



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# PIAO 2023 - 2025

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE  
DELL'IRCCS OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**

APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 96 DEL 31.01.2023

## SOMMARIO

PREMESSA .....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA .....	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	8
Sottosezione 2.1 Valore Pubblico .....	8
2.1.1 Valore Pubblico .....	8
2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	8
Sottosezione 2.2 Obiettivi strategici e di Performance .....	14
2.2.1 Obiettivi strategici e di performance .....	14
2.2.3 Semplificazione e Digitalizzazione .....	21
2.2.4 Accessibilità fisica .....	22
2.2.5 Accessibilità digitale.....	23
2.2.6 Pari opportunità ed equilibrio di genere .....	24
Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	27
PARTE I - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	27
2.3.1 I Soggetti Coinvolti: Ruoli e Responsabilità .....	27
2.3.2 I Provvedimenti della Regione Liguria e il Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza .....	33
2.3.3. Analisi e impatto del contesto esterno e interno .....	34
2.3.4 Obiettivi Strategici su Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	37
2.3.5. Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio .....	40
2.3.6 Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio .....	43
2.3.7 Monitoraggio delle misure di prevenzione - Audit e controlli .....	50
PARTE II - TRASPARENZA E ACCESSIBILITA' TOTALE .....	53
2.3.8 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico.....	53
2.3.9 Obiettivi strategici .....	53
2.3.10 La Sezione "Amministrazione Trasparente" del Policlinico .....	54
2.3.11 Controlli e Responsabilità .....	57
Le responsabilità .....	57
CRONOPROGRAMMA .....	58
DISPOSIZIONI FINALI .....	59
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	61
Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa.....	61
3.1.1 Organigramma (descrizione modello organizzativo).....	61
Sottosezione 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile .....	64

3.2.1 Organizzazione del lavoro agile .....	64
3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2023/2025) .....	71
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	76
Sottosezione 3.4 Formazione del personale.....	83
3.4.1 La formazione delle risorse umane .....	83
3.4.2 Linee strategiche.....	84
3.4.3 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa .....	85
3.4.4 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2023/2025 .....	85
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	88
APPENDICI .....	90

## ACRONIMI

<b>PIAO</b>	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
<b>PNRR</b>	Azienda Regionale Sanitaria della Liguria
<b>A.Li.Sa</b>	Azienda Ligure Sanitaria
<b>ANAC</b>	Autorità Nazionale per l'Anticorruzione
<b>AgID</b>	Agenzia per l'Italia Digitale
<b>CCNL</b>	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
<b>CIS</b>	Contratto Istituzionale di Sviluppo
<b>CIV</b>	Consiglio di Indirizzo e Verifica
<b>CUG</b>	Comitato Unico di Garanzia
<b>DFP</b>	Dipartimento Funzione Pubblica
<b>DIP</b>	Documento di Indirizzo alla Progettazione
<b>DPCM</b>	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group
<b>DGR</b>	Delibera Giunta Regionale
<b>DPR</b>	Decreto Presidente della Repubblica
<b>DMT</b>	Disease Management Team
<b>ECM</b>	Educazione Continua in Medicina
<b>FAQ</b>	Frequently Asked Questions
<b>FTE</b>	Full Time Equivalent
<b>FAD</b>	Formazione a distanza
<b>GEP</b>	Gender Equality Plan
<b>ICT</b>	Information and Communication Technologies
<b>IRCCS POLICLINICO</b>	IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
<b>KPI</b>	Key Performance Indicators – Indicatori di Performance
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione della Performance
<b>OO.SS.</b>	Organizzazioni Sindacali
<b>PDTA</b>	Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
<b>PNA</b>	Piano Nazionale Anticorruzione
<b>PTPTI</b>	Piano triennale per la trasparenza e l'integrità
<b>PTPCT</b>	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
<b>PSR</b>	Piano Sanitario Regionale
<b>RAF</b>	Referenti Aziendali Formazione
<b>ROF</b>	Regolamento di Organizzazione e Funzionamento
<b>RPCT</b>	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
<b>RPD</b>	Responsabile della Protezione dei Dati
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>RPC</b>	Responsabile Prevenzione Corruzione
<b>PFA</b>	Piano formativo Aziendale

## PREMESSA

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

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

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

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

Ha durata triennale ed è chiamato a definire più profili: obiettivi della performance; gestione del capitale umano; sviluppo organizzativo; obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne; trasparenza ed anti-corruzione; pianificazione delle attività; individuazione delle procedure da semplificare; accesso fisico e digitale; parità di genere.

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto inoltre l'emanazione di ulteriori provvedimenti / decreti attuativi finalizzati anche all'abrogazione/integrazione di normative vigenti in sovrapposizione con il PIAO che fanno parte di un processo di delegificazione e semplificazione per le PA.

Successivamente, con Decreto 30 giugno 2022, n. 132 il Dipartimento della Funzione pubblica ha definito i contenuti e lo schema tipo del PIAO.

La Regione Liguria in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi e delle linee guida nazionali ha a suo tempo definito i seguenti indirizzi destinati alle Aziende Sanitarie per la prima predisposizione del PIAO:

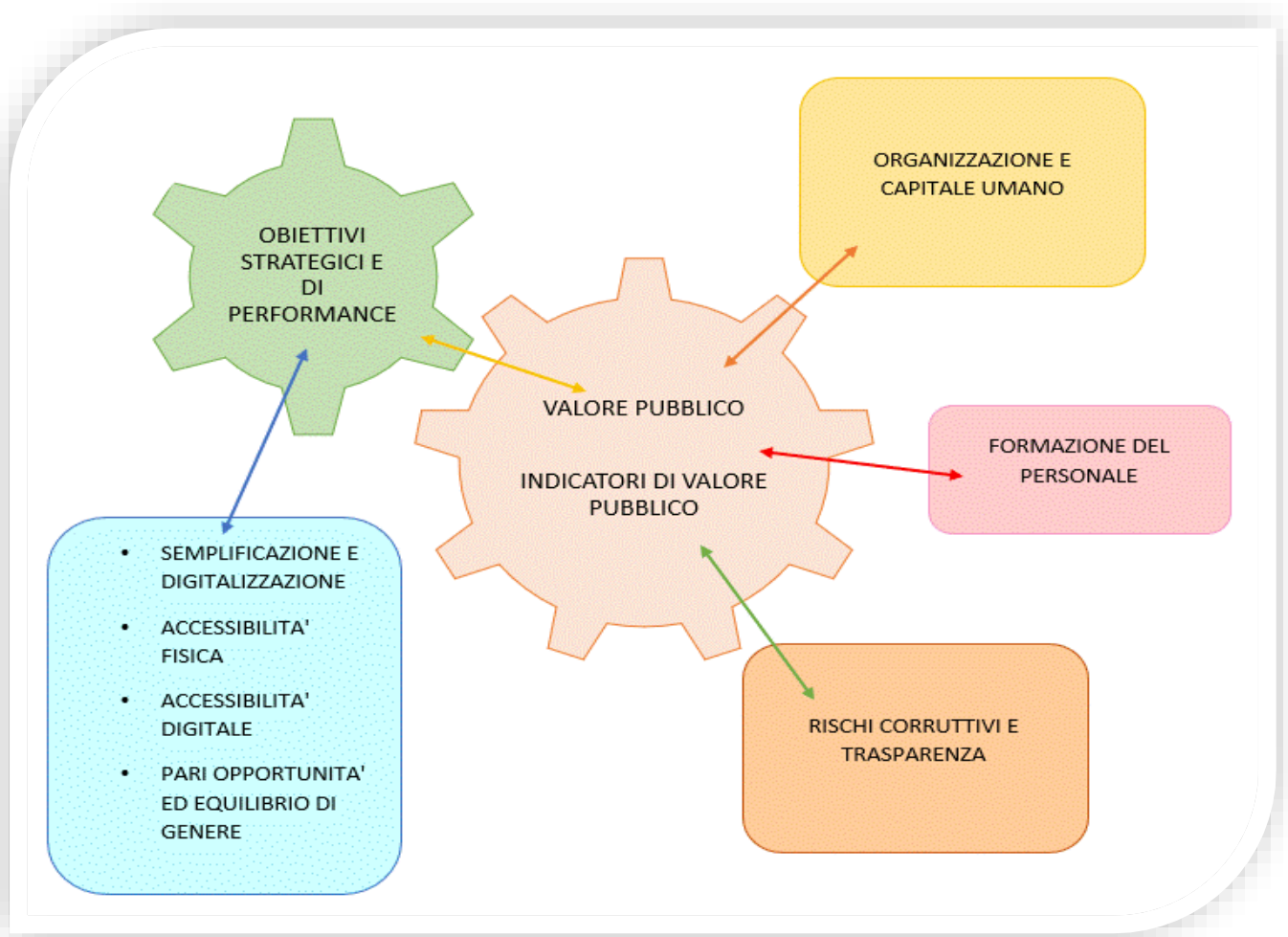
- privilegiare la valenza strategica del Piano.
- individuare indicatori di valore pubblico di impatto/*outcome* che abbiano immediata rilevanza per i cittadini/utenti e che siano oggetto di misurazione da parte di fonti attendibili, periodiche e verificabili.
- privilegiare indicatori di impatto che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

