
PIAO 2024/2026



Direzione Generale

Sommario

PREMESSA	3
Introduzione	3
Come leggere il PIAO	3
SEZIONE 1. SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Attività	7
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	9
2.1 Valore Pubblico	9
2.1.1 Valore Pubblico: definizione	9
2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	9
2.1.3 Indicatori di Valore Pubblico	10
2.2 Obiettivi strategici e di performance	11
2.2.1 Obiettivi strategici	11
2.2.2 Obiettivi di performance	12
2.2.3 Semplificazione	18
2.2.4 Digitalizzazione	19
2.2.5 Accessibilità fisica	21
2.2.6 Accessibilità digitale	21
2.2.7 Pari opportunità ed equilibrio di genere	21
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	22
2.3.1. Analisi del contesto esterno e interno	22
2.3.1.1. Contesto di riferimento geo-demografico	22
2.3.1.2. Contesto in Regione Liguria	23
2.3.1.3. Contesto interno all'Ente Ospedaliero	26
a) Il Galliera all'epoca del Covid: la gestione del periodo post pandemico	26
b) Il tema della Legalità all'interno dell'Ente Ospedaliero	26
c) Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza	31
2.3.2 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio	34
2.3.2.1. La mappatura processi	34
2.3.2.2. Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	35
2.3.2.3. La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	36
2.3.3 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	40
2.3.3.1. Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio	40
2.3.3.2. Monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio	49
2.3.4 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico	49
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	53
3.1 Struttura organizzativa	53
3.1.1 Linee strategiche	53
3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)	53
3.2 Organizzazione del lavoro agile	53
3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA	53
3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2024/2026)	54
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	54
3.4 Formazione del personale	54
3.4.1 Formazione del personale: linee strategiche	54
3.4.2 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa	54

3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2024/2026	54
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	56
ALLEGATI	57
ACRONIMI	58



PREMESSA

Introduzione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di atti e documenti singoli che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n.80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

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

Come leggere il PIAO

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

Il documento si articola nelle seguenti sezioni:

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

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

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

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

- cardiologia
- chirurgia generale
- chirurgia maxillo-facciale
- chirurgia generale
- odontostomatologia
- chirurgia spinale
- chirurgia vascolare
- dermatologia
- emodinamica
- endocrinologia

¹ Statuto e Atto di autonomia regolamentare sono consultabili al link <https://archivio.galliera.it/907>

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

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



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

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

L'Ente è fondatore e sede del Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo (I.B.M.D.R)⁴ dal 1989, riconosciuto come Registro Nazionale Italiano dalla Legge 6 marzo 2001, n.52, ed in seguito dall'Accordo Stato/Regioni del 05/10/2006 (provvedimento n.2637) come "sportello unico" per la ricerca di cellule staminali ematopoietiche (CSE) da non familiare per finalità di trapianto. Il Registro oggi ha la finalità di procurare ai pazienti in attesa di trapianto allogenico di CSE che non trovano un donatore idoneo e

⁴ Italian Bone Marrow Donor Registry <https://www.galliera.it/lospedale/organizzazione/dipartimenti-e-centri/dipartimento-laboratori-e-servizi/laboratorio-di-istocompatibilita>



compatibile all'interno della famiglia o un potenziale donatore adulto sano, volontario, non consanguineo, o un'unità di sangue cordonale donata a scopo solidaristico con caratteristiche immunogenetiche (HLA) tali da consentire il trapianto con elevate probabilità di successo.

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

1.1 Attività

In questa sezione sono presentati i numeri delle principali linee di attività dell'Ente Ospedaliero nell'ultimo quinquennio relativamente a degenza, specialistica ambulatoriale, pronto soccorso e sala operatoria. Si evince in modo evidente l'impatto della pandemia nel triennio 2020–2022 sui volumi delle prestazioni aziendali e sulla distribuzione del setting di offerta dei servizi. Se l'attività ambulatoriale nel 2021 e 2022 risulta in ripresa rispetto al 2020, e tende ad assestarsi nuovamente su livelli precedenti la pandemia, i dati relativi ai ricoveri e agli interventi mostrano sì una ripresa delle attività ma un impatto ancora importante della patologia covid sul setting assistenziale nell'anno 2022. In questo esercizio l'Ente è stato individuato quale hub metropolitano per l'assistenza dei pazienti affetti da patologia covid comportando un incremento del numero complessivo dei ricoveri rispetto all'anno precedente ma un lieve decremento dei ricoveri in area chirurgica. In quest'ultimo ambito si osserva nel 2022 rispetto al 2021 una maggiore incidenza della attività in elezione rispetto all'urgenza, segno anche di una migliore risposta organizzativa alla variabilità dei fattori esterni e di un progressivo percorso d'uscita dall'emergenza pandemica.

Linea ricovero	2019	2020	2021	2022	2023
Degenza ordinaria	16.817	11.924	14.230	14.353	15121
Day Surgery	1.386	523	447	953	974
Day Hospital	4.959	4.235	5.774	6.147	6679
Totale complessivo	23.162	16.682	20.451	21.453	22774

Tabella 1 - Pazienti dimessi, anno 2023 dati provvisori fino a novembre (fonte Datawarehouse aziendale)

Prestazioni per esterni	2019	2020	2021	2022	2023
N. prestazioni	1.311.588	835.880	1.006.461	1.283.164	1.366.400

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

Codice Gravità Accesso PS	2019	2020	2021	2022	2023
BIANCO	2.748	1.828	1.562	1.325	1.172
VERDE	25.132	14.951	16.984	12.666	10.004
ARANCIONE				6.369	8.441
AZZURRO				11.643	16.124
GIALLO	15.165	10.086	12.323	2.466	
ROSSO	1.889	1.687	1.957	1.660	1.647
NERO	1		1		1
Totale	44.935	28.552	32.827	36.129	37.389

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

⁵ Ufficio Comitato Scientifico (UCS) - <https://www.galliera.it/lospedale/organizzazione/direzione-generale/gestione-attivita-di-ricerca-e-grant-office>

Interventi chirurgici – sede	2019	2020	2021	2022	2023
Blocco Operatorio Centrale	7.506	4.716	7.195	6.986	7.381
Piastra Interventistica	3.396	2.163	2.570	2.545	2.591
Altre sale	779	561	591	1.283	1.744
Totale	11.681	7.440	10.356	10.814	11.716

Tabella 4 - Interventi chirurgici (fonte Datawarehouse Aziendale)

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

2.1.1 Valore Pubblico: definizione

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

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

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

2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)⁶ è il documento che il Governo italiano ha predisposto per illustrare alla Commissione Europea come il nostro Paese intenda investire i fondi stanziati nell'ambito del programma *Next Generation Eu*⁷.

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

- ✓ Telemedicina (Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" del PNRR): sono in essere diversi progetti tra cui la teledermatologia e l'implementazione di ulteriori servizi
- ✓ Revisione del Percorso Chirurgico alla luce delle direttive di A.Li.Sa. (progetto regionale "Gestione del paziente chirurgico programmato")
- ✓ Digitalizzazione e ammodernamento del parco tecnologico (Missione 6 Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale). Gli investimenti sono articolati in due aree di intervento rivolte all'"Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" digitale (intervento 1.1.1) e grandi apparecchiature (intervento 1.1.2). Il Piano Sociosanitario Regionale 2023 – 25 prevede per l'Ente le seguenti risorse in gran parte stanziare su fondi PNRR nelle missioni di cui sopra a copertura di attività in parte già avviate nel 2023 e che andranno a completarsi nel 2024:
 - 280.600,00 € su fondi PNRR per sistemi radiologici fissi con collaudo previsto ad inizio 2024

⁶ per approfondimenti sul PNRR consultare il portale nazionale <https://www.italiadomani.gov.it>

⁷ per approfondimenti sul programma europeo consultare il portale <https://next-generation-eu.europa.eu>

- 530.000 € su fondi PNRR e 23.052 € su altri fondi per una TAC 128 strati già operativa
- 530.000 € su fondi PNRR e 23.052 € su altri fondi per una TAC 128 con collaudo previsto ad inizio 2024
- 82.000 € su fondi PNRR per un ecotomografo per chirurgia vascolare già operativo

L'Ente è coinvolto anche nell'attuazione di investimenti previsti dal Piano Nazionale Complementare (PNC)⁸ nell' "Investimento 1.1 Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale", migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata. Con DGR n.962/2023 sono stati approvati fabbisogni in priorità 2 per un importo pari a 284.500 €.

Altri fabbisogni in priorità 3 relativi ad apparecchiature elettromedicali e di attrezzature scientifiche destinate alla Fisica sanitaria e all'Igiene ospedaliera per un importo di circa € 80.000 sono al vaglio dell'Istituto Superiore di Sanità.

- ✓ **Formazione del personale (Syllabus).** In ottemperanza alla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 23 maggio 2023 avente ad oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" l'E.O. Ospedali Galliera ha registrato l'amministrazione sulla piattaforma formativa Syllabus. La piattaforma di formazione, ideata e sviluppata dal Dipartimento della Funzione Pubblica e finanziata dal programma *Next Generation EU*, è dedicata al capitale umano delle PP.AA. e si propone quale strumento di sviluppo delle competenze e di supporto ai processi di innovazione delle amministrazioni, a partire da quelli relativi alla transizione digitale, ecologica ed amministrativa. I contenuti proposti dalla piattaforma riguardano le competenze digitali per la PA, la cyber security, la transizione ecologica e la cosiddetta transizione amministrativa intesa come semplificazione, digitalizzazione e accountability. La Direttiva prevede che entro 6 mesi dall'iscrizione ogni amministrazione assicuri il completamento delle attività di valutazione e l'avvio della formazione da parte di almeno il 30% dei propri dipendenti, per poi arrivare entro il 2024 al 55% e ad almeno il 75% entro il 2025. Sono stati individuati, in accordo con la Direzione dell'Ente, i profili professionali prioritariamente destinatari dell'offerta formativa ed i nominativi dei dipendenti dell'Ente sono stati inseriti nella piattaforma dalla S.S.C. Formazione, per poter svolgere la formazione. Al 14 dicembre sono avviati alla formazione a distanza 518 dipendenti; l'obiettivo del 30% dei dipendenti dell'Ente corrisponde a 557 dipendenti.

2.1.3 Indicatori di Valore Pubblico

L'E.O. Ospedali Galliera per il triennio 2024-26 ha individuato gli obiettivi di performance presentati nel paragrafo 2.2.2 e inserito ognuno di essi in una macroarea di intervento al cui interno si possono individuare ricadute in termini di valore pubblico verso uno o più soggetti portatori di interesse. Il perseguimento di ogni obiettivo, nel quadro della definizione di valore pubblico sopra fornita e in coerenza con le linee di indirizzo strategiche riportate nel prossimo paragrafo, concorre alla generazione di valore pubblico nel determinato contesto in cui interviene.

⁸ Il Piano Nazionale Complementare finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi previsti dal PNRR

Le aree di intervento individuate sono le seguenti:

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

Gli obiettivi e i target scaturiscono sia dalle determinazioni di Regione Liguria che dalle scelte strategiche effettuate dal Consiglio di Amministrazione nel corso dell'anno 2023 e sono soggetti ad integrazione a seguito dell'emanazione di ulteriori linee di indirizzo da parte degli organi regionali. In particolare Regione Liguria ha approntato negli ultimi anni un piano di preparazione e risposta ospedaliera per la gestione delle ondate di infezioni da Covid-19. Tale piano è stato aggiornato costantemente negli anni e attualmente vede nell'E.O. Ospedali Galliera il presidio che nelle prime fasi di espansione dell'infezione deve garantire il maggior numero di posti letto per pazienti covid positivi sul territorio genovese⁹. È pertanto obiettivo strategico aziendale attuare le richieste di adeguamento dell'offerta di ricovero nel rispetto del piano regionale.

