenuti con fondi ministeriali dedicati.

Sulla base di quanto disposto dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria, nelle more della definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti sanitari, e in particolare di quelli pediatrici, nonché del monitoraggio del relativo costo, l'Istituto procederà alle assunzioni di personale, in coerenza con il quadro delle risorse assegnate, in analogia alla sopracitata D.G.R. n. 147/2022 sulla base delle indicazioni fornite dallo stesso Dipartimento con nota prot. n. 1362406/2023.

Per quanto attiene la programmazione relativa all'anno 2024, poiché Regione Liguria non ha ancora assegnato il *budget* di spesa complessivo per il costo del personale, al momento non risulta possibile procedere ad una esauriente e definitiva definizione della programmazione delle assunzioni, che deve rispettare il vincolo finanziario assegnato. Pertanto si è ritenuto di inserire nella prima definizione di programmazione, oltre alle procedure assunzionali in fase di espletamento, anche le coperture dei *turn over* a fronte delle cessazioni già formalizzate per l'anno 2024. La quantificazione così definita sarà oggetto di possibili integrazioni alla luce

delle risorse che verranno successivamente assegnate da Regione Liguria, anche in ragione di successive azioni di sviluppo per l'attività assistenziale dell'Istituto, conseguenti in particolare al nuovo Piano Socio-sanitario Regionale.

Tanto premesso le procedure di reclutamento di maggiore rilievo che verranno poste in essere fin dal primo anno del triennio sono:

- il trasferimento presso l'Istituto, ai sensi dell'art. 31 del D. Lgs. n. 165/2001, del personale del Comparto assegnato alle funzioni assistenziali pediatriche e neonatologiche trasferite a questa amministrazione in attuazione agli artt. 27-bis e 27-ter della L. R. n. 41/2006 e alla D.G.R. n. 255/2022. Il trasferimento è decorso dal 1 gennaio 2024 e ha coinvolto il personale (formato, allo stato, da n. 75 unità) afferente ai Poli regionali corrispondenti alle Aziende Socio Sanitarie Liguri come di seguito:
 - ✓ S.C. Pediatria e Neonatologia - Polo Ospedale di Imperia (ubicata in ASL1): n. 9 unità di personale infermieristico e n. 3 OSS;
 - ✓ S.C. Pediatria - Polo Ospedale San Paolo di Savona e Polo Ospedale di Pietra Ligure (ubicata in ASL2): n. 18 unità di personale infermieristico e n. 2 OSS;
 - ✓ S.C. Pediatria - Polo Ospedale di Lavagna (ubicata in ASL4): n. 17 unità di personale infermieristico e n. 1 OSS;
 - ✓ S.C. Pediatria e Neonatologia - Polo Ospedale Sant'Andrea di La Spezia (ubicata in ASL5): n. 25 unità di personale infermieristico;
- la messa in atto delle procedure per il conferimento di incarichi quinquennali di direzione di struttura complessa con riferimento alle seguenti n. 4 unità operative: S.C. Pediatria - Polo Ospedale di Lavagna, U.O.C. Nefrologia e Trapianto Rene, U.O.C. Ortopedia e U.O.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso;
- la prosecuzione del processo di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti dell'art. 1, comma 268, lett. b), della L. n. 234/2021 fino al 31 dicembre 2024, data ultima di applicazione di tale istituto secondo l'attuale disposto normativo;
- la stipula di una nuova convenzione ai sensi dell'art. 11 della L. n. 68/99 tra l'Istituto e la Regione Liguria - U.S.S. Collocamento Mirato per la copertura dei posti riservati alle assunzioni obbligatorie.

Obiettivo dell'Istituto è il superamento del precariato da realizzare, per quanto possibile, mediante l'applicazione della normativa specifica in materia di stabilizzazione, come delineata dalla citata L. n. 234/2021 e dall'art. 20 del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 e ss.mm.ii, e l'indizione di procedure di reclutamento per la copertura dei posti temporaneamente coperti attraverso contratti flessibili.