Conseguentemente, con deliberazione n. 1059 del 30 giugno 2022 il Policlinico ha approvato il Piano di Attività e Organizzazione per il triennio 2022 – 2024.

***Il presente documento costituisce l'aggiornamento per il triennio 2023 – 2025 del suddetto documento e illustra il percorso di miglioramento svolto nel corso del periodo di attuazione del PIAO 2022 – 2024 oltre agli obiettivi e le azioni programmate per il prossimo triennio.***

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione	IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
Sede	L.go Rosanna Benzi, 10 – 16132 Genova
Codice Fiscale / P. IVA	02060250996
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico di diritto pubblico Azienda Ospedaliera convenzionata con l'Università degli Studi di Genova –
Organi di vertice  Direttore Generale f.f. Direttore Amministrativo Direttore Sanitario f.f. Direttore Scientifico	Dott. Giovanni Orengo Dott. Fabrizio Figallo Dott.ssa Alessandra Morando Dott. Antonio Uccelli
Dipartimenti	1 Dipartimento dell'Area di Staff 11 Dipartimenti ad attività integrata
Personale	Dipendenti a tempo indeterminato al 31 dicembre 2021: 4.489 Dipendenti a tempo determinato al 31 dicembre 2021: 324
Strutture convenzionate dell'Università di Genova	41
Personale Universitario convenzionato	Universitari convenzionati di ruolo al 31.12.2021: 167 Universitari convenzionati incaricati al 31.12.2021: 43
Sito web	<a href="http://www.ospedalesanmartino.it">www.ospedalesanmartino.it</a>
PEC	<a href="mailto:protocollo@pec.hsanmartino.it">protocollo@pec.hsanmartino.it</a>
URP	<a href="mailto:urp@hsanmartino.it">urp@hsanmartino.it</a>





**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **SOTTOSEZIONE 2.1 VALORE PUBBLICO**



## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Sottosezione 2.1 Valore Pubblico

#### 2.1.1 Valore Pubblico

In questa Sezione del PIAO, l'Amministrazione evidenzia come una selezione delle politiche dell'Ente si traduce in termini di obiettivi di Valore Pubblico. In questo ambito, sulla base della programmazione strategica, si definiscono gli obiettivi programmati e che costituiscono il Piano della Performance 2022 – 2024.

Sono inoltre indicati gli interventi con i quali il Policlinico concorre ai progetti previsti dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione M6 - Salute)

#### 2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

In tale contesto si inserisce altresì la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR.

Tra le missioni individuate dal PNRR vi è la missione **M6 “Salute”** che stanziava complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo Complementare) con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Tale missione prevede, in base alle strategie condivise a livello regionale interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali, interventi relativi alle infrastrutture e progetti di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri tra i quali: l'aggiornamento tecnologico completo del sistema clinico gestionale della medicina trasfusionale con l'introduzione di processi automatizzati di gestione degli emocomponenti, l'introduzione di soluzioni di *digital pathology*, l'aggiornamento dei sistemi di analisi dei dati clinici (dashboard e reporting), gli aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico con l'adozione dello standard FIHR e sistemi di validazione dei dati strutturati. Si evidenzia, in oggi, l'estrema difficoltà nell'avviamento delle progettualità summenzionate a seguito della complessità gestionale ed operativa determinata dalle politiche decisionali e di attuazione della componente (il cui soggetto attuatore delegato è A.Li.Sa.), oltre che della scarsa chiarezza procedurale della linea specifica della Missione 6 Componente 2 da parte del Ministero competente: per tale ragione non è stato possibile sia da parte di A.Li.Sa che del tavolo tecnico all'uopo costituito di avviare l'attività fatta salva la stesura delle specifiche del progetto di aggiornamento del sistema clinico gestionale della medicina trasfusionale.

Nel novero dei finanziamenti previsti, in qualità di IRCCS ed in condivisione con l'IRCCS Gaslini, va evidenziata anche l'acquisizione di infrastrutture e soluzioni software finalizzate alla medicina di precisione, ed in particolare alla costituzione di un Centro di medicina computazionale. Tali attività di programmazione e pianificazione, che subiscono le stesse problematiche sopra esposte in relazione all'attuabilità degli interventi, sono state previste dai seguenti provvedimenti:

- DGR 72 del 07 02 2022 “Indirizzi relativi al programma degli investimenti PNRR edilizia sanitaria e di digitalizzazione dei servizi ospedalieri”
- Deliberazione 273 del 22 02 2022 del Policlinico “Programmazione degli investimenti per il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) concernenti la missione numero 6 C2”
- DGR 169 del 08 03 2022 “PNRR Missione 6 - PROGRAMMA INTERVENTI M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica

- DGR 350 del 21 04 2022 “PNRR - MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR)”
- DGR 411 del 11 05 2022 “Preso d’atto del verbale del Comitato di indirizzo del Fondo strategico regionale del 6 maggio 2022 (Sezione investimenti infrastrutturali pubblici). Determinazioni conseguenti”

Inoltre, nell’ambito della succitata missione M6 salute, è previsto l’investimento 1.2 **“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”** afferente interventi di adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere.

In tale ambito, il Policlinico con deliberazione n. 271 del 22/02/2022 ha confermato il fabbisogno degli interventi di adeguamento antisismico afferenti la Missione M6C2 (Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), Investimento 1.2 (Verso un ospedale sicuro e sostenibile), con riferimento agli interventi ed agli importi di seguito riportati:

Cod. az.	Intervento	COSTO INTERVENTO
976	PADIGLIONE B	€ 859.680,00
977	PADIGLIONE 13	€ 1.207.500,00
978	PADIGLIONE SPECIALITA’	€ 3.960.000,00
979	PADIGLIONE MONOBLOCCO	€ 8.265.320,00

Con successiva deliberazione n. 896 del 30/05/2022 il Policlinico ha approvato i Documenti di Indirizzo alla Progettazione (DIP) redatti ai sensi dell’art. 23 del D.Lgs. 50/2016 e la stima complessiva dei costi degli interventi di cui sopra, dando, altresì, atto che l’affidamento dei relativi appalti restasse subordinato al perfezionamento del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) da parte di Regione Liguria.