2.2 Obiettivi strategici e di performance

2.2.1 Obiettivi strategici

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

- la gestione del periodo pandemico, e post pandemico, da virus SARS-COV-2 e la necessità di mantenere attiva l'organizzazione atta a curare la malattia COVID-19 che ne è derivata
- la rimodulazione dei servizi, alla luce della trasformazione della pandemia in endemia, con l'obiettivo di riorientare l'offerta sanitaria secondo le indicazioni regionali¹⁰, con incremento del volume di prestazioni rispetto al 2022
- la modulazione di un piano investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche coerente con la mission dell'Ospedale
- la prosecuzione delle attività e delle procedure necessarie al percorso di realizzazione dell'Ospedale Nuovo all'esito del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, se favorevole
- la prosecuzione dello sviluppo di progetti inerenti la promozione dell'umanizzazione nelle competenze professionali
- l'entrata in vigore a far data dal 01/01/2024 del nuovo modello organizzativo

⁹ L'EO Galliera deve garantire 60 posti letto in fase 1b (la più lieve), 100 nelle successive fasi 1c e 2, 129 nelle più gravi fasi 3 e 4. Inoltre deve garantire un numero di posti letto di terapia intensiva adeguato alla fase (5 posti letto fino a fase 2 e 12 in fase 3 e 4)

¹⁰ In linea con la rimodulazione dell'offerta di posti letto richiesta dal piano di preparedness ospedaliero regionale

- il mantenimento del focus sulla gestione dell'invecchiamento e della fragilità consolidato negli anni, insieme al mantenimento e al potenziamento delle aree di alta specializzazione che caratterizzano l'ospedale e all'integrazione con il territorio come da previsioni del Piano Sociosanitario Regionale
- l'implementazione della funzione e dell'attività di ricerca scientifica anche attraverso iniziative di natura istituzionale
- la gestione dell'esercizio con il proseguimento delle azioni di razionalizzazione dei costi compatibilmente con i processi sopra descritti e la reingegnerizzazione dei processi amministrativo-contabili propedeutica all'adozione di un nuovo sistema amministrativo-contabile
- il potenziamento della telemedicina comprensivo degli adeguamenti degli strumenti informatici necessari volto ad una maggiore integrazione con il territorio, come la teledermatologia, e a nuove forme di presa in carico del paziente come la gestione del paziente oncologico tramite app.

2.2.2 Obiettivi di performance

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

All'interno degli obiettivi di performance vengono recepiti anche gli obiettivi assegnati annualmente da Regione Liguria alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere. Per il 2023 gli obiettivi regionali sono stati definiti dalla DGR n. 658 del 7 luglio 2023, che al momento della redazione del presente documento rappresenta l'ultimo documento di indirizzo operativo regionale e che, nelle more del recepimento di ulteriori contenuti regionali derivanti dal Piano sociosanitario regionale 2023-2025 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n.19 del 22/11/2023, viene confermata nella programmazione aziendale.

Area	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026	
NUOVO OSPEDALE	1	Progetto Nuovo Ospedale	Evidenze documentali		Attuazione del percorso di realizzazione del Nuovo Ospedale in funzione dell'esito del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, se favorevole all'Ente	Attuazione delle determinazioni assunte nel 2024.	Attuazione delle determinazioni assunte nel 2024	
	GOVERNANCE	2	Reingegnerizzazione dei processi amministrativo contabili e loro informatizzazione	Evidenze dei documenti contrattuali, di analisi, di test e messa in produzione delle procedure	Eseguita mappatura dei processi propedeutica alla loro reingegnerizzazione	<ul style="list-style-type: none"> Reingegnerizzazione dei processi, anche sulla base delle indicazioni del PAC regionale Avvio delle attività di configurazione del nuovo gestionale Vedere Azioni "2.2.4 Digitalizzazione" del PIAO 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica e ottimizzazione dell'adeguatezza funzionale del sistema alle esigenze aziendali Vedere Azioni "2.2.4 Digitalizzazione" del PIAO 	
		3	Sistema qualità	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato		<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione e svolgimento degli audit interni per l'autovalutazione relativa all'accreditamento istituzionale Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi 	<ul style="list-style-type: none"> Estensione della certificazione ISO 9001:2015 ad una struttura sanitaria Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi 	<ul style="list-style-type: none"> Estensione della certificazione ISO 9001:2015 ad una struttura amministrativa Organizzazione e svolgimento di un corso sul miglioramento dei processi
		4	Comunicazione	Evidenze documentali di iniziative ed eventi svolti		<ul style="list-style-type: none"> Iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale, in funzione dell'esito del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, se favorevole Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini Realizzazione di un evento di promozione della ricerca scientifica dell'Ente 	<ul style="list-style-type: none"> Iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale, in funzione dell'esito del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, se favorevole Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini Realizzazione di un evento di promozione della ricerca scientifica dell'Ente 	<ul style="list-style-type: none"> Iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale, in funzione dell'esito del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, se favorevole Realizzazione di una serie di eventi pubblici con la partecipazione dei cittadini Realizzazione di un evento di promozione della ricerca scientifica dell'Ente
		5	Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato		<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi relativo all'esposizione Stress Lavoro correlato Aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi relativo ad esposizione a sostanze pericolose Definizione del nuovo organigramma della Sicurezza e dei nuovi Regolamenti di sicurezza Mantenimento ed aggiornamento, laddove necessario, del Sistema di Gestione Antincendio 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento continuo del Documento di valutazione dei rischi in funzione di scadenze temporali, modifiche organizzative ed eventuali priorità Mantenimento ed aggiornamento, laddove necessario, del Sistema di Gestione Antincendio 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento continuo del Documento di valutazione dei rischi in funzione di scadenze temporali, modifiche organizzative ed eventuali priorità Mantenimento ed aggiornamento, laddove necessario, del Sistema di Gestione Antincendio
		6	Formazione Sviluppo del Fascicolo Formativo del Dipendente	Numero operatori formati e evidenza realizzazione vademecum		<ul style="list-style-type: none"> Formazione operatori della struttura Formazione e realizzazione vademecum di istruzioni per gli operatori dell'Ente 	Monitoraggio attività iscrizioni web	
		7	Performance individuali	Evidenze documentali		<ul style="list-style-type: none"> Applicazione nuovo modello di rilevazione performance individuale per il personale del Comparto Applicazione modello di rilevazione delle performance individuali per il personale della dirigenza Area sanità 	Verifica e ottimizzazione modello di rilevazione delle performance individuali per il personale del Comparto sanità	

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DEI PERCORSI, INCREMENTO DELL' OFFERTA, EFFICIENZA	8	Rispetto dei tempi di pagamento, ai sensi della L. n. 145/2018, art. 1, c. 865	Giorni di ritardo rispetto a quanto previsto dalla normativa. Obiettivo raggiunto in %: a) 0% per ritardi > 60 giorni oppure mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo b) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 giorni c) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 giorni d) 90% per ritardi compresi tra 1 e 10 giorni	Dato da Piattaforma Crediti Commerciali (PCC): - tempo medio di pagamento: 45 gg - tempo medio di ritardo: - 14 gg - importo del debito commerciale scaduto e non pagato al 27/12/23 1,68 mln €	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento
	9	Sviluppo dei Disease Management Team (DMT)	Evidenza adozione e implementazione regolamento interno		Regolamento interno	Implementazione	Consolidamento
	10	Rispetto del piano di preparedness ospedaliero regionale	Evidenze documentali		Rispetto direttive di A.Li.Sa.	Rispetto direttive di A.Li.Sa.	Rispetto direttive di A.Li.Sa.
	11	Riduzione dell'utilizzo di albumina finalizzata all'avvicinamento al best standard nazionale Riduzione rispetto al dato 2021 / 2022	Numero di flaconi di albumina Fonte: Servizio Trasfusionale	2021: 1.373 flaconi 2022: 1.295 flaconi gen-nov 2023: 1.414	Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali
	12	Miglioramento tempi di attesa per prestazioni di specialistica PNGLA critiche (Classe di priorità B e D) Riduzione rispetto al dato 2021/2022	INDICE DI PERFORMANCE : rapporto tra prestazioni erogate nei tempi previsti dalla classe di priorità e prestazioni complessive prescritte per quella classe. Dati consultabili mensilmente sul sito web di Alisa.		Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DEI PERCORSI, INCREMENTO DELL' OFFERTA, EFFICIENZA	13	Parti cesarei/tot parti: Riduzione dei parti cesarei nei limiti delle % Lea (Ministero Salute): <25% sopra i 1000 parti, <15% sotto i 1000 parti o riduzione rispetto al dato 2021/2022	Rapporto tra il numero di parti cesarei (drg 370, 371) ed il numero totale di parti (drg 370, 371, 372, 373, 374, 375) Fonte: Datawarehouse e aziendale	2021: 23,8 % 2022: 20,2 % gen-set 2023: 22,4%	Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali	Rispetto DGR obiettivi regionali
	14	Riduzione degenza media area medica standardizzata per DRG Riduzione rispetto al dato 2021/2022	Numeratore: giornate di degenza Denominatore : numero di dimessi Fonte: Datawarehouse e aziendale	2021: 10,4 giornate 2022: 9,8 giornate gen-set. 2023: 10,4 giornate	Rispetto DGR obiettivo – Diminuzione (in correlazione con ICM)	Rispetto DGR obiettivo – Diminuzione (in correlazione con ICM)	Rispetto DGR obiettivo – Diminuzione (in correlazione con ICM)
	15	Implementazione utilizzo farmaci biosimilari: 100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	Indicatore e Target: per ciascuna singola molecola: DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola a monitoraggio =1; l'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare	100 % utilizzo del biosimilare al netto dei giustificativi Fonte: farmacia interna	Rispetto della DGR obiettivi regionali	Rispetto della DGR obiettivi regionali	Rispetto della DGR obiettivi regionali
	16	Trapianti da donatore non familiare resi possibili per tutti i pazienti italiani e internazionali: % di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg. dalla data di attivazione della ricerca rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca	Numero / percentuale		Stante la popolazione di pazienti nazionali che attivano la ricerca presso l'IBMDR e le loro caratteristiche genetiche principalmente caucasiche, su cui si basa la ricerca del potenziale donatore compatibile: percentuale di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile – secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg dalla data di attivazione della ricerca > del 60% rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca	Stante la popolazione di pazienti nazionali che attivano la ricerca presso l'IBMDR e le loro caratteristiche genetiche principalmente caucasiche, su cui si basa la ricerca del potenziale donatore compatibile: percentuale di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg dalla data di attivazione della ricerca > del 60% rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca	Stante la popolazione di pazienti nazionali che attivano la ricerca presso l'IBMDR e le loro caratteristiche genetiche principalmente caucasiche, su cui si basa la ricerca del potenziale donatore compatibile: percentuale di pazienti per i quali è stato identificato almeno un donatore compatibile - secondo lo standard IBMDR e confermato al test di compatibilità finale - in meno di 45 gg dalla data di attivazione della ricerca > del 60% rispetto al numero di pazienti attivati in ricerca