Menzione specifica in materia di stabilizzazione è da riservare al personale della Piramide della ricerca per la quale è prevista l'applicazione dell'art. 3-ter del D.L. 10 maggio 2023, n. 51 ai fini della stabilizzazione del personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria per il periodo 1 luglio 2023 - 31 dicembre 2025 in possesso dei requisiti prescritti dalla citata norma. Tali procedure devono svolgersi in coerenza con le dotazioni organiche stabilite ai sensi dell'art. 1, comma 423 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 e dell'art. 10 del D. Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200, perciò si rimanda alla valutazione degli atti ricognitivi e programmatori prodotti dalla Direzione Scientifica al fine di dare applicazione alla normativa in discorso.

Nel quadro complessivo delle linee di indirizzo suesposte si delinea quale obiettivo prioritario l'abbattimento del lavoro in somministrazione (art. 30 e ss. del D. Lgs. 15 giugno 2015, n. 81), circoscrivendone l'applicazione al rispetto delle condizioni di cui all'art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e prevedendone la dismissione una volta coperti i posti a garanzia delle attività, ad oggi, assolte con tale istituto. Quanto sopra, attivando, ove necessario, procedure di avviamento a selezione ex art. 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56 ovvero procedure concorsuali.

Ad ogni buon conto, l'Istituto continuerà a perseguire una gestione rigorosa degli organici, specie con riferimento al personale a tempo determinato, avendo riguardo del rispetto del tetto annuale del 20% del personale a tempo indeterminato in servizio al 1 gennaio dell'anno di assunzione, secondo quanto stabilito dai vigenti CC.CC.NN.LL. del personale del Comparto e dell'Area Sanità.

Per quanto riguarda in particolare il progetto "Gaslini Diffuso", oltre alla copertura dei posti vacanti delle attuali dotazioni organiche delle strutture pediatriche ubicate nei Poli regionali, si valuta imprescindibile - come anche espressamente indicato nel precedente PIAO 2023-2025 e come più volte rappresentato nelle competenti sedi regionali, stante ormai l'urgenza determinatasi - garantire il potenziamento delle strutture gestionali dell'Istituto con particolare riferimento ai settori tecnico-amministrativi di supporto ed in generale ai settori di staff, al fine di garantire la gestione delle strutture pediatriche ed il loro sviluppo: pertanto, è necessaria l'acquisizione di un nucleo di professionalità di staff e supporto dedicato alla gestione dei poli pediatrici territoriali dell'Istituto. Allo specifico riguardo, infatti, posto che a seguito della cessione dei detti rami d'azienda (pediatriche di cui al descritto progetto, nonché da ultimo alla determinazione regionale dell'implementazione del punto nascita presso ASL 1 a Sanremo) da parte delle citate quattro AASSLL all'Istituto, lo stesso registra un incremento di circa **n. 235 unità** di personale sanitario; e posto che la percentuale delle unità PTA (professionali, tecniche, amministrative) che si registrava nell'Istituto (prima del transito del personale a seguito del progetto "Gaslini diffuso") per garantire la funzionalità delle strutture di produzione, si attestava a circa il 12,5 % del totale delle unità di personale dipendente, è indispensabile (ed ormai indifferibile, per garantire sia appunto la funzionalità complessiva, comprensiva delle citate pediatriche regionali, sia anche il necessario sviluppo delle azioni del "nuovo" Gaslini) l'acquisizione di una quota corrispondente di unità di personale PTA aggiuntivo: si ritiene, come rappresentato nelle sedi regionali, che sia sufficiente attestarsi su una percentuale anche inferiore, a beneficio dell'equilibrio del sistema, a quella registrata (che porterebbe a un dato di 29,35 unità aggiuntive), **prevedendo un incremento di n. 20 unità PTA - con la conseguente rimodulazione, in ragione del descritto progetto regionale "Gaslini diffuso", da parte del regolatore regionale, del tetto di spesa per il personale e la connessa assegnazione finanziaria** - con le precisazioni che, da un lato, le figure sono ben bilanciate riguardo alle professionalità in rapporto alle esigenze rilevate dall'ente, dall'altro, appunto, che il reclutamento avvenga quanto prima (in quanto lo sforzo operativo delle strutture di supporto, per la gestione del carico aggiuntivo derivante dall'entrata a regime del progetto con l'acquisizione dei descritti rami d'azienda, non può protrarsi ulteriormente rischiando di non garantire il corretto livello di risposta gestionale con l'adeguata funzionalità delle attività nel loro complesso).