### 2.1.3 Obiettivi e Indicatori di Valore Pubblico

Il punto di partenza della pianificazione strategica dell’Ospedale Policlinico San Martino - Irccs sono gli obiettivi di indirizzo definiti dal Piano Sanitario Regionale e dagli indirizzi strategici regionali declinati annualmente quali obiettivi assegnati al Policlinico. La direzione generale, in coerenza con tale contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali. Le strategie si palesano in piani ed obiettivi operativi attraverso il processo di budget, come di seguito si riporta.

Obiettivi strategici	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target
				numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione	
Garantire l'equità di accesso alle prestazioni	Erogare le prestazioni entro i limiti previsti per la specifica classe di priorità	Percentuale di ricoveri con accettazione compresa entro i limiti previsti per la classe di priorità suddivisa per area di attività: core oncologico, core neuroscienze, altri DRG compresi nelle tre classi ministeriali di complessità	Flusso SDO	Numero di ricoveri con delta data ingresso/data inserimento in lista di attesa compreso entro il limite specifico per priorità	Totale ricoveri con priorità e data inserimento in lista di attesa	Ricoveri area oncologica, neuroscienze, altri DRG chirurgici delle classi ministeriali 1,2,3; classi di priorità		>=90%
		Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo livello erogate entro i limiti previsti per la classe di priorità	Flusso Speciali-stica Ambulatoriale	Numero di prestazioni di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	Totale prestazioni di secondo livello	Classi di priorità		>=90%
		Tempo medio di permanenza in lista di attesa di ricovero per classe di priorità	Liste di attesa	Totale giornate trascorse dalla data di inserimento in lista di attesa di ricovero	Totale pazienti inseriti in lista di attesa di ricovero	Classi di priorità		Entro i limiti della classe
Massimizzare l'efficienza allocativa delle risorse	Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto	Tasso di occupazione	Applicativo ADT	Totale giornate di degenza prodotte	Totale giornate di degenza disponibili al tasso di occupazione del 100%	Area funzionale omogenea (AFO)		>=90%
		Degenza media standardizzata per la casistica	Flusso SDO	Totale giornate di degenza	Numero di ricoveri		Standardizzazione diretta sulla casistica regionale	<=10gg
		Coefficiente di variazione della durata di degenza stratificato per DRG	Flusso SDO	Deviazione standard della durata di degenza	Degenza media grezza			<=0,75
		Rapporto tra il numero di DRG di cui all'allegato 6A del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza e il numero degli altri DRG erogati in regime di ricovero ordinario.	Flusso SDO	Numero di DRG ex allegato 6A in regime ordinario	Numero di DRG non ricompresi nell'allegato 6A in regime ordinario.			<=0,20
		Percentuale di ricoveri diagnostici a ciclo diurno	Flusso SDO	Numero di ricoveri diurni non chirurgici senza procedure terapeutiche	Totale ricoveri diurni non chirurgici			0%
	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Tasso di occupazione della sala con tempo paziente	Registro di sala operatoria	Totale dei tempi paziente	Totale dei tempi di seduta operatoria			>=90%
		Coefficiente di variazione dei tempi paziente e dei tempi chirurgici stratificato per procedura	Registro di sala operatoria	Deviazione standard dei tempi paziente/tempi chirurgici	Media dei tempi paziente/tempi chirurgici	Gruppi di procedure chirurgiche ex PNE; equipe chirurgiche; primi operatori		<=0,75
Ottimizzazione dei principali fattori produttivi	Costo per unità di prodotto in regime di ricovero (1000 €) in Risorse Umane, Farmaci, Dispositivi, Diagnostica per Immagini, Diagnostica di Laboratorio, stratificato per disciplina	Contabilità analitica, Applicativo ADT, Applicativo prestazioni intermedie	Totale costi per fattore produttivo utilizzato per l'attività di ricovero	Totale valorizzazione DRG	Disciplina		<=1.000 €	

Obiettivi strategici	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target
				numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione	
Focalizzare l'attività sulla mission del Policlinico	Incremento della capacità produttiva nell'alta complessità e nelle aree core dell'IRCCS	Peso medio dei DRG stratificato per disciplina e regime di ricovero	Flusso SDO	Totale pesi DRG	Numero ricoveri	Disciplina; regime di ricovero		In incremento
		Rapporto tra numero ricoveri di alta e bassa complessità (fasce di Regione Liguria) per area di attività: oncologia, neuroscienze, cardiovascolare	Flusso SDO	Numero di ricoveri con DRG ricompreso nelle due fasce maggiori di complessità	Numero di ricoveri con DRG ricompreso nelle due fasce minori di complessità	Ricoveri area oncologica, neuroscienze, cardiovascolare		In incremento
		Rapporto tra prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo e primo livello nelle categorie: visite specialistiche, diagnostica per immagini.	Flusso Specialistica Ambulatoriale	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo livello	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo livello	Visite specialistiche, diagnostica per immagini.		In incremento
Assicurare l'appropriatezza clinico-organizzativa delle prestazioni	Concentrazione della casistica nelle strutture di specifica competenza	Indice di dispersione della casistica tra le unità operative stratificato per aree di attività: oncologia, neuroscienze, cardiovascolare	Flusso SDO	Deviazione standard del numero di casi trattati per unità operativa	Numero medio di casi trattati per unità operativa	Gruppi di neoplasie per categoria ICD9-CM, area neuroscienze, area cardiovascolare		<=0,33
	Garantire il rispetto dei percorsi clinici (PDTA)	Percentuale di adesione dei percorsi osservati nei confronti dei rispettivi PDTA.	Flusso SDO, Specialistica Ambulatoriale, Applicativo gestione DMT	Numero di percorsi aderenti al PDTA	Totale percorsi monitorati	Settori di chirurgia oncologica ex PNE		>=90%
	Assicurare un adeguato livello di skill professionali	Distribuzione del caseload dei professionisti nei principali settori della chirurgia oncologica oggetto di valutazione da parte del PNE.	Registro di sala operatoria	Numero di chirurghi nel ruolo di primo operatore che copre il 90% delle procedure effettuate	Totale numero chirurghi che effettuano le procedure come primo operatore	Settori di chirurgia oncologica ex PNE		>=90%
Monitorare gli outcome ed assicurare elevati standard di qualità	Verifica e miglioramento dell'incidenza di trattamenti ripetuti	Percentuale di interventi ripetuti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni per la chirurgia oncologica	Registro di sala operatoria	Numero di interventi ripetuti nel ricovero indice e entro 30, 60 e 90 giorni	Numero totale interventi	Gruppi di procedure chirurgiche oncologiche ex PNE		<=5%
		Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro 30, 60, 90 giorni.	Flusso SDO	Numero di ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro 30, 60 e 90 giorni	Numero totale dimessi	Disciplina		<=5%
	Verifica e miglioramento degli esiti	Tasso di mortalità nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni a seguito di interventi di chirurgia oncologica.	Flusso SDO, Anagrafica dei residenti	Numero decessi nel ricovero indice e entro 30, 60 e 90 giorni.	Numero totale dimessi	Gruppi di procedure chirurgiche oncologiche ex PNE		In riduzione
		Percentuale di sopravvivenza a 5 anni per patologia oncologica	Flusso SDO, Anagrafica dei residenti	Numero di pazienti in vita a 5 anni	Numero totale pazienti diagnosticati	Gruppi di neoplasie per categoria ICD9-CM		In incremento