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DEI Percorsi, INCREMENTO DELL' OFFERTA, EFFICIENZA	17	Gestione del rischio clinico e sicurezza (Safety) dei pazienti	Evidenze documentali		Recepimento di nuove Raccomandazioni del MdS ed eventuale revisione di procedure esistenti. Recepimento di obiettivi del Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria del MdS. Monitoraggio dell'aderenza alle procedure in essere ed eventuali revisioni.	Recepimento di nuove Raccomandazioni del MdS ed eventuale revisione di procedure esistenti. Recepimento di obiettivi del Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria del MdS. Monitoraggio dell'aderenza alle procedure in essere ed eventuali revisioni.	Recepimento di nuove Raccomandazioni del MdS ed eventuale revisione di procedure esistenti. Recepimento di obiettivi del Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria del MdS. Monitoraggio dell'aderenza alle procedure in essere ed eventuali revisioni.
	18	Percorso Accredитamento ERAS	Evidenze documentali		Raggiungimento del livello di certificazione come centro ERAS training	Consolidamento del percorso di accredитamento come centro di eccellenza (COE)	Consolidamento come centro di training verso altri centri (almeno 4 seminari e 3 corsi annuali)
	19	Ampliamento offerta chirurgica: convenzione con ASL 4 e ASL 3 in attuazione della DGR n.549/23 "Trasformazione del Dipartimento Interaziendale di interesse regionale EO Ospedali Galliera/ASL 4 (DIGA) costituito ai sensi dell'art.40 bis della L.R 41/2006 e ss.mm.ii. In Dipartimento Interaziendale Metropolitano Ortopedico d'interesse regionale EO Ospedali Galliera/ASL 4/ASL 3 (DIMO)	Numero interventi Fonte: Datawarehouse aziendale e rendicontazione ASL4	Periodo gennaio - settembre 2023: presso l'Ospedale di Rapallo effettuati dai dirigenti medici ortopedici del Galliera n.140 interventi di protesi. Presso il Galliera trattati dalla SC Ortopedia delle articolazioni n.156 pazienti con intervento di protesi	Incremento del numero di pazienti trattati presso il Galliera rispetto al 2023 e consolidamento del numero di pazienti trattati dagli ortopedici del Galliera presso l'ospedale di Rapallo nel 2023	Incremento/consolidamento del numero di pazienti trattati presso il Galliera e consolidamento del numero di pazienti trattati dagli ortopedici del Galliera presso l'ospedale di Rapallo	Incremento/consolidamento del numero di pazienti trattati presso il Galliera e consolidamento del numero di pazienti trattati dagli ortopedici del Galliera presso l'ospedale di Rapallo
	20	Aggiornamento percorso chirurgico secondo direttive Al.Li.Sa. Delibera 120/2023	Eseguito - non eseguito / Evidenze documentali		Messa a regime e ottimizzazione del regolamento contenente gli aggiornamenti previsti dal cronoprogramma di Alisa approvato nel 2023		
	21	Modulazione della produzione secondo le indicazioni regionali	Fonte: Datawarehouse regionale e datawarehouse aziendale		Rispetto della DGR obiettivi regionali	Rispetto della DGR obiettivi regionali	Rispetto della DGR obiettivi regionali

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026
RICERCA	22	Progetti di Ricerca: Indirizzi programmatici Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.30 del 30/11/2023	Evidenze documentali		Attuazione delle linee di ricerca e sviluppo di cui al punto 2 degli "Indirizzi programmatici per la ricerca" di cui alla delibera CdA n30 del 30/11/2023, come da verbali del Comitato Scientifico	Attuazione delle linee di ricerca e sviluppo di cui al punto 2 degli "Indirizzi programmatici per la ricerca" di cui alla delibera CdA n30 del 30/11/2023, come da verbali del Comitato Scientifico	Attuazione delle linee di ricerca e sviluppo di cui al punto 2 degli "Indirizzi programmatici per la ricerca" di cui alla delibera CdA n30 del 30/11/2023, come da verbali del Comitato Scientifico
	23	Progetti di Ricerca: accordo quadro per la ricerca scientifica con IRCCS Giannina Gaslini di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.31 del 30/11/2023	Evidenze documentali		Attuazione	Attuazione	Attuazione
IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA E NUOVE METODOLOGIE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE	24	Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano – strutture coinvolte: Dip.to area delle cure geriatriche, ortogeriatrics e riabilitazione	Evidenze documentali		Prosecuzione attività come da allegato 9 "Progetti tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano"	Prosecuzione attività come da allegato 9 "Progetti tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano"	1)Implementazione delle attività volte all'uso di tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano in ambito ospedaliero e territoriale; 2) Ideazione, sviluppo e sottomissione di progetti di buona pratica clinica derivati dai progetti di ricerca condotti nel triennio 2023-2025.
	25	Mini-invasività e tecnologie robotiche - strutture coinvolte: Dip.to Chirurgia Addominale, S.C. Chirurgia Spinale, S.C. Ortopedia delle Articolazioni	Evidenze documentali delle attività svolte e numero interventi effettuati		<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento dell'attività robotica in chirurgia addominale Inizio attività di proctoring per urologia Consolidamento formativo e adeguamento disciplinare progetto GENESIS Consolidamento attività chirurgica con linee di produzione dedicate Ampliamento utilizzo chirurgia robot-assistita in ortopedia 	Sviluppo ed incremento attività chirurgica e formativa	Sviluppo ed incremento attività chirurgica e formativa
	26	Genomica	Evidenze documentali		Prosecuzione ed implementazione dei test su RNA tipizzazione NGS dei tumori solidi	<ul style="list-style-type: none"> Scrittura protocolli e modulazione indagini molecolari a seconda delle esigenze dei clinici Eventuale allestimento di test su biopsia liquida 	Consolidamento attività e monitoraggio
	27	Genomica	1)Numero di test eseguiti in NGS 2) Percentuale di test di biologia molecolare in NGS eseguiti in automazione e 3) Nuovi progetti di ricerca in genomica		Prosecuzione ed implementazione	<ul style="list-style-type: none"> Scrittura protocolli e modulazione indagini genetiche a seconda delle esigenze dei clinici Revisione filiera di tipizzazione NGS con implementazione di nuovo strumento. Test di nuova metodologia all'avanguardia (nanopore) 	Consolidamento attività e monitoraggio
	28	Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera	Rispetto Piano investimenti allegato al Bilancio di Previsione		Rispetto Piano degli investimenti approvato con il bilancio di previsione e richiesta finanziamenti di competenza	Rispetto Piano degli investimenti approvato con il bilancio di previsione e richiesta finanziamenti di competenza	Rispetto Piano degli investimenti approvato con il bilancio di previsione e richiesta finanziamenti di competenza

AREA	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	2024	2025	2026
SOSTENIBILITÀ, ETICA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, PRIVACY	29	Environment Social Governance	<ul style="list-style-type: none"> Trend del rating ottenuto nel triennio Evidenza documentale dei corsi erogati 		<ul style="list-style-type: none"> Prima misurazione del livello di integrazione dei principi di sostenibilità Ambientale, Sociale e di Governance (ESG) nelle proprie attività, politiche, strategie, procedure e obiettivi Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori 	<ul style="list-style-type: none"> Seconda misurazione ESG e realizzazione delle raccomandazioni e opportunità di miglioramento sulla base delle priorità delle aree di intervento Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori 	<ul style="list-style-type: none"> Terza misurazione ESG e realizzazione delle raccomandazioni e opportunità di miglioramento sulla base delle priorità delle aree di intervento Sviluppo e miglioramento delle competenze del personale sulle tematiche della sostenibilità: erogazione di un corso di formazione per la formazione di 100 operatori
	30	Formazione in etica sanitaria	Evidenze documentali: approvazione della nuova Carta Etica		Organizzazione e svolgimento del percorso formativo in "Etica Sanitaria" e analisi dei risultati della formazione	<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione e svolgimento del percorso formativo in "Etica Sanitaria" e analisi dei risultati della formazione Avvio della revisione della Carta Etica adottata con deliberazione n.15 del 10/06/2016 	Elaborazione e approvazione della nuova Carta Etica
	31	Aggiornamento formazione in materia di anticorruzione, alla luce delle intervenute modifiche normative e dei provvedimenti adottati dall'Ente Ospedaliero nel 2023	Evidenze documentali		Attuazione, anche nel rispetto delle direttive regionali in materia	Attuazione, anche nel rispetto delle direttive regionali in materia	Attuazione, anche nel rispetto delle direttive regionali in materia
	32	Privacy: Attività connesse all'applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)	Evidenze documentali in relazione ad ogni punto indicato		<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: incremento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di 15 sessioni formative Valutazione amministratori di sistema Audit documentale dei responsabili esterni Audit delle strutture interne: 40 audit 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: mantenimento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di sessioni formative Valutazione amministratori di sistema Audit documentale dei responsabili esterni Audit delle strutture interne 	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento nomine referenti e nomine autorizzati: mantenimento della percentuale di nomine visualizzate Formazione del personale: organizzazione di sessioni formative Valutazione amministratori di sistema Audit documentale dei responsabili esterni Audit delle strutture interne

Tabella 5: Piano Triennale delle Performance 2024 – 2026

2.2.3 Semplificazione

L'Ospedale sta proseguendo l'iter di semplificazione dei processi, anche attraverso la progettazione del nuovo sistema gestionale informatizzato amministrativo-contabile che presuppone la mappatura e definizione dei percorsi, eseguita e portata a termine nel 2023.

2.2.4 Digitalizzazione

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

Si riporta di seguito per l'anno 2023 l'aggiornamento e l'avanzamento degli obiettivi del piano di digitalizzazione presentato lo scorso anno:

1. migrazione della gestione delle attività di sportello di Odontostomatologia e di Chirurgia maxillo-facciale al sistema Hero/Tabula. Sono stati rilasciati e testati il sistema cartella clinica odontostomatologica (Tabula) applicativo di gestione preventivi (su Hero). L'attività di rilascio in produzione è stata necessariamente differita a seguito della modifica del nomenclatore nazionale delle prestazioni specialistiche e del catalogo regionale la cui modalità di applicazione è ancora in fase di definizione da parte del Ministero della Salute e delle regioni. Al momento sono presenti elementi di ambiguità nell'interpretazione della gestione delle informazioni nel periodo di transizione, per cui è necessario attendere che la situazione venga definitivamente chiarita;
2. sostituzione della centrale telefonica a nuova tecnologia digitale. La nuova centrale è stata installata, i telefoni sono operativi in test su utenti selezionati;
3. avvio migrazione dell'attuale sistema digitale di protocollo ad una versione. L'Ente si è conformato alle linee guida di fascicolazione predisposte da AgID. L'attività è stata avviata nel terzo trimestre dell'anno, in quanto l'Ente ha ricevuto da Regione il nuovo titolare di classificazione e massimario di scarto solo nel settembre 2023. Il completamento delle attività e l'operatività della nuova versione sono stati differiti al primo semestre 2024 tenuto conto:
 - a. delle tempistiche necessarie per la formazione del personale coinvolto a vario titolo nel processo di gestione documentale
 - b. della necessità di adeguare l'attuale piattaforma all'entrata in vigore, a partire dal 1/1/2024, dei nuovi organigrammi e funzionigramma nel frattempo approvati, nonché al nuovo sistema di deleghe ai Dirigenti per l'adozione di atti e/o gestione delle procedure.
4. migrazione della terapia farmacologica alla nuova procedura NGH attivata nel 2020 nel pronto soccorso. Il prodotto, estendibile a tutti i reparti, è disponibile, e valutato positivamente dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Infermieristica. Per motivi organizzativi la formazione agli utenti è stata pianificata nel mese di gennaio 2024.
5. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni di Regione Liguria. Completato: da metà ottobre scorso già attiva la produzione sistematica secondo il formato FSE2.0 di tutti i verbali di PS, di tutti i referti di laboratorio e di tutti i referti radiologici; sono altresì prodotti sistematicamente in questo formato le lettere di dimissione. Siamo in attesa delle disposizioni regionali per l'avvio della cosiddetta fase 2 del progetto e per l'ottemperanza all'ultimo decreto nazionale che dispone il recupero di tutti i documenti sanitari prodotti in elettronico ante

18/5/2020 per un popolamento massivo dei dati, con regia regionale, da avviarsi entro il 30/4/2024.