Fatte queste necessarie premesse, nel valutare il fabbisogno nello specifico, ci si riferisce sia alla consistenza numerica delle unità necessarie per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, sia agli aspetti qualitativi delle professionalità e competenze che meglio rispondano alle esigenze dell'attività ed allo sviluppo delle azioni previste nel Piano strategico 2021-2025 dell'Istituto. Anche in merito a quest'ultimo punto, si sottolinea come l'attivazione dei progetti contenuti nel Piano Strategico (si veda: *transitional care*, telemedicina, integrazione assistenza/didattica/ricerca, intelligenza artificiale, ecc.) richiedano risorse dedicate - specifiche o come potenziamento dei settori trasversali - e come la sussistenza delle stesse incida sull'attuazione dei progetti medesimi e della gestione del forte processo di cambiamento strutturale e organizzativo in atto (e previsto per il prossimo futuro, anche in ragione del nuovo innovativo plesso ospedaliero).

Alla luce delle sopra esposte considerazioni e tenuto conto che la programmazione deve trovare il proprio necessario limite nel rispetto dei vincoli finanziari fissati per la spesa destinata al fabbisogno di personale, in oggi non ancora stabiliti, che per l'Istituto devono anche tenere conto di quanto indicato nelle D.G.R. n. 659/2023 e n. 255/2022 per quanto riguarda l'organizzazione delle risorse umane necessarie per i Poli regionali pediatrici del Gaslini diffuso, si è proceduto alla definizione della programmazione del fabbisogno del personale di cui alle allegate tabelle, che sarà oggetto di rivalutazione ed aggiornamento alla luce delle risorse

economiche che saranno assegnate dalla Regione per l'anno in corso e delle eventuali previsioni specifiche su quanto sopra descritto.

Per quanto riguarda il quadro previsionale delle risorse per gli anni 2025-2026 esso è stato elaborato in via di previsione sulla base delle cessazioni di personale in oggi già note per le quali ne è prevista la copertura prevedendo, quindi, un bilanciamento tra cessazioni e assunzioni dando adeguata calendarizzazione delle immissioni in servizio e una distribuzione delle nuove assunzioni il più possibile equilibrata durante l'esercizio finanziario. Pertanto, si stima un sostanziale mantenimento della spesa, fatto salvo quanto espressamente e specificamente indicato ai punti relativi al "GASLINI diffuso", oltre che alle implementazioni di attività nell'ambito dell'offerta sanitaria dell'Istituto, in attuazione delle previsioni del nuovo Piano Socio-Sanitario regionale, e della realizzazione del nuovo Padiglione Zero ("Nuovo Gaslini"), come descritte nel precedente paragrafo 1.7, con le necessarie conseguenze riguardo all'adeguamento delle assegnazioni finanziarie e, coerentemente, del tetto di spesa per il personale, sia per le unità del comparto sanitario (infermieri e oss) che entrano in pianta stabile nei ranghi dell'Istituto dal 2024, sia per l'indispensabile nucleo di unità di supporto come sopra specificato (stimate, al minimo, nelle dette n. 20 unità), nonché alla recente determinazione regionale di apertura del punto nascita presso ASL1 a Sanremo nell'ambito del quale l'Istituto è stato incaricato della gestione del "nido pediatrico" con la nuova acquisizione di n. 6 unità mediche e n. 12 unità infermieristiche, aggiuntive rispetto alla dotazione esistente, ed infine relativamente a NPI, ortopedia-traumatologia, cure palliative (su cui cfr. appunto paragrafo 1.7). Per quanto attiene all'ambito della ricerca, nel rimandare a quanto specificamente previsto nel citato Piano strategico della ricerca 2024-2026, si rappresenta che è in corso di definizione il procedimento per la stabilizzazione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle relative attività di supporto in attuazione della recente normativa di cui al D. L. 51/2023 convertito nella L. 87/2023.