Obiettivi strategici	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target
				numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione	
Monitorare l'attività di ricerca ed assicurarne elevati standard di qualità	Volumi di attività	Trend triennale volume economico fondi finalizzati	Database aziendale della ricerca	Totale importi fondi finalizzati nel triennio aa1-aa3	Totale importi fondi finalizzati nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>=1
		Trend annuale numero sperimentazioni cliniche	Database aziendale della ricerca	Numero sperimentazioni cliniche attive nell'anno	Numero sperimentazioni cliniche attive nell'anno precedente	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>1
		Trend annuale numero pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche	Database aziendale della ricerca	Numero pazienti arruolati nell'anno	Numero pazienti arruolati nell'anno precedente	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>1
	Qualità della produzione	Trend triennale numero di pubblicazioni con Impact Factor (IF)	Database aziendale della ricerca	Numero pubblicazioni con IF nel triennio aa1-aa3	Numero pubblicazioni con IF nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>=1
		Trend triennale totale punti di Impact Factor normalizzato (IFn)	Database aziendale della ricerca	Totale punti di IFn nel triennio aa1-aa3	Totale punti di IFn nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>=1



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **SOTTOSEZIONE 2.2 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE**

## Sottosezione 2.2 Obiettivi strategici e di Performance

### 2.2.1 Obiettivi strategici e di performance

Gli obiettivi di performance dell'attività assistenziale discendono dal D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2017, dal D.M. 70 del 2017, dal documento di Regione Liguria DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AD AZIENDE/ENTI SSR 2022 nonché dai progetti di miglioramento e sviluppo del Policlinico.

L'art. 6 del DL 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi definiti dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/20098, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

**La presente sottosezione sostituisce quindi il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009.**

Essi si possono raggruppare in 6 aree: equità di accesso, efficienza operativa nell'utilizzo delle risorse, implementazione della mission del policlinico, appropriatezza delle prestazioni, qualità dell'outcome, qualità della ricerca. Le 6 aree sono strettamente integrate e necessitano pertanto di un sistema multidimensionale di monitoraggio e valutazione nel quale non solamente un unico aspetto viene affrontato misurando più parametri ma spesso un singolo parametro contribuisce alla valutazione di più obiettivi. Il sistema di monitoraggio e valutazione è in pratica un algoritmo a matrice nel quale è indispensabile mantenere sempre una visione di insieme. La suddivisione degli indicatori per aree ed obiettivi rappresentata nella tabella al punto 2.1.3 ha pertanto un mero significato di nomenclatura.

#### **Equità di accesso**

##### *Il governo delle liste di attesa e la costituzione delle liste operatorie*

L'attuale modello organizzativo vede il Direttore della Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale Chirurgica come unico responsabile della corretta applicazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021.

L'occasione derivante dalla apertura del nuovo Blocco Operatorio ha permesso al Policlinico di appropriarsi di un processo che deve essere governato nella sua globalità: a partire dalla candidatura del paziente all'offerta chirurgica, alla gestione dell'unica Lista di Attesa chirurgica per arrivare alla definizione delle Liste Operatorie che, almeno in una prima fase, dovranno essere realizzate per il nuovo blocco e che a regime si dovranno articolare su tutte le sale dell'IRCCS.

Occorre infatti passare da un'offerta chirurgica molto articolata e spesso ridondante perché gestita da singole UU.OO. ad un approccio che tenga conto non solamente delle potenzialità di offerta della singola U.O. ma delle possibilità generali di offerta dell'Istituto. Non è possibile infatti che a parità di condizione clinica e di presentazione in Lista un cittadino che si rivolge a una Struttura chirurgica sia penalizzato rispetto a un altro cittadino che si rivolge ad un'altra struttura chirurgica del Policlinico solo per differenze nelle modalità clinico organizzativo fra due strutture.

La centralizzazione prevede ovviamente l'utilizzo di un'unica procedura informatica, di un tracciato record ben definito che contenga anche informazioni strutturate sulla diagnosi e sulle procedure previste, utilizzando cioè la codifica internazionale ICD9CM e/o suoi raggruppamenti omogenei nonché un organismo

terzo rispetto alle strutture cliniche per la supervisione delle liste. E' stato a tal fine costituito il Gruppo Operativo Percorso Operatorio, multidisciplinare, per la migliore definizione delle procedure e la gestione ed il monitoraggio in corso d'opera.

Accanto alla valutazione sul rispetto dei tempi di attesa previsti per ogni classe di priorità la disponibilità delle informazioni su supporto elettronico consentirà altresì un attivo monitoraggio da parte del Gruppo Operativo, sia in tempo reale sia ex post degli obiettivi di concentrazione della casistica e della coerenza tra le performance chirurgiche attese e quelle osservate.

Relativamente a questo settore è operativo da alcuni mesi un report interattivo che consente il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa per ricoveri stratificabile per le diverse aree (tipo di trattamento, settore nosologico, tipo di ricovero, priorità, ecc..)

## **Efficienza operativa nell'utilizzo delle risorse**

### *L'utilizzo dei posti letto*

Il corretto utilizzo dei posti letto si basa essenzialmente su due fattori: i tempi di processo, che il Policlinico valuta sia in termini di durata che di variabilità espressione quest'ultima anche della standardizzazione dei percorsi, e l'appropriatezza clinico-organizzativa delle prestazioni erogate in regime di ricovero. Entrambi gli aspetti rappresentano un esempio di quell'approccio integrato sopra descritto per il quale il Policlinico ha costituito un sistema multidimensionale di indicatori. Da tempo il Policlinico persegue obiettivi di appropriatezza per il ricorso al regime di ricovero ordinario nell'erogazione delle prestazioni basandosi sia sull'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriately allegato ai Decreti sui Livelli Essenziali di Assistenza succedutisi nel tempo sia sulla stadiazione per severità di paziente degli episodi di ricovero. Viene inoltre presa in considerazione la durata della degenza con focus sui ricoveri di 0/1 giorno (esclusi gli episodi che hanno sostituito la oneday-surgery) e sui ricoveri brevi di 2-3 giorni nonché la variabilità della stessa espressa come coefficiente di variazione standardizzato per la casistica.

Inoltre dal 2010 sono attivi nel Policlinico i pacchetti di Day Service Ambulatoriali (DSA) che hanno quasi completamente sostituito il ricovero diurno medico diagnostico. L'obiettivo per il triennio è quello di portare ad esaurimento tale sostituzione. Non appena verrà costituita una apposita tariffa per la somministrazione di farmaci chemioterapici per via endovenosa si potrà altresì provvedere a sostituire progressivamente con DSA tutti gli episodi di ricovero diurno terapeutico che producono attualmente l'89% di tutti gli accessi di DH medico.

Per quanto riguarda il ricovero diurno chirurgico la oneday-surgery, di per sé anomala, è stata da tempo sostituita dal ricovero chirurgico ordinario di 1 giorno nei casi ad elevato rischio postoperatorio. Il Policlinico ha inoltre progressivamente trasferito in regime ambulatoriale le procedure indicate dalle DGR 1222/2011 e 1528/2011 ed assegna di conseguenza specifici obiettivi alle strutture che producono tali prestazioni.

La durata della degenza rappresenta inoltre un fattore critico per la sostenibilità di corretti percorsi diagnostico-terapeutici nell'ambito del regime di ricovero ordinario e molti fattori contribuiscono a determinarla, alcuni a gestione diretta del Policlinico (standardizzazione dei processi, rapidità di esecuzione della diagnostica intermedia) altri governabili solamente a livello interaziendale o regionale (ricettività del territorio nei confronti dei pazienti fragili con polimorbilità).