6. avvio della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema C4C. Avviata con implementazione dei sistemi e delle integrazioni, predisposto il prototipo della cartella MOC nella quale, oltre a verifiche funzionali e di ergonomia, si è sperimentata la modalità di recupero del patrimonio di informazioni pregresso presente sulla attuale procedura Argos. È prevista per i primi 9 mesi del 2024 la migrazione di tutte le cartelle a complessità medio bassa.
7. avvio del processo di conversione della documentazione amministrativa attualmente gestita analogicamente con produzione digitale alla fonte. Si è provveduto a digitalizzare i seguenti flussi: distinte delle fatture autorizzate da tutti gli uffici coinvolti alla contabilità; report di:
 - a. incident reporting dai segnalatori all'ufficio del rischio clinico
 - b. segnalazioni di non conformità in ambito sanitario alla qualità
 - c. smistamento dei documenti alla firma del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo attraverso l'help desk aziendale
 - d. attivazione del nuovo Help Desk aziendale per l'ingegneria clinica per le richieste di manutenzione integrato col sistema di ticketing del fornitore del service Hospital Consulting
 - e. automazione dello smistamento del processo di firma delle carte contabili.
8. migrazione al nuovo sito web aziendale. La migrazione alla nuova interfaccia dei siti web è stata completata. La pubblicazione on line è pianificata da gennaio 2024, al fine di consentire il completamento del popolamento dei contenuti ed il relativo controllo da parte della S.S.D. Qualità e comunicazione.

Il piano di sviluppo della digitalizzazione del triennio 2024-2026 si articola come segue

2024

1. avvio delle attività di configurazione del nuovo sistema amministrativo contabile denominato Areas
2. prosecuzione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema C4C
3. migrazione del sistema di refertazione ecografica Viewpoint a nuova piattaforma integrata al Sistema Informativo Ospedaliero con la pubblicazione dei referti nel Repository aziendale
4. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni e le linee guida fornite da Regione Liguria
5. gestione integrata del policy manager per le modalità di accesso interno agli operatori sanitari
6. avvio delle attività di migrazione al cloud in conformità al bando PNRR
7. messa in esercizio degli impianti del locale tecnico per ridondare la rete e consolidare il backup al padiglione OB4.

2025



1. completamento del sistema informativo contabile denominato Areas
2. prosecuzione della migrazione delle cartelle ambulatoriali al nuovo sistema C4C
3. arricchimento del FSE regionale secondo le indicazioni e le linee guida fornite da Regione Liguria in corso d'anno;
4. conclusione delle attività di migrazione al cloud in conformità al bando PNRR.

2026

1. Avvio delle attività migrazione al cloud dei sistemi non compresi nel bando PNRR.

2.2.5 Accessibilità fisica

L'accessibilità dei locali ospedalieri è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione in generale e in particolare della popolazione anziana e diversamente abile. La pandemia ha previsto una diversa distribuzione degli accessi. L'E.O. Ospedali Galliera ha previsto inoltre di realizzare un nuovo servizio igienico per il pubblico al secondo piano dei padiglioni A ed AS con specifica accessibilità ed attrezzature per le persone diversamente abili, con effettuazione lavori e piena operatività nel 2023.

L'Ente sta valutando ulteriori iniziative di miglioramento in relazione a futuri assetti dei padiglioni storici dipendenti dalla decisione del Consiglio di Stato del prossimo 21 febbraio 2024.

2.2.6 Accessibilità digitale

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

- introduzione del policy manager per le modalità di accesso interno agli operatori sanitari dei documenti clinici
- migrazione al nuovo sito aziendale in conformità alle norme di accessibilità AGID, per migliorarne la fruizione dall'esterno di cittadini e soggetti terzi e della intranet aziendale per dipendenti e utenti interni
- consegna mediante SPID e CIE dei referti radiologici e delle immagini radiologiche.

2.2.7 Pari opportunità ed equilibrio di genere

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

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

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente Sottosezione del PIAO viene aggiornata in ottemperanza al dettato normativo, alle previsioni contenute nel PNA 2022 (approvato dall'ANAC con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) e ai successivi atti di indirizzo adottati da quest'ultima.

2.3.1. Analisi del contesto esterno e interno

2.3.1.1. Contesto di riferimento geo-demografico

Al 1° gennaio 2023 in Italia risiedono 58 milioni e 851mila unità, 179mila in meno rispetto all'anno precedente, con una riduzione pari al 3‰, del -3,5‰ rispetto al 2021 e del -6,7‰ rispetto al 2020. Quello fotografato dall'ISTAT è un paese sempre più anziano e con una popolazione sempre meno numerosa, dove si muore molto più di quanto non si nasca, e in cui il ricambio demografico si fa più difficile a causa delle dinamiche Covid e dei suoi effetti: eccesso di mortalità (- 658 mila persone tra il 1° gennaio 2020 e il 31 dicembre 2021, con un deficit doppio rispetto a quello riscontrato nel biennio 2018-2019, -296 mila, soprattutto al Nord) e calo delle nascite. I nuovi nati in Italia sono in forte calo dal 2014, nel 2020, l'anno della pandemia, si è arrivati a 404mila, ed il 2021 ha chiuso per la prima volta sotto la soglia dei 400mila, un record purtroppo negativo, su cui ha sicuramente influito pesantemente la seconda ondata della pandemia di ottobre-novembre 2020. Secondo i dati preliminari relativi a gennaio-giugno 2023, si osserva una riduzione di circa 3.500 nascite rispetto al corrispondente periodo del 2022. La stima temporanea elaborata sulla prima metà del 2023 indica un tasso di fecondità pari a 1,22 figli per donna. Nel 2022, i nuovi nati sono diminuiti attestandosi a 393mila. L'età media al parto risulta pari a 32,4 anni, stabile rispetto al 2021.

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana è ancora più evidente nel confronto con i censimenti passati. Il numero di anziani per bambino passa da meno di 1 nel 1951 a 5 nel 2019 (era 3,8 nel 2011) e l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato, dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019 (148,7% nel 2001). Il fenomeno di invecchiamento della popolazione italiana ha continuato il suo corso, determinando un aumento dell'età media della popolazione da 45,7 anni a 46,4 anni tra l'inizio del 2020 e l'inizio del 2023. Pertanto, nel corso di questo periodo, la popolazione residente è invecchiata mediamente di almeno otto mesi supplementari. In ambito europeo, l'Italia si mantiene al primo posto nella graduatoria decrescente per l'indice di vecchiaia e tra i primi sei Paesi per l'indice di dipendenza¹¹ 1213.

Solo la più giovane struttura per età della popolazione straniera rallenta il processo di invecchiamento della popolazione residente in Italia. Al 1° gennaio 2023, la popolazione di cittadinanza straniera ammonta a 5 milioni e 50mila individui, registrando un incremento di 20mila persone (+3,9‰) rispetto all'anno precedente. La percentuale degli stranieri residenti rispetto alla popolazione complessiva è dell'8,6%, mostrando un lieve aumento rispetto al 2022 (8,5%). Circa il 60% degli stranieri, pari a 2 milioni 989mila individui, risiede nel Nord, rappresentando l'11% della popolazione in questa zona, la più elevata del Paese. Anche il Centro attrae una considerevole presenza straniera, con un milione 238mila individui (25% del totale) e un'incidenza del 10,6%, superiore alla media nazionale. Il Mezzogiorno, al contrario, presenta una

¹¹ Indicatori demografici anno 2022- ISTAT pubblicazione 07 aprile 2023.

¹² Eurostat lo definisce "tasso di dipendenza degli anziani" ed è tradizionalmente considerato come un'indicazione del livello di supporto disponibile per le persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni, appunto) dalla popolazione in età lavorativa (persone di età compresa tra 15 e 64 anni).

¹³ Questi due indicatori sono particolarmente importanti perché esprimono il cosiddetto "debito demografico" che un paese ha nei confronti delle generazioni future in termini di sanità, assistenza e previdenza.

minor presenza straniera con 824mila unità (16% del totale), rappresentando il 4,2% della popolazione complessiva.

Il declino demografico dell'Italia, già prima dell'inizio della pandemia da Covid-19, era ormai un fenomeno evidente: dal 2014 al 2018 la popolazione è diminuita di 677mila persone, una perdita pari alla scomparsa di una città grande come Palermo. Tale fenomeno è stato determinato in particolare da due fattori entrambi correlati alla crisi economica: la diminuzione delle nascite e l'aumento degli espatri (le persone che hanno lasciato il Paese nel 2018 sono quasi 157mila, con un aumento di 2mila unità rispetto all'anno precedente). In base ai dati del 2022, i decessi hanno raggiunto quota 713mila, mentre le nascite sono scese a 393mila, generando un saldo naturale di -320mila unità.

La speranza di vita nel 2022 è di 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne. Rispetto al 2021, gli uomini registrano un recupero di circa 2 mesi e mezzo di vita aggiuntivi, mentre per le donne il valore rimane invariato. Tuttavia, i livelli di sopravvivenza nel 2022 sono ancora inferiori a quelli pre-pandemici, con una diminuzione di 6 mesi rispetto al 2019 sia per gli uomini che per le donne.

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

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

Uno dei problemi maggiori che dovrà affrontare il SSN è quello delle malattie croniche che colpiscono, ormai, il 40% della popolazione.

I costi per la cura della cronicità sono destinati ad aumentare nei prossimi dieci anni, arrivando a toccare nel 2028 i 71 miliardi di euro. La stima è fornita dal rapporto dell'Osservatorio nazionale sulla sanità nelle regioni italiane. Ammonterebbe a 66,7 miliardi il costo attuale del trattamento delle cronicità, valore che, sulla base degli scenari demografici analizzati dall'Istat, crescerebbe sino a 70,7 miliardi nei prossimi dieci anni. Nel 2100, rispetto al 2022, l'Italia vedrà una riduzione della sua popolazione di 8.835.609 persone, di cui 3.382.337 saranno uomini e 5.453.272 donne. L'età media della popolazione italiana aumenterà di 5 anni (con un incremento di 5,3 anni per gli uomini e di 4,8 anni per le donne), con una speranza di vita alla nascita di 89,9 anni per gli uomini (un aumento di 8,8 anni) e di 93,5 anni per le donne (un aumento di 8 anni) 14.

2.3.1.2. Contesto in Regione Liguria

Una delle maggiori criticità per la Liguria, sul piano dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, deriva dall'elevata incidenza di patologie croniche correlate alla percentuale di popolazione anziana. La Liguria risulta essere infatti la regione più vecchia d'Italia (indice di vecchiaia di 262,415), ben superiore alla media nazionale italiana (179,3) ed europea (127). Anche l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-

¹⁴ Il censimento permanente della popolazione in Liguria anno 2021- ISTAT pubblicazione 20 settembre 2023

¹⁵ Rilevazione ISTAT al 1 Gennaio 2020

64 anni), evidenza che in Liguria nel 2020 vi sono teoricamente 166,8 individui a carico ogni 100 che lavorano, contro una media nazionale di 56,7 ed europea (UE-27) di 31,4.

La Liguria è la regione più anziana, con una quota di over 65enni pari al 28,9% e una di ultra 80enni del 10,4%.

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

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

Allo stato attuale, la Liguria risulta tuttavia essere tra le regioni Italiane più "virtuose" nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza monitorati dai Ministeri dell'Economia e della Salute. In particolare, nella classifica 2020, relativa ai dati 2019 – ad oggi rimasto ultimo anno della rilevazione dei dati a causa dell'emergenza legata al periodo pandemico - la Regione si colloca con 206 punti al settimo posto, vicina alle performance delle Regioni più virtuose¹⁷. La buona performance regionale si conferma anche effettuando la valutazione secondo gli indicatori previsti dalla nuova Griglia di valutazione dei Lea (Nuovo Sistema di Garanzia) che è stata applicata a livello sperimentale già ai dati del 2019 per entrare ufficialmente in vigore a partire dai dati del 2020¹⁸. Il nuovo sistema consente infatti di misurare in modo più puntuale le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza delle cure e delle prestazioni rientranti nei LEA e ricevute dai cittadini valutando in modo distinto le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) e attribuendo loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli.