Per una consultazione analitica dei dati sulla consistenza del fabbisogno dell'Istituto per gli anni 2024, 2025 e 2026 si rimanda agli allegati "Quadro previsionale delle risorse umane anno 2024", "Quadro previsionale delle risorse umane anno 2025" e "Quadro previsionale delle risorse umane anno 2026".

3.4 La formazione del personale

La Formazione continua del personale e la Didattica rappresentano un obiettivo strategico ed uno strumento importante come descritto nel Piano Strategico per il quinquennio 2021-2025, cui si fa riferimento.

Si tratta quindi di attività di assoluta rilevanza: la formazione è strumento imprescindibile per mantenere alto il livello qualitativo delle prestazioni degli operatori e professionisti, accrescere la cultura e la tensione all'innovazione dell'organizzazione e accompagnare il processo di cambiamento; inoltre per la sua peculiarità di IRCCS, l'Istituto si pone l'obiettivo strategico di ampliare la propria sfera di azione e recuperare un ruolo ed uno spazio per la ideazione, programmazione e realizzazione di iniziative di formazione e qualificazione/riqualificazione di attori e operatori del settore socio-sanitario, del terzo settore e di settori collaterali.

Come declinato nel Piano Strategico, l'Istituto in alleanza e sinergia con l'Ateneo di Genova vuole contribuire a costruire quelle competenze tecniche, gestionali e relazionali di cui si identifica, in ambito pediatrico e materno-infantile, il bisogno, in relazione ai grandi processi di cambiamento che stanno caratterizzando l'assistenza sanitaria e sociale alla persona nel nostro Paese. I destinatari delle attività didattico-formative possono essere operatori del settore, studenti in formazione, utenti - *caregivers* dei servizi, operatori e attori del terzo settore e di settori collaterali (es. scuola, sport, alimentazione, ecc.).

Al precedente punto c. della Sezione A è stato illustrato il piano formativo dell'anno 2023 ed i relativi risultati: per quanto riguarda il biennio 2024/2025 il Piano Formativo, in via di approvazione, tiene conto dei criteri di rilevanza aziendale, pertinenza e coerenza con lo specifico contesto e di appropriatezza scientifica.

Il Piano Formativo Aziendale è basato sulla rilevazione del fabbisogno formativo rilevato dai Direttori di Dipartimento, con il supporto dei (RAD) Referenti Aziendali di Dipartimento e dai (RAF) Referenti Aziendali di Formazione per i dipartimenti di appartenenza, integrato dalle proposte formulate dalla Direzione Strategica tenuto conto della necessità di dare rilevanza e priorità all'organizzazione di corsi formativi inerenti alle tematiche su descritte.

Il Piano Formativo per il biennio 2024/25 è orientato quindi alla rilevazione dei fabbisogni e delle aspettative dei Dipartimenti, in coerenza con gli obiettivi del Piano Strategico, in una prospettiva di sviluppo ed in un'ottica di sempre maggiore integrazione e sinergia tra tutte le componenti dell'Istituto, in particolare tra l'assistenza e la ricerca, e tra le stesse ed il livello gestionale a loro supporto tecnico-amministrativo.