Annualmente viene assegnato ad ogni struttura un obiettivo di contenimento entro certi limiti dei tempi medi di degenza, standardizzato per tipologia di casistica sia sulla popolazione dei ricoveri del Policlinico che su quella regionale.



Il secondo aspetto valutato è rappresentato dai tempi di degenza preoperatori il cui valore atteso è ricompreso tra 0 e 1 per i casi chirurgici in elezione.

Lo stesso strumento interattivo applicato al monitoraggio dei tempi di attesa consente una puntuale valutazione dell'utilizzo dei posti letto così come delle sale operatorie che rappresentano il successivo capitolo della performance.

#### L'utilizzo delle sale operatorie

Il corretto utilizzo della sala operatoria rappresenta un aspetto particolarmente delicato ed è ben lungi dall'essere valutabile solamente con il tasso di occupazione della seduta con il "tempo paziente"; il Policlinico intende migliorare i tempi operatori valutandone la variabilità a parità di procedura e l'appropriatezza clinica tramite la misurazione dei *case-load* individuali e di struttura. E' questo un altro esempio di aree che si intersecano nella produzione di valore pubblico (elevato *case-load* = migliore organizzazione, ottimizzazione delle risorse, migliori risultati clinici).

Vengono analizzati periodicamente i *caseload* di struttura e di chirurgo per le tipologie di intervento codificate dal PNE nonché i tempi operatori e ne viene studiata la distribuzione e la variabilità.

Alcuni indici non parametrici di posizione dei tempi (mediana, terzo quartile) vengono utilizzati dal nuovo modello di gestione delle liste operatorie; all'interno del blocco è previsto un sistema di monitoraggio in tempo reale, tramite appositi dashboard, dell'andamento di ogni intervento nelle diverse sale e del rispetto degli standard di tempo previsti; ciò consentirà, oltre agli audit ex post, anche una migliore gestione dell'attività quotidiana del blocco.

Accanto alla stima dei tempi standard per gruppo di procedure viene valutata anche la variabilità dei tempi osservati: variabilità tra strutture, variabilità tra operatori e variabilità intraoperatore. L'analisi di questo fenomeno, accanto ai dati di letteratura sull'associazione positiva tra *caseload* e qualità del risultato, è una delle motivazioni per il progetto di concentrazione della casistica per equipe.

#### L'utilizzo dei fattori produttivi

L'indicatore proposto ha il duplice scopo di analizzare l'utilizzo di fattori produttivi a parità di rendicontazione economica tra le varie discipline e di verificare l'adeguatezza del sistema tariffario in vigore nella copertura dei costi dell'assistenza. E' solo l'ultimo punto di un complesso sistema di valutazione dell'efficienza allocativa delle risorse i cui punti di forza sono costituiti dall'analisi dei costi basata sulle attività (activity based costing). Il tutto mira alla standardizzazione dei processi produttivi tramite la metodica del miglioramento continuo.

Per quanto riguarda i carichi di lavoro lo strumento utilizzato dal Policlinico da circa 10 anni è quello delle matrici organizzative delle singole strutture che dal 2022 vengono sviluppate in maniera integrata per le varie figure professionali. In esse vengono individuate le attività della struttura, le FTE (unità equivalenti a tempo pieno) di personale dirigente ad esse dedicato in ogni giornata o frazione di giornata, il numero di giornate settimanali caratterizzate da quella attività e le settimane/anno di apertura. Da ciò discende direttamente la necessità di personale atteso ed il confronto con il dato dei presenti (osservato) consente una precisa valutazione sugli eventuali interventi correttivi da apportare

Anche la diagnostica costituisce un fattore produttivo rilevante per l'attività di ricovero. La corretta gestione delle cosiddette prestazioni diagnostiche intermedie attiene sia ad un efficiente utilizzo delle risorse, sia all'efficacia del percorso diagnostico, sia all'omogeneità dei trattamenti. Inoltre, se appropriata, contribuisce

a ridurre i tempi di esecuzione e refertazione delle stesse con ricaduta sui tempi di degenza come sopra descritto.

Il Policlinico misura da tempo il consumo di risorse diagnostiche per unità di prodotto stratificata per analisi di laboratorio, diagnostica per immagini e medicina nucleare e annualmente queste informazioni vengono utilizzate per inserire obiettivi specifici nelle schede di budget di ciascuna struttura.

Il tempo di esecuzione delle prestazioni intermedie, in particolare quelle di diagnostica per immagini e di anatomia patologica, è un fattore critico sia per la durata della degenza come sopra ricordato, sia per il rispetto dei tempi massimi di percorso tra il sospetto diagnostico ed il trattamento, in generale ma soprattutto per le patologie neoplastiche per le quali sono noti ormai gli standard internazionali di qualità del risultato. Anche per questo aspetto sono stabiliti obiettivi specifici assegnati alle singole strutture

### **Implementazione della mission del Policlinico**

Il Policlinico mira alla concentrazione della propria attività sulla casistica di maggiore complessità in particolare nelle aree “core” dell'IRCCS e nel settore cardiovascolare. Ciò al fine di costituire un punto di riferimento in queste aree per tutti i residenti liguri, ridurre pertanto la mobilità passiva verso altre Regioni ed incrementare parallelamente la capacità attrattiva. Anche in questo caso alcuni aspetti di equità di accesso (tempi di attesa contenuti), di appropriatezza clinica e organizzativa (efficienza di processo e caseload adeguati) e di qualità dell'outcome e della ricerca sono essenziali a ribadire il concetto di multidimensionalità più volte citato.

### **Appropriatezza delle prestazioni**

#### *Il caseload chirurgico*

Il Policlinico persegue l'obiettivo della concentrazione della casistica ai fini della qualità e dell'efficacia del trattamento ma anche in quanto strumento per il miglioramento dell'efficienza.

E' già stato fissato il caseload minimo per primo chirurgo relativamente agli interventi per neoplasia della mammella e l'apertura del nuovo blocco operatorio, con 10 sale di nuova costruzione tra cui una ibrida e una dedicata alla robotica e 4 sale completamente ristrutturata, è stata l'occasione per estendere tale criterio anche ad altre aree della chirurgia generale: interventi sull'esofago, sullo stomaco, biliopancreatici, sul fegato, sul colon-retto, sulla parete addominale. Per questi settori nosologici, oltre che per le chirurgie specialistiche che opereranno nel nuovo blocco, verranno altresì individuate sale specifiche da utilizzare così da uniformare lo skill dei chirurghi a quello di tutta l'equipe operatoria.

A tale scopo è già stata effettuata una analisi dei tempi di sala ed una classificazione omogenea dei codici di procedura utilizzati, unitamente alla consistenza delle liste di attesa, ai fini della pianificazione del fabbisogno di sedute.

#### *L'attività dei DMT (Disease Management Team)*

Si tratta, come noto, di una metodologia basata sull'approccio integrato alla malattia, con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici e la qualità dei servizi offerti all'utente, anche nell'ottica di una razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Si basa sull'analisi clinica ed economica del percorso del paziente (PDTA), finalizzata all'individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti all'utente, nonché ad ottimizzare i costi complessivi. Il Disease Management Team si pone anche come supporto alla continuità delle cure, all'appropriatezza, alla verifica dei risultati e dei costi. Il DMT trova un'applicazione naturale per le patologie complesse in relazione alla molteplicità delle discipline professionali coinvolte ed alla complessità del malato. A titolo esemplificativo, il

DMT determina i possibili percorsi terapeutici del malato oncologico dalla sua presa in carico presso il Policlinico fino a tutte le evoluzioni cliniche della patologia.