Con particolare riferimento al tema della legalità, la relazione della Direzione Investigativa antimafia (DIA), relativa al secondo semestre 2022 - che ha aggiornato il quadro delle infiltrazioni mafiose nel Nord Italia, ivi compresa la Liguria - ha rilevato il rischio che realtà imprenditoriali sane possano trovarsi in carenza di liquidità e che conseguentemente possano ricorrere al credito abusivo, determinando un aumento di fenomeni di carattere usuraio in grado di agevolare l'insinuazione delle consorterie mafiose nelle proprietà delle aziende in difficoltà finanziarie, al fine di immettere capitale di provenienza delittuosa nel circuito economico legale, riciclandolo e reimpiegandolo in attività lecite.

Inoltre, gli scali marittimi della Liguria possono costituire per la criminalità organizzata snodi privilegiati per l'importazione di ingenti quantitativi di cocaina, fenomeno rispetto al quale la mafia di matrice calabrese ha saputo stabilire, nel tempo, proficue relazioni criminali a livello internazionale con i narcos sudamericani.

Infine, sempre la DIA nella propria relazione osserva come sia ragionevole supporre che le mafie individuino nelle risorse del PNRR un obiettivo di interesse primario considerando che, anche per la Regione Liguria, è previsto il finanziamento di grandi opere e di nuovi progetti.

¹⁶ Non è considerato il tasso di disoccupazione in età lavorativa

¹⁷ Il livello minimo di "sufficienza" è fissato nel punteggio complessivo di 160. Solo 10 regioni superano i 200 punti con un massimo di 222 punti (Veneto)

¹⁸ Decreto 12 marzo 2019 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Gli esiti giudiziari delle più significative indagini antimafia relative al territorio ligure hanno documentato che la criminalità mafiosa calabrese rappresenta il principale fenomeno criminale autoctono presente in loco con proprie articolazioni strutturate.

In merito alle altre espressioni di criminalità organizzata, in particolare campana e siciliana, pregresse iniziative, sia preventive che repressive, hanno tracciato l'esistenza di singole proiezioni extraregionali di camorra e mafia siciliana, ancorché non organizzate in sodalizi strutturati, attive sia nei mercati legali che in quelli illegali.

Tutte le aree liguri vedono poi l'operatività di sodalizi criminali stranieri, spesso costituiti da extracomunitari irregolari, di etnia africana, sudamericana o dell'est Europa, operanti in attività illecite anche molto diversificate, ma principalmente riconducibili alla commercializzazione di stupefacenti.

In merito alle attività illecite, il settore di primario interesse della criminalità si concentra sul traffico di stupefacenti che, per la conformazione geografica del territorio, trova negli scali marittimi regionali snodi privilegiati per l'importazione di ingenti quantitativi di cocaina, provenienti dal Sudamerica.

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

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

In tale contesto, un elemento di forte rilievo è quello discendente dagli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finalizzato a superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia verificatasi negli scorsi anni. L'attuazione del Piano sta determinando la messa a disposizione, anche in ambito sanitario, di un ingente flusso di denaro per la realizzazione dei molteplici interventi previsti.

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

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

Un ruolo fondamentale nella prevenzione della corruzione è rivestito dagli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che sono chiamati a intervenire nel sistema di prevenzione della corruzione, sia avvalendosi degli strumenti di segnalazione degli illeciti messi a disposizione dall'Amministrazione, sia in termini partecipativi e propositivi con osservazioni e suggerimenti, contribuendo così al miglioramento continuo dei processi aziendali anche al fine di renderli maggiormente trasparenti.

2.3.1.3. Contesto interno all'Ente Ospedaliero

a) Il Galliera all'epoca del Covid: la gestione del periodo post pandemico

Il superamento della pandemia e la sua naturale evoluzione in endemia hanno comportato per l'Ente una parziale revisione del proprio assetto, che si è concretizzata anche nella progressiva riattribuzione alle varie specialità di posti letto in precedenza dedicati alla cura del COVID: questo è avvenuto da un lato compatibilmente con il variabile andamento della disponibilità di personale dedicato all'assistenza e con la necessità di mantenere comunque attiva l'organizzazione atta a curare la malattia in oggetto, dall'altro in coerenza alle indicazioni regionali in termini di volumi di attività richiesta.

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

Nell'Ente Ospedaliero, anche nel 2023, non sono stati riscontrati eventi corruttivi penalmente rilevanti e neppure episodi di cattiva amministrazione che abbiano determinato allarme sociale.

Tale affermazione è suffragata anche dalla relazione annuale dell'U.P.D. sull'attività svolta nel 2023, trasmessa al RPCT, riportante il numero delle violazioni segnalate e contestate nell'anno di riferimento, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore.

Dalla suddetta relazione emerge che nel periodo di riferimento sono stati avviati 9 procedimenti disciplinari, tutti di modesta entità, di cui 1 concluso con l'archiviazione e 1 ancora in corso di svolgimento

Dei 7 procedimenti conclusi con l'irrogazione di sanzioni, 2 sono relativi ad assenze ingiustificate dal servizio, 2 a condotte non conformi ai principi di correttezza verso superiori, 1 per inosservanza delle disposizioni in materia di sicurezza sul lavoro, 2 per inosservanza delle disposizioni di servizio.

Le sanzioni irrogate sono tutte conservative e si sostanziano in: 2 rimproveri scritti, 1 censura scritta, 1 multa di importo pari a 4 h di retribuzione, 3 sospensioni dal servizio (di cui 2 per 3gg e 1 per 1 mese).

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

Inoltre, nel corso del 2023 non sono pervenute segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità da parte di dipendenti, né attraverso il canale dedicato accessibile tramite il sito web istituzionale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente, né attraverso altre diverse modalità, come risulta peraltro attestato dalla relazione annuale del RPCT trasmessa alla Direzione Strategica dell'Ente in data 09/01/2024 (rif. CI/83/CU/24).

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

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

In tale prospettiva, la formazione riveste un'importanza cruciale nella strategia di prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare, nel rispetto delle disposizioni in materia di

anticorruzione e dei Codici di comportamento, nonché per veicolare i principi e i valori su cui si fonda la cultura della legalità e dell'etica pubblica.

L'Ente nel corso degli anni pregressi ha aggiornato la propria offerta di percorsi formativi su tali tematiche, di cui alcuni resi obbligatori a tutto il personale e altri, più specialistici, rivolti a una cerchia più ristretta di destinatari. L'erogazione di programmi formativi proseguirà nel corso del 2024, con approfondimenti negli ambiti del conflitto di interessi, delle incompatibilità e inconfiribilità di incarichi e della normativa sull'antiriciclaggio.

In aggiunta all'aspetto formativo garantito dall'Ente, il RPCT intende consolidare l'attività di interlocuzione e confronto con le Strutture interne, con l'obiettivo di rafforzare le sinergie al fine - da un lato - di approfondire maggiormente la conoscenza delle realtà operative e - dall'altro - di responsabilizzare ulteriormente il personale sui potenziali rischi corruttivi nello svolgimento della propria attività, a volte sottostimati, aumentando l'emersione di fattispecie potenzialmente rilevanti sotto il profilo corruttivo e conseguentemente riducendo le opportunità che tali casi possano manifestarsi.

In linea con le suddette finalità, nel 2024 verrà espletata anche un'attività informativa e di sensibilizzazione degli operatori in merito ai contenuti del nuovo Codice di comportamento dell'Ente, approvato a dicembre 2023 (vedi infra, paragrafo 2.3.3.1).

In merito alle finalità e alla struttura organizzativa dell'Ente, si rinvia alla Sottosezione 3.1.

In questa sede – sul presupposto che la gestione dei rischi corruttivi non debba essere considerata una responsabilità esclusiva del RPCT, ma debba permeare l'attività dell'intera struttura organizzativa - si definiscono i soggetti che, nel contesto dell'Ente, concorrono in maniera coordinata tra loro alla prevenzione della corruzione e se ne esplicitano sinteticamente funzioni e responsabilità.

Soggetto/ Organo/ Struttura	Funzioni e responsabilità
<i>Consiglio di amministrazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assume un ruolo pro-attivo, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; • designa il R.P.C.T. (art. 1, comma 7, della l. n. 190/2012); • adotta il PIAO, nel cui ambito è ricompresa la Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza, nonché i relativi aggiornamenti annuali; • definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.
<i>Direzione strategica (Direttore generale, amministrativo e sanitario)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promuove e favorisce le politiche di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, in attuazione degli obiettivi e degli indirizzi definiti dal PIAO in materia; • assicura al R.P.C.T. un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; • promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.
<i>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Svolge un ruolo di impulso e coordinamento nel processo di gestione del rischio e nella programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza; • predispone la Sotto Sezione del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza",

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

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

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

Tabella 6 – Prevenzione della corruzione, soggetti, funzioni e responsabilità

Il Gruppo di lavoro regionale degli RPCT della Sanità ligure.

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

Il Gruppo di lavoro è composto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali (o suo delegato) della Regione Liguria, dal RPCT di A.Li.Sa., nonché dai RPCT di tutti gli Enti ed Aziende del SSR.

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

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

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

Tra le attività realizzate dal Gruppo di Lavoro nel 2023 si segnalano, in particolare:

I) l'aggiornamento dei Patti di Integrità in materia di contratti pubblici

Nel maggio 2022 era stato approvato un documento elaborato dal Gruppo di Lavoro condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenente Linee Guida e uno schema tipo dei Patti di Integrità per l'adozione e conseguente applicazione da parte delle Aziende Sanitarie. In considerazione dei recenti interventi normativi, il Gruppo regionale ha redatto un nuovo documento aggiornato alla luce delle suddette disposizioni trasmesso alle ASL per l'applicazione uniforme;

II) la revisione delle procedure relative allo svolgimento di attività dopo la cessazione del rapporto di lavoro

Il Gruppo regionale degli RPCT, in attuazione delle nuove indicazioni fornite da ANAC nel PNA 2022, approvato con deliberazione n. 7 del 17.01.2023, ha redatto un nuovo schema di procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. "pantouflage") e di Dichiarazione divieto post-employment, ai sensi dell'art. 1 c. 42 lett. l. L. n. 190/2012, che dovrà essere adottato da Enti/Aziende del SSR quale aggiornamento dei documenti esistenti.

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

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

c) Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Come rappresentato da ANAC nel PNA 2022, le attività finalizzate alla prevenzione della corruzione non devono essere intese come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma devono essere considerate come facenti parte dell'ambito ordinario della gestione amministrativa, al fine di perseguire il miglior funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini.

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

A tali fini, l'Ente Ospedaliero conferma quali propri obiettivi strategici:

- far crescere la cultura dell'etica, della legalità e dell'integrità al proprio interno e nel contempo creare un contesto sfavorevole alla corruzione;

- prevenire fenomeni di cattiva amministrazione, perseguendo obiettivi di imparzialità e trasparenza, contribuendo a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa;
- costruire un sistema di prevenzione della corruzione basato sul principio del miglioramento progressivo e continuo, attraverso la responsabilizzazione e il coinvolgimento sempre maggiore di tutto il personale e l'apprendimento collettivo alimentato dal lavoro in *team*;
- acquisire sempre maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Ente è esposta, superando la logica secondo cui le misure di prevenzione della corruzione costituiscono un mero adempimento burocratico;
- perseguire un maggiore coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla performance, alla gestione del capitale umano e allo sviluppo organizzativo, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e alla prevenzione della corruzione.

Tali obiettivi dovranno essere perseguiti, in particolare, attraverso le seguenti azioni:

- la formazione del personale, con particolare riguardo agli ambiti del conflitto di interessi, delle incompatibilità e inconfiribilità e della normativa sull'antiriciclaggio;
- l'implementazione del sistema dei controlli, inteso quale strumento di miglioramento e di creazione di valore;
- il miglioramento dell'accessibilità e trasparenza delle procedure, nell'ottica di agevolare forme diffuse di controllo sociale sull'azione dell'Ente e contrastare possibili eventi corruttivi;
- il rafforzamento dell'analisi dei rischi corruttivi e la definizione di misure organizzative di prevenzione sempre più incisive, con particolare riguardo agli interventi finanziati dal PNRR e alla gestione degli appalti pubblici;
- la diffusione delle buone pratiche, attraverso la partecipazione alla rete dei RPCT della sanità ligure.