Il Piano sarà oggetto di costante monitoraggio periodico sui risultati dell'attività formativa obbligatoria e potrà essere rimodulato ed integrato in corso d'anno ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità.

3.5 Piano triennale delle azioni positive

Le condizioni dell'ambiente in cui si lavora, un clima che possa stimolare l'apprendimento, la piacevolezza oltre che la sicurezza del luogo di lavoro, sono determinanti per lo sviluppo e l'efficienza di ogni amministrazione.

Lavorare in una organizzazione che favorisca gli scambi, la trasparenza e la visibilità del lavoro, in un clima creativo e professionale, può favorire il miglioramento delle prestazioni e i servizi offerti.

Le azioni positive sono volte a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra i generi; si tratta di misure speciali in quanto intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione e temporanee in quanto necessarie fino a quando si rileva una disparità di trattamento di generale, e sono finalizzate alla promozione del benessere organizzativo nel suo complesso. Il quadro normativo di riferimento (D. Lgs. n. 165/2001, D. Lgs. n. 198/2206, direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le riforme e innovazioni nella PA e del Ministro per i diritti e le pari opportunità) individua le azioni positive quali misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per mirare ad interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

3.5.1 Azioni ed obiettivi

Gender Equality Plan (Gep)

Il GEP ovvero Piano per la parità di genere è un documento, conforme agli indirizzi europei, concepito come un piano di organizzazione interna, finalizzato a garantire la parità di genere e a promuovere valori di equità all'interno dell'Istituto, nel rispetto delle cui specificità e caratteristiche deve essere pensato e sviluppato.

Per ciascun obiettivo relativo alle aree tematiche individuate devono essere descritte le azioni, gli strumenti, gli output, i target, i responsabili di misurazione e le previsioni di spesa. In data 28/04/2022 è stato istituito il Gruppo di lavoro per il GEP - *Gender Equality Plan*, nella cui composizione è presente anche la Direzione scientifica, considerato anche il fatto che il GEP è requisito fondamentale per l'accesso ai programmi di finanziamento europei. Il gruppo di lavoro ha proceduto a una prima fotografia della distribuzione di uomini e donne all'interno dell'Istituto distinguendo tra ruoli dirigenziali (sanitari e non) e comparto (sanitario e non) che restituisce una forte percentuale di componente femminile (storicamente ascrivibile a professioni di cura) e una quota di sproporzionalità nei livelli apicali.

Il gruppo di lavoro ha individuato pertanto le prime azioni e principi a cui ispirarsi:

- ❖ definire un piano di azioni al fine di agevolare meccanismi di concorrenza a risultati comuni e, al contempo, di evidenziare specificità inerenti la natura dell'Istituto (es. componente infermieristica alta, a maggioranza femminile);
- ❖ estendere il tema dell'uguaglianza di genere oltre il campo di applicazione della ricerca/progettazione europea in modo da concorrere alle azioni positive con ricaduta sul complesso dell'Istituto;
- ❖ assicurare che la prospettiva del Piano sia anche proattiva e non solo reattiva (promuovendo azioni volte tanto al *diversity management* quanto al contrasto della discriminazione di genere) valutando se sia possibile rilevare, già in questa fase, se e quanto l'accesso alla crescita professionale sia determinato da fattori esterni a quelli aziendali e quanto questi possano essere mitigati da azioni aziendali (es. presenza di asilo nido aziendale);
- ❖ definire azioni positive e relativi indicatori di processo e di risultato a valle di una rilevazione attraverso un questionario orientato al *diversity management*;
- ❖ quantificare eventuale *budget* ed eventuali fonti di finanziamento per le azioni positive (es. formazione, fondi da welfare aziendale)

Con riferimento al seguente cronoprogramma (già evidenziato nel PIAO 2022-2024), si rappresenta che:

Cronoprogramma triennale ai fini del monitoraggio PIAO	2022	2023	2024
Realizzazione questionario	x		
Definizione GEP e Proposta azioni positive (AP) con indicazioni di priorità	x		
Attuazione GEP e AP		x	x
Monitoraggio attuazione GEP e AP		x	x
Valutazione e Aggiornamento GEP e AP			x

con deliberazione n. 891 del 12 ottobre 2022 è stato approvato il primo *Gender Equality Plan* (GEP) dell'Istituto per il triennio 2022-2024, riservando a successivi provvedimenti eventuali integrazioni al Piano, stante la sua peculiarità, ed incaricando a tal fine il gruppo di lavoro individuato per la sua attuazione ed il miglioramento, che sono obiettivi dell'anno 2024. E' stato inoltre predisposto il questionario rivolto all'intera comunità ospedaliera (denominato sondaggio *Gender Equality Capacity*), con risposte anonime e riservate, volto a raccogliere informazioni importanti per fare il punto sull'uguaglianza di genere all'interno dell'Istituto. I risultati del questionario potranno orientare le conseguenti azioni di miglioramento del Piano, tenendo anche conto degli eventuali suggerimenti e commenti.

Il GEP, quale documento che promuove le pari opportunità e l'inclusione delle persone che lavorano nell'organizzazione dell'ospedale e considera la medicina di generale un necessario strumento di eccellenza scientifica, ha previsto - nell'arco di durata triennale - il rispetto dei seguenti quattro requisiti obbligatori di ammissibilità:

1. documento pubblico
2. risorse dedicate
3. monitoraggio dati
4. formazione

e delle seguenti cinque aree tematiche:

1. equilibrio tra lavoro e vita privata
2. equilibrio di genere nella *leadership* e nel processo decisionale
3. uguaglianza di genere nell'assunzione e nella progressione di carriera
4. integrazione della dimensione di genere nei contenuti della ricerca e dell'insegnamento

5. misure contro la violenza di genere comprese le molestie sessuali.

3.5.2 Promozione delle Pari Opportunità

La garanzia del rispetto delle pari opportunità è un impegno ed un obbligo nelle procedure di reclutamento del personale e va promosso nell'ambito della formazione, aggiornamento e qualificazione professionale. In particolare l'Istituto vuole garantire le pari opportunità anche nella partecipazione ai corsi di formazione, ad esempio prevedendo nell'organizzazione degli eventi formativi la possibilità di articolazione in orari fruibili anche a coloro che hanno obblighi familiari oppure orari di lavoro part time, al fine di conciliare i tempi di vita con quelli lavorativi.

3.5.3 Azioni per il Benessere Organizzativo

L'Istituto porrà particolare attenzione a soluzioni organizzative volte a:

- mantenere flessibilità nella definizione della percentuale *part time*, con particolare riguardo alle esigenze familiari derivanti dalla presenza di figli minori, di anziani e disabili, manifestate in prevalenza dal personale femminile;
- favorire l'utilizzo di strumenti flessibili connessi alla tutela della maternità e paternità previsti dalla legge, comprese le esigenze di allattamento;
- favorire la promozione e l'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG) quale organismo di concreto supporto all'attività interna dell'Istituto e rivolta ai dipendenti: in particolare sono state richieste alle Organizzazioni Sindacali le designazioni dei propri componenti all'interno di tale organismo ed è stato pubblicato avviso interno per raccogliere candidature da parte del personale dipendente per la partecipazione al CUG per parte datoriale. Il CUG dovrà provvedere a redigere il proprio regolamento di funzionamento ed a valutare per il 2024 l'attivazione della funzione Consigliere di fiducia;
- implementare l'attività dello Sportello di Ascolto, quale forma di sostegno psicologico già sviluppato durante l'emergenza Covid e a favore del personale dipendente particolarmente esposto a fenomeni di *burn out*. Tale attività dovrà nel tempo essere istituzionalizzata al fine di garantirne l'attività senza soluzione di continuità;
- realizzare momenti formativi ed informativi, quali ad esempio il Corso "Mi prendo cura ...continua", rivolto a tutte le professioni con l'obiettivo di sviluppare il percorso dell'*empowerment* finalizzato a promuovere il benessere dell'operatore e interventi finalizzati all'implementazione del benessere organizzativo;
- l'utilizzo dello *smart working* a regime quale misura organizzativa che può contribuire ad una migliore conciliazione tra i tempi di vita e quelli di lavoro; con la definizione del POLA l'Istituto intende razionalizzare la modalità della prestazione lavorativa in modalità agile, già sperimentata durante il periodo emergenziale, attraverso una applicazione ordinaria, come previsto dalla vigente contrattazione.