Punti essenziali possono essere considerati:

- ✚ L'approccio integrato alla malattia
- ✚ La conoscenza aggiornata della malattia e delle disponibilità diagnostiche e terapeutiche basate su evidenza scientifica (Evidence Based Medicine)
- ✚ Il sistema di raccolta delle informazioni
- ✚ La metodologia per garantire il Miglioramento Continuo della Qualità.

La metodologia del Disease Management Team, di per sé applicabile a tutti i campi della Medicina, trova soluzioni particolari nell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, in considerazione delle opportunità e degli obblighi derivanti dal riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina Oncologia e per quella delle Neuroscienze. Il Disease Management Team è infatti orientato – oltre che alle finalità generali sopra menzionate – all'applicazione di Linee, Programmi e Progetti di Ricerca Clinica e Traslazionale in atto nel Policlinico.

I DMT costituiscono specifici Gruppi di Lavoro includenti esperti della patologia eventualmente anche tra i non componenti del DMT), rappresentanti delle professioni non-mediche, per gli aspetti di competenza. I Gruppi di Lavoro effettuano l'analisi della situazione esistente e delle evidenze cliniche in letteratura e provvedono ad evidenziare un percorso ideale ed un percorso di riferimento. Il percorso include i protocolli di Ricerca Clinica e Traslazionale approvati ed in corso, che vengono definiti Protocolli Comuni. Tali Protocolli rappresentano anche strumento operativo della Ricerca nei Reparti Clinici, aggregando le Strutture intorno a scelte unitarie su progetti e programmi e riducendo la variabilità e i difetti di congruità degli interventi.

### **Qualità dell'outcome**

La Regione Liguria è stata la prima, nel 2007, ad adottare come strumento di valutazione della performance il modello sviluppato dal Laboratorio MES in uso in Regione Toscana. Alcuni anni dopo dall'allora Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino venne proposto al Laboratorio di effettuare un focus sulle Aziende Ospedaliere Universitarie che prosegue tutt'ora.

Il Policlinico monitora puntualmente l'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera valutati dal MES ritenendo che il benchmarking costituito da un network di 13 Regioni costituisca un punto di riferimento significativo.

Il monitoraggio degli indicatori del Programma Nazionale Esiti, sia sui dati consolidati pubblicati sia sui dati grezzi a disposizione del Policlinico, costituisce la base per gli interventi di audit sulla documentazione e sull'efficacia delle prestazioni di ricovero con particolare riguardo all'area della chirurgia oncologica e all'area cardiovascolare. Di anno in anno alcuni indicatori di particolare rilievo o con eventuali criticità costituiscono la base per l'assegnazione degli obiettivi specifici di struttura nella scheda di budget.

A partire da questi due modelli sono stati sviluppati gli indicatori dell'area di misurazione dell'outcome e, in particolare per l'area oncologica, un report di monitoraggio degli esiti che fa parte di quel sistema interattivo già citato per le altre aree; il sistema, personalizzabile, consente di navigare tra i dati di volumi, necessità di trattamento ripetuto e sopravvivenza in varie fasi post-trattamento (30- 60-90 gg, 6 -12- 4 mesi e 5 anni) stratificabile per area nosologica, periodo, struttura erogante.

A titolo esemplificativo, si riporta di seguito una scheda di valutazione bilanciata BSC.

AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	DIRIGENZA	COORDINAMENTO	PROF_SAN	ATTESO	P_AREA	P_OBIETTIVO	P_INDICATORE
RISORSE	MANTENIMENTO DEI COSTI ENTRO IL BUDGET ASSEGNATO	scostamento percentuale del consegnato rispetto al budget assegnato: livello di unità operativa	0,7	0,2	0,1	<=0%	20	40	100
	ADEGUATA FRUIZIONE DELLE FERIE	percentuale di ferie non godute sul totale dell'anno	0,5	0,5	0,0	<=15%	20	30	100
	CORRETTA GESTIONE DEL MONTE ORE	% personale con ore a debito fine anno >10	0,0	0,4	0,6	<=15%	20	30	50
	CORRETTA GESTIONE DEL MONTE ORE	% personale con ore a credito fine anno >100	0,0	0,4	0,6	<=4%	20	30	50
ATTIVITA'	MANTENIMENTO VOLUMI DI PRESTAZIONI	recupero volumi prestazioni di ricovero	1,0	0,0	0,0	vedi scheda	20	30	50
	MANTENIMENTO VOLUMI DI PRESTAZIONI	recupero volumi prestazioni ambulatoriali	1,0	0,0	0,0	vedi scheda	20	30	50
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO	prevalenza percentuale di DH medici diagnostici	1,0	0,0	0,0	0%	20	30	40
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO	prevalenza percentuale di episodi di day surgery per le procedure di cui alle DGR 1222/2011 e 1528/2011	1,0	0,0	0,0	0%	20	30	40
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO	prevalenza percentuale di DRG a rischio di inappropriata di cui all'allegato al DPCM sui LEA	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO	20	30	20
	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA	degenza media ricoveri ordinari per acuti >1gg con DRG medico	1,0	0,0	0,0	vedi scheda specifica	20	20	100
	RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI INTERMEDIE	percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti (la ripartizione delle responsabilità è differenziata tra consulenze/altre prestazioni)	1,0/0,6	0,0/0,2	0,0/0,2	>=80%	20	20	100
ORGANIZZAZIONE	CORRETTO UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE	percentuale di sedute con ingresso paziente in sala entro le ore 8:00	0,7	0,2	0,1	>=80%	20	15	100
	CORRETTO UTILIZZO DEI POSTI LETTO	aderenza al calendario di assegnazione ppil per l'urgenza da PS	1,0	0,0	0,0	100%	20	15	100
	CORRETTO UTILIZZO DEGLI AMBULATORI	percentuale di prestazioni ambulatoriali di secondo livello erogate entro i tempi di attesa previsti	1,0	0,0	0,0	>=90%	20	30	50
	CORRETTO UTILIZZO DEGLI AMBULATORI	percentuale di copertura con attività del tempo di utilizzo dichiarato in matrice	0,8	0,1	0,1	>=90%	20	30	50
	RISPETTO DEI TEMPI DI RENDICONTAZIONE DEI RICOVERI	percentuale di SDO correttamente compilate entro i termini previsti	1,0	0,0	0,0	100%	20	40	100
QUALITA', SICUREZZA E CONTROLLO DEL RISCHIO	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata	0,5	0,5	0,0	SI	20	40	30
	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	percentuale letture bracciali sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=80%	20	40	20
	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	percentuale letture farmaco sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=80%	20	40	20
	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	percentuale conferme giornaliera sistema dose-unitaria	1,0	0,0	0,0	>=80%	20	40	30
	PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza di almeno 3 incontri dirigenti/preposti/lavoratori sul tema della sicurezza	0,5	0,3	0,2	SI	20	40	25
	PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata	0,5	0,5	0,0	SI	20	40	25
	PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza del piano di evacuazione dell'Unità Operativa	0,5	0,5	0,0	SI	20	40	25
	PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza della chiusura di eventuali non conformità sul sistema gestione sicurezza lavoro	0,5	0,5	0,0	SI	20	40	25
EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI	percentuale di ricoveri ripetuti	1,0	0,0	0,0	<=5%	20	20	100	

AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	DIRIGENZA	COORDINAMENTO	PROF_SAN	ATTESO	P_AREA	P_OBIETTIVO	P_INDICATORE
RICERCA	QUALITA' DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA	numero di pubblicazioni con IF nel triennio dello specifico settore scientifico disciplinare	0,6	0,2	0,2	differenziato per UO	20	40	50
	QUALITA' DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA	IF cumulativo nel triennio	0,6	0,2	0,2	differenziato per UO	20	40	50
	APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE	trend triennale rapporto punti IFN/ numero ricercatori del team	1,0	0,0	0,0	>=0%	20	10	100
	MIGLIORAMENTO CAPACITA' DI ATTRAZIONE	trend triennale volume economico fondi finalizzati	1,0	0,0	0,0	>=0%	20	30	70
	MIGLIORAMENTO CAPACITA' DI ATTRAZIONE	trend triennale numero progetti finanziati con fondi finalizzati	1,0	0,0	0,0	>=0%	20	30	30
	INCREMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE SPONSORIZZATE	trend annuale sperimentazioni cliniche controllate	1,0	0,0	0,0	>=5%	20	20	35
	INCREMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE SPONSORIZZATE	trend annuale numero pazienti arruolati in sperimentazioni	0,6	0,2	0,2	>=10%	20	20	35
	INCREMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE SPONSORIZZATE	trend volume economico finanziamenti per sperimentazioni cliniche	0,6	0,2	0,2	>=10%	20	20	30

## Qualità della ricerca

Le attività di Ricerca Corrente degli Istituti in coerenza con quanto riportato nel Piano Nazionale Ricerca Sanitaria sono valutate e finanziate dal Ministero della Salute secondo i seguenti parametri:

- 🚦 produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (55%);
- 🚦 capacità di attrarre risorse (10%);
- 🚦 attività assistenziale (20%);
- 🚦 capacità di operare in rete (10%);
- 🚦 trasferimento tecnologico (5%).

Gli obiettivi di performance per la ricerca derivano pertanto da questi indici stabiliti dal Ministero.

I ricercatori dell'Istituto rappresentano un'eccellenza a livello nazionale ed internazionale nel campo, tra gli altri, dei tumori della mammella, del tratto gastroenterico, del polmone, dei tumori cutanei, dei tumori cerebrali, delle malattie linfoproliferative e delle leucemie e, nel campo delle neuroscienze, della sclerosi multipla, della malattia di Alzheimer, del morbo di Parkinson, delle malattie della retina e delle malattie neuromuscolari. La qualità di queste eccellenze è testimoniata dall'incremento dei finanziamenti ottenuti attraverso bandi competitivi e da una notevole produzione scientifica che si traduce in un significativo aumento del numero di pubblicazioni che è passato dalle 262 del 2017 alle 411 del 2018, anno del secondo riconoscimento ad oltre 560 del 2019 con un incremento del IFN normalizzato da 1130 a 1186 punti fino ad oltre 2350 punti del 2019.

Le performance dei ricercatori sono pertanto misurate dalla produzione scientifica valutata sulla base del numero e della qualità delle pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed indicizzate e sul numero di finanziamenti ottenuti attraverso bandi competitivi finanziati da istituzioni pubbliche (per es. Ministero della Salute, Comunità Europea etc) e private (per esempio AIRC, Telethon etc) nazionali ed internazionali. Sono considerati parametri rilevanti ai fini della valutazione di performance dell'Istituto per l'attività di ricerca corrente anche alcuni parametri espressione dell'attività assistenziale già utilizzati per gli altri obiettivi strategici quali le misure di complessità e di concentrazione della casistica o le misure di efficienza operativa.

Per quanto riguarda le capacità dei professionisti dell'Istituto di fare network nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e dei progetti di rete promossi dal Ministero della Salute vengono valutati il numero di trials clinici, nonché il numero di pazienti arruolati nelle sperimentazioni.

### 2.2.3 Semplificazione e Digitalizzazione

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

La figura del Responsabile per la Transizione al Digitale è stata introdotta attraverso la modifica dell'articolo 17 del CAD, Codice dell'Amministrazione Digitale, con i D.Lgs. 26/08/2016 n. 179 e D.Lgs. 13/12/2017 n. 217. In seguito, la Circolare n. 3 del 1 ottobre 2018 adottata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione ha sollecitato le amministrazioni a provvedere all'individuazione del RTD e alla relativa registrazione sull'Indice delle pubbliche amministrazioni. La nomina del RTD del Policlinico è avvenuta con Deliberazione n. 1846/2021.

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

Il processo di digitalizzazione del Policlinico avviene su diversi fronti che, sinteticamente, si possono assimilare ai seguenti contesti:

1. Ambito dei procedimenti amministrativi
2. Ambito dei processi sanitari
3. Ambito della ricerca
4. Ambito delle tecnologie ICT

1. Nell'ambito dei procedimenti amministrativi sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di una progettualità regionale di più ampio respiro che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali delle diverse Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Sempre in questo contesto è inoltre in fase avanzata di completamento la digitalizzazione del processo di adozione degli atti deliberativi all'interno del sistema di gestione documentale amministrativa e di protocollo informatico. Tale attività è correlata all'introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovando sito pubblico aziendale per la sezione Amministrazione Trasparente. Sono inoltre in corso altre progettualità minori, ma altrettanto rilevanti in termini di efficacia, per la gestione informatizzata di procedimenti amministrativi delle Risorse Umane quali il portale per la gestione dei procedimenti concorsuali, il portale del dipendente per la richiesta di autorizzazioni che prevedono iter amministrativi complessi (L. 104, ad esempio).
2. Nell'ambito dei processi sanitari sono invece in corso numerosi e rilevanti interventi di durata triennale per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, di cartella clinica ospedaliera,

dell'area dell'emergenza-urgenza, dell'area radiologica, di diagnostica strumentale in vitro, del sistema 118 regionale, della medicina del lavoro, che procedono di pari passo ad attività di messa in sicurezza del sistema informativo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud ovvero messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alla linee guida AgID. L'unitarietà organizzativa delle aree di information technology ed ingegneria clinica consente inoltre una migliore e più efficace gestione dei processi di acquisizione ed integrazione di sistemi diagnostici complessi (es. catene di automazione dei laboratori analisi, grandi apparecchiature).

3. L'ambito di digitalizzazione della ricerca, connaturata all'IRCCS, è trasversale all'ambito sanitario ed a quello amministrativo, sia in termini di archiviazione e reperimento dei dati che della tracciabilità dell'attività specifica.
4. Infine, l'ambito delle tecnologie ICT segue le fondamentali indicazioni normative, le linee guida che hanno valenza di "soft laws", le direttive vincolanti regionali (DGR 792/2022), oltre ai vincoli di aggiornamento tecnologico, quali strumenti per l'innovazione sempre più necessaria in termini di:
  - ✚ sicurezza informatica (c.d. cybersecurity), attraverso sistemi di sicurezza degli end-point, sicurezza perimetrale, costante aggiornamento dei sistemi operativi, pianificazione di interventi formativi
  - ✚ resilienza, attraverso sistemi di *disaster recovery*, sistemi in cloud e soluzioni di continuità operativa
  - ✚ semplificazione, attraverso l'adozione di soluzioni cloud, sistemi in hosting, sistemi iperconvergenti e virtualizzazione.

#### 2.2.4 Accessibilità fisica

Questo paragrafo elenca gli Interventi per l'accessibilità fisica previsti del Policlinico volti alla rimozione delle barriere architettoniche dagli spazi in uso al Policlinico, ovvero tutti gli ostacoli fisici che non permettono la completa mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita, temporaneamente o permanentemente.