Inoltre la Regione Liguria - a seguito dell'attività svolta dal Gruppo di lavoro regionale degli RPCT della Sanità ligure, in collaborazione con il RPCT di Regione, nonché all'esito della consultazione pubblica attivata con le principali associazioni rappresentative della società civile - con nota del 12.01.2024, acquisita dall'Ente con PG n. 731/2024, ha individuato per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici di prevenzione della corruzione, comuni a tutti gli Enti del SSR:

OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

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

A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti;
- prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR, con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse (in quest'ultimo caso, acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria);
- garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.

OBIETTIVO 2 - Codici di comportamento e cultura dell'integrità

Nella strategia di prevenzione della corruzione la cultura dell'integrità e i comportamenti degli operatori pubblici rivestono un ruolo fondamentale.

Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi per favorire la conoscenza dei codici di comportamento:

- realizzare corsi ed eventi di formazione sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale, in modo da sensibilizzare i dipendenti sui contenuti del Codice, al fine di favorire una partecipazione più sensibile e qualitativa durante la fase consultiva, necessaria e obbligatoria prima dell'adozione formale del Codice di comportamento.

OBIETTIVO 3 - Conflitto di interessi

Le situazioni di conflitto di interessi sono uno degli elementi principali di cui tenere conto nell'analisi del rischio e previsione delle misure di prevenzione.

Considerata la "trasversalità" di tale fenomeno sia nell'ambito dei contratti pubblici, sia in altre fattispecie, è necessario un costante presidio.

A tal fine occorre fissare i seguenti obiettivi/azioni:

- utilizzare la nuova modulistica aggiornata;
- dare attuazione alle procedure di controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interesse, con particolare riferimento a quelle relative all'area contratti, al divieto di pantouflage e a quelle sull'inconferibilità e incompatibilità;
- integrare la fase di analisi preventiva del conflitto di interesse quale parte essenziale del processo;
- definire criteri oggettivi per l'individuazione degli "interessi economicamente significativi" di cui all'art. 4 c. 6 del DPR n. 62/2013, per arginare i rischi di conflitto di interesse (o altre modalità di verifica) in relazione alle richieste/comunicazioni di svolgimento di attività extraistituzionali da parte dei dipendenti che riguardino la partecipazione ad eventi promossi da aziende farmaceutiche (o da queste sponsorizzate).

OBIETTIVO 4 - Segnalazione violazioni (Whistleblowing)

Tra le misure di prevenzione ritenute più importanti a livello europeo vi è la procedura di segnalazione di violazioni di norme che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

In questo ambito inoltre occorre dare piena attuazione alla nuova normativa nazionale di recepimento della direttiva europea n. 2019/1937.

Per questo occorre intraprendere le seguenti 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 all'Ente, per fare passare il messaggio che questo strumento non debba intendersi come un sistema di delazione ma come uno strumento istituzionale, che le amministrazioni mettono a disposizione, per incentivare la scoperta di situazioni di mala amministrazione e per garantire il rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e di imparzialità;
- organizzare un evento formativo presso la Regione Liguria.

OBIETTIVO 5 – Anticorruzione e strumenti di programmazione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ex art. 6 del DL 80/2021 è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell'Ente finalizzate al valore pubblico finale (analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all'approvazione del PIAO).

In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti.

A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:

- predisporre la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” secondo le direttive del Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC e in coerenza con le altre sezioni del PIAO o documento analogo;
- garantire l’estensione e l’aggiornamento della mappatura dei rischi, la loro valutazione e il loro trattamento nei processi dell’Ente, da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della sezione “rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO;
- prevedere il monitoraggio periodico dell’attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche e del rispetto delle misure di trasparenza.

OBIETTIVO 6 – Governance delle politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza

L’efficacia dell’attuazione del complessivo sistema di disposizioni che scaturiscono dalla legge n. 190/2012 può essere migliorata con lo sviluppo di un modello a rete territoriale a supporto dei responsabili della prevenzione della corruzione.

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale;
- 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.

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

2.3.2.1. La mappatura processi

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

Ai fini dell’aggiornamento del PIAO, anche per l’anno 2024 le Strutture interessate sono state invitate a revisionare l’elenco dei processi a rischio corruzione, valutando l’opportunità di aggiungere altri processi da attenzionare ovvero di mantenere quelli attuali, nonché di confermare l’efficacia e adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche individuate nel Registro dei rischi medesimo, ovvero di valutare l’eventuale necessità di apportare correttivi nell’individuazione delle citate misure e/o degli indicatori alle stesse correlate.

Quanto sopra, anche in considerazione del fatto che all’inizio del 2024 è divenuta operativa una significativa rivisitazione organizzativa dell’Ente, con diversa articolazione di numerose Strutture e parziale riallocazione di attività.

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

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

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

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

2.3.2.2. Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

In secondo luogo, sono stati valutati i "fattori abilitanti", ossia quei fattori che possono agevolare la concretizzazione del rischio corruttivo, creando un terreno fertile per coloro che intendono abusare del

proprio potere, perseguendo finalità diverse dal benessere pubblico, fine principale che deve invece guidare l'azione amministrativa degli enti pubblici.

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

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

Già il PTPCT 2022 -2024 (poi confluito nella Sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2022 – 2024) dava evidenza dell'aggiornamento dell'analisi del livello di esposizione al rischio corruttivo, attraverso l'utilizzo di un sistema qualitativo, dei processi mappati all'interno del Registro del rischio di cui all'allegato 3 del presente Piano.

Tale analisi viene periodicamente aggiornata qualora ne venga rappresentata la necessità da parte del RPCT o delle Strutture che gestiscono i suddetti processi e in ogni caso in cui intervengano modifiche organizzative interne che determinino il cambiamento del Dirigente responsabile dei processi oggetto di analisi.

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

2.3.2.3. La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

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

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

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

In particolare, risultano declinate le seguenti misure:

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

Per il 2024, anche in attuazione delle indicazioni contenute nel PNA 2022 e nel perseguimento degli obiettivi strategici fissati dall'Ente Ospedaliero, vengono individuate prioritariamente le seguenti misure generali da rafforzare e implementare:

- trasparenza (per l'implementazione di tale misura si rinvia al paragrafo 2.3.4);
- conflitti di interesse;
- formazione;
- attività successive alla cessazione del servizio (divieto di *pantouflage*);
- codice di comportamento;
- patti di integrità.

Con riferimento alla tematica dei **conflitti interesse**, nel 2023 è stata approvata una rivisitazione delle procedure interne per la prevenzione di possibili situazioni di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi e di conflitti di interesse, aggiornando e adeguando la relativa modulistica alle modifiche normative intervenute negli ultimi anni. Nel 2024 occorrerà proseguire sulla strada del consolidamento e dell'implementazione delle misure atte a ridurre il rischio di situazioni di conflitto di interesse, potenziando soprattutto l'attività di verifica e controllo che ancora in oggi (fatti salvi alcuni ambiti, quali il controllo del casellario giudiziale e dei carichi pendenti) necessita di una regolamentazione più strutturata e uniforme.

Anni addietro era stato istituito un Servizio ispettivo, con competenze, fra l'altro, di controllo sulla veridicità sulle dichiarazioni attestanti l'assenza di conflitti di interesse. Tale organismo, tuttavia non ha mai acquisito piena operatività, per carenza di personale da dedicare specificatamente a tali funzioni. L'obiettivo per il 2024 - anche alla luce del PNA 2022, che ha ribadito l'importanza dei controlli ai fini di una più efficace gestione dei conflitti di interesse - è quindi di individuare alcune Strutture presso cui accentrare competenze

di verifica e controllo, sia pure a campione, attraverso l'acquisizione e la messa a disposizione delle risorse e dei necessari strumenti operativi.

Sempre con riferimento alla tematica sopra indicata, viene programmato, per l'anno in corso, il recepimento del documento elaborato dal Gruppo di lavoro regionale, sulle procedure operative per la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi sponsorizzati, previa contestualizzazione dello stesso a livello aziendale, con puntuale definizione delle procedure da attuare e delle Strutture competenti alla loro gestione.

Per il 2024 è anche programmata la prosecuzione dell'**attività formativa**, sia mantenendo in essere gli attuali corsi in modalità FAD, sia completando la fruizione di nuovi moduli formativi, attivati nell'ultimo trimestre del 2023 (vedi infra, paragrafo 2.3.3.1.):

- ✓ il primo è un corso FAD che illustra le disposizioni in materia di conflitto di interesse, incompatibilità e inconfiribilità e la loro concreta applicazione nel contesto organizzativo di ogni azienda/ente;
- ✓ il secondo, anch'esso un corso FAD, contiene approfondimenti sulle disposizioni in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, e sull'applicazione delle stesse alle Aziende Sanitarie. Inoltre, illustra i collegamenti con la prevenzione della corruzione per una concreta attivazione dei controlli, attraverso l'analisi del contesto e della normativa specifica per le PP.AA, la metodologia adottata ed esempi pratici di applicazione della stessa.

In questa sede si ritiene opportuno segnalare anche un percorso formativo in etica sanitaria, nato lo scorso anno all'interno dell'Ente Ospedaliero che, pur non essendo direttamente correlato alla prevenzione della corruzione, affronta tematiche affini e complementari, partendo da una visione etica e morale. Il percorso formativo in argomento, rinnovato e aggiornato, verrà riproposto nel 2024, è destinato, su base volontaria, a tutti gli operatori dell'Ente Ospedaliero e si pone, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- sviluppare una maggiore consapevolezza dei dilemmi morali e delle questioni etiche;
- sviluppare adeguate conoscenze, abilità e comportamenti per l'analisi razionale delle questioni etiche;
- sviluppare l'attitudine alla consapevolezza critica in merito alle decisioni concrete.

Un'ulteriore azione programmata per il 2024, in linea con le indicazioni ANAC esplicitate in sede di PNA 2022, è legata al potenziamento delle misure in materia di **divieto di pantouflage**, quale fattispecie di conflitto di interessi da inquadrare come incompatibilità successiva. A tal fine, l'Ente si è riproposto di recepire, contestualizzandolo alla propria organizzazione interna, il documento elaborato nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale, denominato "Schema di procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage)".

Tale documento, redatto in conformità alle nuove indicazioni ANAC contenute nel PNA 2022, definisce finalità, ambito di applicazione, nonché modalità operative tese a disciplinare la misura di prevenzione in esame e a renderne effettivi sia l'attuazione che il controllo.

Il **codice di comportamento dell'Ente** è stato recentemente aggiornato, anche a seguito del lavoro svolto all'interno del Gruppo di lavoro regionale. Un aspetto che ha creato alcune criticità è quello relativo alle dichiarazioni in materia di conflitto di interessi, che il dipendente richiedente l'autorizzazione a svolgere un'attività extra-istituzionale è tenuto a rendere. In tale dichiarazione, il dipendente deve attestare l'insussistenza di qualsiasi interesse economico significativo in decisioni o attività dell'ufficio di appartenenza

che coinvolga il “provider”, lo “sponsor” o qualunque società o ente privato per il quale il dipendente richiede l’autorizzazione a svolgere l’attività.

Ai fini di una efficace applicazione di tale misura preventiva, è tuttavia necessario individuare criteri comuni per la definizione univoca degli interessi “economicamente significativi” tra dipendente ed ente conferente l’incarico.

A tal fine, nel corso del 2024, la tematica verrà riaffrontata nell’ambito del gruppo di lavoro regionale, con l’obiettivo di definire criteri condivisi da inserire nei codici di comportamento delle Aziende ed Enti del SSR.