3.5.4 Ulteriori azioni per il benessere organizzativo rivolte al personale e agli Stakeholder

Nell'ambito del Partenariato Pubblico Privato (PPP) per la realizzazione del nuovo Edificio, di cui a precedente paragrafo, è stata prevista la rifunzionalizzazione di alcuni edifici a funzioni complementari/nuove funzioni pubbliche.

In particolare per gli edifici cosiddetti fronte mare, che non saranno adibiti direttamente a funzioni assistenziali, sono state previste funzioni accessorie alla funzione principale di assistenza, non comportanti la necessità di modifiche della programmazione urbanistica, comprese piccole superfici di vendita con parafarmacia e/o tipologia di articoli rivolti a famiglie/operatori classificabili come "esercizi di vicinato" (attività di commercio al dettaglio per una superficie netta di vendita inferiore o uguale a 250 mq):

Nell'Allegato zero all'Avviso di consultazione del mercato sono state previste a titolo indicativo le funzioni indicate nella tabella sotto riportata, con indicazione dell'ordine di priorità:

Destinazioni d'uso potenziali	Prioritari	Non prioritari ed eventualmente sostituibili
Foresteria (miniappartamenti con bagno e angolo colazione e servizi in comune: lavanderia, sala televisione, sala giochi, palestra, sala per co-working)	X	
a. famiglie	X	
b. discendenti in formazione	X	
c. ricercatori	X	
d. equipe cliniche per collaborazioni in situ	X	
e. solventi in attesa di diagnosi	X	
Piccole superfici di vendita con parafarmacia e/o tipologia di articoli rivolti a famiglie/operatori classificabili come "esercizi di vicinato" (attività di commercio al dettaglio per una superficie netta di vendita inferiore o uguale a 250 mq)	X	
Asilo e nido aziendale con Centro di aggregazione per Anziani con spazi di socializzazione comuni (nel rispetto di pratiche di prevenzione) - Kid Therapy	X	
Spazi per le associazioni di volontariato	X	
Struttura per attività sportiva a finalità motoria e/o riabilitativa	X	
Strutture terapeutico riabilitative di NPIA per l'infanzia e l'adolescenza	X	
Sportello del cittadino (es. one-stop-shop per segretariato sociale e Punto unico di accesso)	X	X
Sala cinema/spazio teatrale/sala concerto		X
Cittadella delle Scienze della Salute umana, dell'Ambiente, del Benessere animale - One Health House (spazio ludico-educativo con attività esperienziali, bookshop, caffetteria) comprensiva di eventuali spazi per la Scuola in Ospedale		X
Sensory rooms		X
Incubatore per start up del settore Life Science/Living Lab con centro formazione nuove tecnologie		X

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio sono riportate nelle singole sezioni, con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, POLA, Fabbisogno triennale del Personale. In particolare per la sottosezione "Performance", in coerenza con quanto stabilito dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del D. Lgs. n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della *Performance*, l'Istituto si avvarrà dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Tale metodologia è caratterizzata da alcuni elementi di base (annualità, responsabilizzazione, privacy e sicurezza, nonché verificabilità) e si fonda su criteri della rilevanza, in quanto sono oggetto di valutazione partecipativa le diverse aree aziendali della Dirigenza e del Comparto e gli esiti del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati, ma per tutti i cittadini attraverso la validazione della Relazione sulla *Performance* pubblicata nel sito dell'Istituto in "Amministrazione Trasparente". Inoltre viene garantita la partecipazione al processo di valutazione a tutte le parti interessate.