Nel maggio 2022 era stato approvato un documento elaborato dal Gruppo di Lavoro condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenente Linee Guida e uno schema tipo dei **Patti di Integrità** per l’adozione e conseguente applicazione da parte di tutte le Aziende ed Enti del SSR. Successivamente all’entrata in vigore del D.Lgs 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici) il Gruppo regionale ha ritenuto opportuno redigere un nuovo documento aggiornato alla luce delle suddette disposizioni. Nel 2024, pertanto, anche l’Ente provvederà a recepire tale documento al proprio interno e a disporre l’applicazione.

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

In particolare, è proseguito il percorso – già avviato a partire dal PTPCT 2021-2023 - di rivisitazione e di puntuale descrizione delle misure, al fine di far emergere maggiormente la correlazione tra il rischio corruttivo esistente e la misura atta a prevenirlo o, quantomeno, a ridurlo.

A tal fine, è stato attivato un confronto costruttivo con i dirigenti delle Strutture, in modo da coniugare la conoscenza dei processi organizzativi con la programmazione di misure chiare, sostenibili e verificabili.

A fronte delle misure di prevenzione, è proseguita la definizione di indicatori di monitoraggio quantitativi (es. % di controlli effettuati sul totale delle procedure svolte), qualitativi (es. relazioni/*report* sull’attuazione della misura), oppure consistenti nella semplice verifica dell’attuazione della misura stessa (SI/NO).

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

In occasione dell’aggiornamento del presente PIAO, sono state riprogettate e riformulate, in particolare, le misure specifiche di prevenzione della corruzione nei processi di acquisizione beni, servizi e lavori, a seguito dell’entrata in vigore e della piena operatività del D. Lgs. 31 marzo 2023 n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, che ha comportato una profonda revisione nella mappatura dei processi di quest’area.

Sono altresì state previste alcune misure preventive con riferimento ai processi legati all’utilizzo di fondi PNRR, ferma restando la necessità di rafforzarle e ulteriormente implementarle, anche a seguito dell’attività di approfondimento che verrà svolta nel corso del 2024 nell’ambito del Gruppo di lavoro dei RPCT, in coerenza con uno degli obiettivi strategici individuati dalla Regione Liguria (vedasi paragrafo 2.3.1.3, lett. c).

Parimenti, si ritiene opportuno, nel 2024, rivalutare e aggiornare anche le misure preventive di alcuni processi prettamente sanitari, quali le liste di attesa e il controllo dei volumi di attività con riferimento alle prestazioni erogate dai medici in regime libero professionale.

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

2.3.3 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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

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

Il monitoraggio si articola in due fasi:

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

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

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

Non è stata invece attuata, se non in minima parte, l'integrazione di questo sistema con il monitoraggio di secondo livello. Tale attività viene pertanto riprogrammata per il 2024, almeno per le aree e i processi maggiormente esposti al rischio corruzione (alto rischio), con la calendarizzazione di audit specifici, che saranno condotti dal R.P.C.T. e dalla struttura di supporto, finalizzati a verificare l'osservanza delle misure di prevenzione disciplinate nel Piano.

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

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

Stato di attuazione delle misure generali - anno 2023

Con riferimento alle misure generali, le risultanze del monitoraggio effettuato dalle Strutture rispetto all'attività svolta nel 2023 non fanno emergere rilevanti inadempienze, e le misure più significative sono state attuate nel rispetto della programmazione prevista. In particolare:

- *Trasparenza*

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

- *Codice di comportamento:*

Con provvedimento n. 848/2023 è stato approvato il nuovo Codice di Comportamento dell’Ente, che supera la precedente versione adottata nel 2018.

Il nuovo codice è stato aggiornato alla luce della normativa e delle linee guida di carattere nazionale frattanto intervenute e in particolare:

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

- *Conflitti di interesse*

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

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

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

L’Ente Ospedaliero, nell’arco del 2023, ha dedicato particolare attenzione alla tematica in argomento, partecipando attivamente al sottogruppo costituito nell’ambito del Gruppo di lavoro regionale che ha curato l’aggiornamento della modulistica atta a prevenire e monitorare possibili situazioni di conflitto di interessi all’interno delle Aziende ed Enti del SSR.

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

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

Con provvedimento n. 890 del 27 dicembre 2023, l’Ente Ospedaliero, oltre a recepire la modulistica in argomento, ha provveduto a razionalizzare le procedure interne per la gestione della modulistica (sia quella aggiornata nell’ambito del gruppo regionale sia quella già in uso all’interno dell’Ente),

sintetizzando in una tabella riepilogativa i soggetti tenuti e le tempistiche previste sia per la compilazione che per l'acquisizione agli atti dei moduli.

Nel 2024 l'attività di approfondimento sui conflitti di interesse proseguirà, sempre in collaborazione e nell'ambito del gruppo regionale, con specifica attenzione al tema dei controlli sulle dichiarazioni, consentendo l'ulteriore integrazione delle procedure interne sopra richiamate, con la definizione puntuale dei soggetti deputati alla verifica delle dichiarazioni, nonché delle modalità, degli strumenti e delle tempistiche di tali verifiche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- uno in cui dichiarano l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, impegnandosi ad astenersi qualora queste si verificano e, comunque, in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza;

- uno in cui rendono alcune informazioni relative allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, nonché all'espletamento della propria attività professionale.

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

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

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

- acquisire dai Commissari, al momento del conferimento dell'incarico, le dichiarazioni sull'assenza delle cause di incompatibilità previste dalla legge e sull'assenza di conflitti di interesse;
- effettuare i controlli sui precedenti penali e porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- assicurare che negli interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento.

f) assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi

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

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

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

g) Conferimento e autorizzazione di incarichi

Con Provvedimento n. 505 del 16.07.2021 è stato approvato l'"Aggiornamento della Disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi ed autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dell'E.O. Ospedali Galliera (ex art. 53, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.)", corredato dell'apposita modulistica, ivi compresa quella relativa alla gestione dei conflitti di interesse.

L'attività svolta nel 2023 non ha evidenziato particolari criticità, fatto salvo un caso in cui la competente Struttura ha informato il RPCT dell'impossibilità di autorizzare l'attività richiesta dal dipendente, attesa la ravvisata sussistenza di un conflitto di interessi.

h) Attività successive alla cessazione del servizio (pantouflage)

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

- nei contratti di assunzione venga inserita clausola che prevede il divieto di post employment per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o

di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Parimenti, analoga dichiarazione dovrà essere acquisita all'atto della cessazione del rapporto di lavoro;

- i dirigenti responsabili delle Strutture che si occupano dell'area appalti (Lavori, Beni e Servizi) assicurano che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. Al rispetto di tale previsione sono tenuti anche i Responsabili di tutte le altre articolazioni aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- sia fornita tempestiva informativa dei fatti all'RPCT, che valuterà la costituzione in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001.

Come già anticipato al paragrafo 2.3.2.3, nel corso del 2024 l'Ente provvederà a recepire la nuova procedura, elaborata nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale, in conformità alle indicazioni ANAC contenute nel PNA 2022, definendone finalità, ambito di applicazione, nonché modalità operative.

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

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

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

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

- definire le modalità di controllo e trasparenza discendenti dall'applicazione del disciplinare.

- *Patti di integrità negli affidamenti*

Con Provvedimento n. 595 del 14/09/2022, anche grazie all'operato del Gruppo di Lavoro regionale degli RPCT della Sanità Ligure, è stato approvato il nuovo modello di Patto di Integrità che l'Ente Ospedaliero, in qualità di stazione appaltante, si impegna a stipulare con i concorrenti/aggiudicatari nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

Come già anticipato al paragrafo 2.3.2.3., i patti di integrità saranno oggetto di un ulteriore aggiornamento nel 2024.

- *Formazione del personale*

Nel 2023 è stato riproposto l'evento formativo in modalità FAD "La legge n. 190/2012 e le misure anticorruzione", già attivato a partire dal 2019, aperto a tutti i dipendenti dell'Ente che non lo avevano ancora svolto, e reso obbligatorio per tutti i neoassunti, finalizzato alla diffusione capillare dei contenuti normativi (Legge n. 190/2012 e relativi decreti attuativi, codice di comportamento, principali linee guida e direttive dell'ANAC, PTPCT) e allo sviluppo di una cultura basata sui valori di legalità ed etica pubblica. Nel 2023 il corso FAD ha interessato n. 147 dipendenti dell'Ente.

Si segnala, altresì, che a fine 2023 sono stati attivati due ulteriori nuovi corsi formativi in modalità FAD il cui materiale didattico è stato elaborato nell'ambito delle attività svolte dal Gruppo Regionale degli RPCT – e segnatamente:

- a) il corso "incompatibilità, inconfiribilità e conflitto di interessi" rivolto e reso obbligatorio a tutto il personale dell'Ente (con accreditamento ECM per gli operatori sanitari). Nel 2023 il corso FAD ha interessato n. 359 dipendenti dell'Ente;
- b) il corso "disposizioni in materia di antiriciclaggio applicate alle aziende sanitarie" liberamente accessibile a tutti i dipendenti che ne fossero interessati, è destinato prioritariamente, e quindi reso obbligatorio, per le seguenti figure individuate da ciascuna Azienda:
 - il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed i suoi Assistenti;
 - il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015;
 - i Referenti/Responsabili tenuti a segnalare al Gestore le operazioni sospette;
 - i Direttori delle aree di rischio ed il personale da questi individuato.

Quest'ultimo corso FAD verrà reso fruibile nel 2024.

- *Rotazione del personale*

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

Al riguardo, si precisa che, per effetto dell'ultima rivisitazione organizzativa dell'Ente, approvata con i provvedimenti nn. 743/2023 e 859/2023 e divenuta operativa con decorrenza 01.01.2024, le suddette Strutture sono state ridotte da 10 a 7. Le rimanenti sono così distribuite: tre nel Dipartimento Giuridico Economico (Affari Generali e Legali, Risorse Umane, Programmazione e

Gestione Beni e Servizi), due nel Dipartimento di Staff (Controllo di Gestione e Informatica, Telecomunicazioni, Ingegneria Clinica), due nel Dipartimento Tecnico (Lavori di manutenzione, Antincendio, Impianti Tecnologici e Gestione lavori grandi opere).

Pur in mancanza di una effettiva programmazione della misura, peraltro, la rotazione si è verificata nei fatti, per effetto del pensionamento o del trasferimento presso altre aziende ed enti di numerose unità di personale, ivi compresi molti dirigenti. In particolare, si evidenzia che - dei 7 Dirigenti di S.C. dell'Area PTA sopra citati - 3 sono cambiati nel corso dell'ultimo quadriennio (segnatamente: i responsabili dei settori che gestiscono il personale, i servizi di manutenzione, lavori antincendio e impianti tecnologici, nonché gli affari generali e legali). Inoltre, si precisa che una struttura precedentemente complessa (Bilancio e Contabilità) è stata ri-articolata in due Strutture semplici, con parziale nuova assegnazione delle relative funzioni.

Si rappresenta, infine, che l'attuale assetto degli Uffici prevede un processo decisionale che contempla la partecipazione di più soggetti (estensore, Responsabile del Procedimento, Dirigente responsabile, ecc.), anche mediante apposizione di più sottoscrizioni, in vista dell'esito finale. Si ritiene che tale misura possa contribuire a ridurre il rischio di abusi e di cattive pratiche nella gestione dei procedimenti.

Con riferimento alla misura della rotazione straordinaria, il provvedimento di assegnazione ad altro incarico, qualora se ne verificano i presupposti, è di competenza della S.C. Risorse Umane, che è tenuta, altresì, a dare comunicazione al RPCT dell'adozione del provvedimento. Nel 2023, peraltro, non si sono realizzati i presupposti per l'attuazione della misura.

- *Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*

A fronte del mutato contesto normativo di riferimento, con Provvedimento n. 836 del 15.12.2023 l'Ente Ospedaliero ha adottato il nuovo "disciplinare per la gestione delle segnalazioni di violazioni di normative nazionali e dell'Unione Europea e relative forme di tutela (whistleblowing)", adeguandolo alle intervenute normative di settore.

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

- l'ampliamento delle tipologie di soggetti che possono effettuare la segnalazione;
- la valorizzazione dell'amministrazione di appartenenza del segnalante, che diviene canale privilegiato al quale segnalare atti, omissioni o condotte illecite, salvo i casi in cui ricorrano le condizioni per effettuare una segnalazione esterna o divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta e/o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- il rafforzamento e l'ampliamento delle misure di tutela previste per il segnalante e l'espansione del sistema di tutele a soggetti diversi dal segnalante che, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, potrebbero subire ritorsioni. In dettaglio, il sistema di tutele consiste in:

(a) tutela della riservatezza; (b) protezione da ritorsioni; (c) limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di informazioni;

- l'espansione dell'ambito oggettivo, tipizzando gli illeciti, gli atti, i comportamenti e le omissioni che possono essere oggetto di segnalazione.

In tale contesto, l'Ente ospedaliero ha previsto la possibilità per il *whistleblower* di segnalare eventuali illeciti al RPCT per il tramite del canale interno alternativamente a mezzo (a) piattaforma informatica, (b) segnalazione scritta, ovvero (c) richiedendo un incontro diretto finalizzato all'esposizione della segnalazione.

Fermo quanto sopra, si dà atto che nel corso del 2023 non sono pervenute al RPCT segnalazioni di illeciti.

- *Azioni sensibilizzazione e rapporto con la società civile*

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

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

In merito - proprio con l'obiettivo di addivenire all'individuazione di obiettivi strategici di prevenzione della corruzione uniformi e comuni a Regione Liguria ed agli Enti del SSR - l'Ente Ospedaliero ha fatto proprie le iniziative di consultazione pubblica attivate da Regione Liguria con le principali associazioni rappresentative della società civile, che hanno portato all'approvazione degli obiettivi sopra illustrati (vedasi paragrafo 2.3.1.3, lett. c).

Stato di attuazione delle misure specifiche – anno 2023

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

In alcuni casi, tuttavia, il monitoraggio esprime la risposta a un mero adempimento formale e viene ancora percepito dalle singole Strutture come un appesantimento burocratico, anziché come un momento di verifica costruttiva, finalizzata a valutare, da un lato, la concreta attuazione delle misure individuate a priori e, dall'altro, la loro effettiva idoneità a incidere, mitigandoli, sui possibili rischi corruttivi.

In considerazione di quanto sopra, si ritiene opportuno proseguire, in collaborazione con le Strutture dell'Ente, l'attività di approfondimento e analisi, finalizzata a perseguire una maggiore correlazione tra rischio ipotizzato e misura individuata come idonea a neutralizzarlo o a ridurlo, nonché a definire in maniera più appropriata gli indicatori, con l'obiettivo di renderli più immediatamente esplicitivi sulla realizzazione o meno della misura di prevenzione.

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

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

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

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

Le conseguenti valutazioni hanno portato a ridefinire alcune misure di prevenzione, con l'obiettivo di renderle sempre più efficaci e verificabili.

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

La trasparenza, oltre a costituire una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, è da intendere quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. La pubblicazione *on line* dei dati consente ai cittadini una effettiva conoscenza dell'azione amministrativa posta in essere dall'Ente ospedaliero. Da questo punto di vista, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino sia nella sua veste di destinatario delle attività poste in essere dalla Pubblica Amministrazione, sia nella veste di utente del servizio sanitario.

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

conseguentemente sono responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente". Tali responsabilità potranno essere soggette a revisione in relazione ad eventuali modifiche organizzative (come in ultimo avvenuto presso l'Ente a seguito della riorganizzazione avviata con decorrenza 01/01/2024).

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

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

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

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

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

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

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

Obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici e di interventi finanziati con fondi PNRR

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

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

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

Tutte le attività inerenti al ciclo di vita digitale dei contratti pubblici, articolato in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione, devono essere gestite in coerenza con quanto

previsto dal codice dell'amministrazione digitale, attraverso piattaforme e servizi digitali tra loro interoperabili.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel 2024 l'Ente opererà al fine di implementare ulteriormente le misure di trasparenza dei processi inerenti gli interventi finanziati dal PNRR, introducendo modalità rappresentative anche del monitoraggio sullo stato di avanzamento degli interventi stessi.

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

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

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

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

Il provvedimento è corredato da apposita modulistica (aggiornata dapprima con il Provvedimento n. 172/2022 e in ultimo con il provvedimento n. 890/2023), fruibile da chiunque ne abbia interesse mediante accesso al sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente" in "Altri contenuti-accesso civico".

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

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 Linee strategiche

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

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

- la chirurgia e le attività diagnostico-terapeutiche invasive
- l'area geriatrico/riabilitativa e delle fragilità che dovranno essere viste come un continuum con l'assistenza territoriale
- l'integrazione e l'evoluzione tecnologica sul piano clinico-terapeutico con particolare riferimento all'ambito oncologico (i.e. radioterapia, medicina nucleare, etc.).

3.1.2 Organigramma (descrizione modello organizzativo)

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

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

L'organigramma è consultabile sul sito istituzionale dell'Ente¹⁹.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Organizzazione del lavoro agile: il POLA

L'E.O. Ospedali Galliera ha inteso da subito promuovere il Lavoro Agile quale strumento di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo in modo da favorire la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti. La disciplina delle attività lavorative che possono essere svolte in modalità agile dai dipendenti dell'E.O. Ospedali Galliera, a seguito di confronto con le OO.SS. raggiunto con verbale del 06.12.2022, è stata adeguata a quella introdotta dagli artt. 76 e seguenti del nuovo C.C.N.L. del personale del Comparto Sanità sottoscritto in data 02.11.2022. Il Piano del Lavoro Agile (POLA) ed il relativo disciplinare, contenuto nell'allegato 6 contiene la declinazione di tale organizzazione.

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

¹⁹ <https://www.galliera.it/lospedale/organizzazione/organigramma/organigramma-e-o-ospedali-galliera-genova>

3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2024/2026)

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

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

Alla luce di quanto sopra esposto per il triennio 2024/2026 si intende consolidare quanto già in essere rendendo il lavoro agile una modalità sempre più fruibile da parte dei dipendenti.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

L'allegato 7 contiene il Piano dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2024/2026 che rappresenta parte integrante di questo documento.

3.4 Formazione del personale

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

3.4.1 Formazione del personale: linee strategiche

Il Piano Formativo Aziendale (PFA), riportato nell'allegato 8, prevede una formazione denominata strategica che nasce dall'esigenza di raggiungere gli obiettivi regionali o aziendali in ambito della comunicazione, della qualità e della metodologia di lavoro e una formazione tecnico professionale che deriva dalle necessità espresse dalle varie strutture in ambito gestionale, relazionale e tecnologico.

3.4.2 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa

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

3.4.3 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2024/2026

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

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

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

La Formazione a distanza (FAD) invece, rientra in una tipologia formativa che si è sviluppata e incentivata in corso di pandemia, è stata regolamentata e diffusa nell'Ente per facilitare la diffusione di temi

obbligatorie per legge che richiedono pertanto il raggiungimento del maggior numero di operatori possibile, oppure per fornire video tutorial utili ad addestrare il personale.

I destinatari privilegiati dell'offerta formativa sono i dipendenti dell'Ente. Per alcune progettualità i partecipanti possono essere anche professionisti non dipendenti la cui modalità di iscrizione viene ogni volta definita in modo specifico.

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

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

Tutta l'offerta formativa riguardante il PFA viene assicurata dall'Ufficio Formazione attraverso la pubblicazione dei singoli percorsi nel sito aziendale.

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



SEZIONE 4. MONITORAGGIO

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

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

- PIAO 2023/2025 (la cui declinazione degli obiettivi costituisce il "Piano Triennale della Performance 2023/2025") approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.4 del 27/01/2023 e aggiornato con deliberazione del C.d.A. n. 19 del 05/10/2023
- Piano attuativo - Budget 2023 approvato con provvedimento n.529 del 17/08/2023, modificato e integrato con provvedimento n.715 del 07/11/2023
- Obiettivi del management 2023 approvati con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.18 del 21/07/2023
- Relazione sulla Performance 2022 approvata con deliberazione n.15 del 30/06/2023
- Consuntivo del Piano attuativo – Budget 2022 approvato con provvedimento n.406 del 29/06/2023
- Consuntivo degli obiettivi del management 2022 approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 16 del 30/06/2023

Nel corso del 2021 l'Ente ha intrapreso l'iter finalizzato a legare la performance dell'ospedale a quella individuale in virtù del quale una parte degli indicatori degli obiettivi della performance individuale discende direttamente dagli obiettivi previsti a livello aziendale. Nel corso del 2022 tale metodo è stato predisposto per la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa e successivamente esteso agli altri profili nel corso del 2023.

ALLEGATI

Allegato 1 - Piano Triennale di razionalizzazione delle dotazioni strumentali

Allegato 2 - Piano triennale delle azioni positive – PTAP

Allegato 3 - Registro del rischio

Allegato 4 - Misure generali di prevenzione

Allegato 5 - Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 6 - Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA

Allegato 7 - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Allegato 8 - Piano formativo aziendale 2024

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



ACRONIMI

- AgID: Agenzia per l'Italia Digitale
- A.Li.Sa.: Azienda Sanitaria della Regione Liguria
- A.L.P.I.: Attività Libero Professionale Intramoenia
- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione
- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- BDNCP: Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici
- C4C: Collaboration for care
- CAD: Codice dell'Amministrazione Digitale
- CDA: Consiglio di Amministrazione
- CIE: Carta di Identità Elettronica
- CSE: cellule staminali ematopoietiche
- DDD: Daily Defined Dose – Dose Definita Die
- D.Lgs.: Decreto Legislativo
- DGR: Delibera Giunta Regionale
- DIA: Direzione Investigativa Antimafia
- DIAR: Dipartimenti Interaziendali Regionali
- DICOM: Digital Imaging and COMMUNICATIONS in Medicine
- Dip.to: Dipartimento
- DMT: Disease Management Team
- D.P.C.M.: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica
- ECM: Educazione continua in medicina
- EO: Ente Ospedaliero
- ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
- ESG: Environmental, Social, and corporate Governance
- FAD: Formazione a Distanza
- FSC: Formazione sul campo
- FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
- GDPR: General Data Protection Regulation
- HLA: Human Leukocyte Antigens
- IBMDR: Italian Bone Marrow Donor Registry
- IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- ISO: International Organization for Standardization
- ISTAT: Istituto nazionale di statistica
- LEA: Livelli Essenziali Assistenza
- MdS: Ministero della Salute
- MEF: Ministero dell'Economia e delle Finanze
- MOC: Mineralometria Ossea Computerizzata
- NGH: New Galliera Hospital
- NGS: Next Generation Sequencing
- OBI: Osservazione Breve Intensiva
- OO.SS.: Organizzazioni Sindacali
- PACS: Picture Archiving and Communication System
- PFA: Piano Formativo Aziendale
- PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- PNA: Piano Nazionale Anticorruzione
- PNC: Piano Nazionale Complementare
- PNGLA: Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa
- PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- POLA: Piano Organizzativo del Lavoro Agile
- PP.AA.: Pubbliche Amministrazioni
- PTA: Professionale Tecnico Amministrativo
- PTAP: Piano Triennale delle Azioni Positive
- PTPCT: Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- RPCT: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- RUP: Responsabile Unico del Procedimento
- SC: Struttura Complessa
- SNPA: Sistema Nazionale Protezione Ambiente
- SNPS: Sistema Nazionale Prevenzione Salute
- SPID: Sistema Pubblico di Identità Digitale.
- ss.mm.ii.: successive modifiche e integrazioni
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale
- SSR: Servizio Sanitario Regionale
- UE: Unione Europea
- U.P.D.: Ufficio Procedimenti Disciplinari