Per favorire il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti esterni ed interni al processo di misurazione della performance organizzativa, verrà implementato il sistema di rilevazione del grado di soddisfazione per le

attività ed i servizi erogati dall'Istituto e ogni altra valutazione utile a migliorare la qualità dei servizi, della comunicazione e delle relazioni con il pubblico attraverso gli strumenti messi a disposizione dall'amministrazione.

Gli strumenti aziendali per misurare e valutare l'opinione dei cittadini e degli *stakeholder* tutti adottati dall'Istituto sono:

- calcolo della *brand reputation*;
- raccolta ed elaborazione delle segnalazioni pervenute all'URP;
- raccolta ed elaborazione della soddisfazione dell'utenza;
- raccolta ed elaborazione del questionario del benessere organizzativo;
- raccolta ed elaborazione della consultazione del sito istituzionale *web*.

L'attività di monitoraggio nell'ambito della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza è relativa a:

- la verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Istituto;
- la valutazione dell'idoneità delle misure;
- il riesame periodico del sistema così elaborato.

Il primo livello di monitoraggio è in capo alla singola Struttura Organizzativa aziendale, chiamata all'attuazione delle misure predisposte provvedendo al controllo delle attività svolte nell'ufficio e nell'ambito delle quali è più elevato il rischio. Il secondo livello è in capo al RPCT e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano.

Dal sito *Web Aziendale* www.gaslini.org, da mantenere costantemente aggiornato, il cittadino può inoltre assumere direttamente la maggior parte delle informazioni di cui ha necessità; attraverso questo mezzo di comunicazione gli utenti possono venire a conoscenza di nomi, di numeri telefonici e di indirizzi di posta elettronica da utilizzare per assumere informazioni. La collaborazione dei dirigenti delle varie Strutture Organizzative con il RPCT costituisce inoltre uno strumento fondamentale per l'aggiornamento e la verifica periodica dei dati pubblicati. L'applicazione delle misure previste in ordine alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, è quindi il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

In ordine alle attività di monitoraggio relative alla Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale, queste sono organizzate in modalità continua e quotidiana. Le stesse sono infatti attuate mediante una verifica dell'andamento del personale in servizio tramite l'aggiornamento di idoneo strumento informatico di programmazione volto a registrare tutti i movimenti del personale, in entrata ed in uscita. Analogamente, anche l'attività di monitoraggio relativa alla Formazione del Personale, è organizzata in modalità continua e quotidiana, tramite la verifica degli accreditamenti e la rendicontazione degli eventi formativi conclusi durante l'anno di riferimento. Il monitoraggio della spesa relativa al personale e alla formazione dello stesso, invece, avviene mensilmente in occasione della predisposizione della reportistica di contabilità analitica.

Per la valutazione complessiva del PIAO si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, al fine di rilevare eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del Piano. Per tale scopo è costituito un Gruppo di Lavoro, con il compito di monitorare l'andamento realizzativo del PIAO e predisporre l'aggiornamento annuale, trattandosi di un documento dinamico nel periodo di riferimento.

COMUNICAZIONE DEL PIAO

L'Istituto ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del PIAO in coerenza con il comma 4 dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni nella Legge n. 113/2021.

Il PIAO viene pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito *internet* istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

ALLEGATI:

- Allegato 1 Elenco obblighi di pubblicazione
- Allegato 2 PTPC 2024-26 tabella rischi
- Allegato 3: Quadro riepilogativo risorse umane anno 2023
- Allegato 4: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2024
- Allegato 5: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2025
- Allegato 6: Quadro previsionale delle risorse umane anno 2026