Il Policlinico è da tempo impegnato ad affrontare i problemi legati al miglioramento della fruizione dell'ambiente costruito, anche al di là dei vecchi concetti di barriera architettonica o di persona con ridotta o impedita difficoltà motoria.

La diversa sensibilità ormai maturata anche a livello nazionale e internazionale sul tema della piena accessibilità degli spazi a tutte le persone, pur tenendo conto in maniera decisiva delle diversità di genere, comporta inevitabilmente l'attuazione di politiche integrate sul piano operativo ma anche culturale.

In quest'ambito la normativa di riferimento resta la legge regionale n.15 del 12 giugno 1989 recante "Abbattimento delle barriere architettoniche e localizzative" come in particolare modificata dalla legge regionale 23 aprile 2007, che sostiene finanziariamente gli interventi volti all'abbattimento delle barriere architettoniche sia negli edifici pubblici, sia in quelli privati, al fine di garantire una sempre maggiore utilizzazione degli spazi edificati a tutti coloro con una ridotta o impedita capacità motoria e/o percettiva, anche temporanea.

In tale ottica il Policlinico, nella ristrutturazione dei vari reparti, ha realizzato e tutt'ora realizza le opere necessarie all'abbattimento delle barriere architettoniche sia per l'accesso agli stessi, sia per la predisposizione di servizi idonei (è in corso di esecuzione l'appalto avente ad oggetto la realizzazione di nuovi

servizi igienici per disabili nelle degenze del Pad. Monoblocco – Ala ponente, quale adeguamento ai requisiti minimi D.M. 14/01/1997).

Nell'ambito delle modalità di accesso al Policlinico con l'automobile, sono disponibili all'interno della cinta ospedaliera circa 330 posti auto a pagamento, oltre a circa 110 posti auto gratuiti, riservati agli utenti con ridotte o impedito capacità motorie, ed in particolare:

- ✚ Portatori di handicap (90 posti circa)
- ✚ Pazienti dializzati (10 posti)
- ✚ Donatori di sangue (10 posti) sulla base delle modalità

E' inoltre presente un servizio di trasporto interno elettrico che copre tutta la viabilità del complesso ospedaliero.

Tutte le indicazioni relative all'accesso dei pazienti, alle modalità per beneficiare della gratuità della sosta da parte degli aventi diritto, dei punti di informazione e i riferimenti dell'URP Ufficio Relazioni per il Pubblico sono contenute nella Carta dei Servizi del Policlinico, reperibile al seguente link:

<https://www.ospedalesanmartino.it/servizi-alla-persona/carta-dei-servizi.html>

## 2.2.5 Accessibilità digitale

**Il paragrafo riporta gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale individuati dal Policlinico per ampliare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili a tutti gli utenti, in modo inclusivo, anche per coloro che necessitano di configurazioni particolari.**

Per quanto attiene il tema dell'accessibilità digitale il Policlinico ha effettuato nell'ultimo triennio numerosi interventi atti a favorire una più ampia fruibilità dei propri servizi anche attraverso strumenti digitali, sia determinati dalle strategie del governo regionale, sia stimolati dalla necessità di innovare specifiche piattaforme.

In particolare è stata attivata la modalità di consegna dei referti di laboratorio analisi attraverso la piattaforma web già utilizzata dalle altre Aziende Sanitarie di Regione Liguria, abbandonando l'obsoleta modalità di consegna via mail al fine di consentire una "esperienza d'uso" uniforme per tutta l'utenza del sistema sanitario regionale. Il Policlinico ha inoltre avviato per primo il progetto di consegna dei referti e delle immagini radiologiche online su piattaforma regionale adottata a seguito del crollo del Ponte Morandi ed inoltre da ormai molti anni consente la consegna delle cartelle cliniche online per gli utenti che ne fanno richiesta.

Il Policlinico aderisce inoltre, come gli altri Enti del SSR, al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale aggiornando le modalità di conferimento dei dati secondo gli standard previsti a livello nazionale e regionale (HL7 CDA2) per le diverse tipologie di referti e documenti clinici previsti dal piano regionale, ed ai nuovi indirizzi previsti dalla normativa nazionale e dalle Linee Guida sul Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 in relazione alla programmazione degli investimenti specifici del PNRR, con l'adozione di nuove tecnologie di interfaccia (c.d. Gateway) e l'adozione dello standard FHIR per tutte le tipologie documentali previste.

E' inoltre stato acquisito il servizio SaaS (Software as a Service) di pubblicazione degli atti in Albo pretorio che garantisce un accesso più funzionale ed intuitivo a tutti gli atti pubblici anche attraverso una sezione di consultazione storica fino a 5 anni.



Nell'anno 2021 è stata inoltre completamente rinnovata la intranet aziendale, oggi rivolta in particolare alla comunicazione interna, oltre che alla condivisione di documentazione ed all'accesso ai servizi per i dipendenti. L'aggiornamento ha tenuto conto degli standard tecnologici allo stato dell'arte ed alle linee guida sull'accessibilità dei siti pubblicate da AgID e prevede la profilazione dei diversi settori ed utenti per la pubblicazione diretta ed aggiornata di informazioni e notizie.

Nell'ultimo biennio, anche quale ulteriore reazione alla situazione pandemica, il Policlinico ha adottato una propria soluzione opensource (*Moodle*) per la pubblicazione di contenuti formativi utilizzata sia per la formazione FAD sia interna che esterna, integrata con i sistemi applicativi aziendali di gestione del personale e rendicontazione dei crediti formativi.

In analogia all'intervento sulla Intranet, si è programmato per l'anno 2022, il rinnovamento tecnologico e funzionale del sito internet aziendale che già adotta in larga misura standard di pubblicazione dei contenuti accessibili (Legge Stanca, Codice dell'Amministrazione Digitale e linee guida AgID) e che vedrà il suo collaudo nel primo trimestre 2023. E' altresì prevista l'adozione di soluzioni alternative che consentano la fruibilità più estesa, ovvero sia attraverso strumenti multimediali audio/video, sia attraverso contenuti testuali utilizzabili anche in caso di disabilità specifiche.

## 2.2.6 Pari opportunità ed equilibrio di genere

In questo paragrafo sono illustrate le Azioni per le pari opportunità e l'equilibrio di genere, individuate dalla Regione Liguria in attuazione dei principi di parità e pari opportunità nei luoghi di lavoro contro le discriminazioni di genere, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, dirette a favorire e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro.

Le politiche di reclutamento e gestione del personale, oltre che essere conformi e coerenti con le esigenze di soddisfacimento dei valori pubblici innanzi citati, devono contestualmente puntare alla rimozione dei fattori che ostacolano le pari opportunità nell'ambito lavorativo, non perdendo di vista l'obiettivo generale di incremento del livello occupazionale del genere femminile e quello, più specifico, di aumento del medesimo soprattutto per la copertura di posizioni apicali.

Tale finalità, parallela a quella di promozione del benessere organizzativo e delle opportunità di conciliazione tra tempi di lavoro e di vita, governa l'operato del CUG aziendale, che, per le motivazioni dettagliatamente riportate già nella versione del PIAO giugno 2022, ha riprogettato tutto il sistema delle Azioni Positive aziendali, in conformità alle più attuali *mission* del legislatore nazionale e di quello europeo.

In primo luogo, a sponsorizzare una nuova e più moderna visione delle Azioni Positive è stata la Direzione Generale del Policlinico che ha coinvolto direttamente i Direttori dei Dipartimenti/*Line* nella **scelta** delle azioni da porre al vaglio del Presidente del CUG: una nuova prospettiva atta a sensibilizzare in prima battuta i vertici nei confronti delle esigenze più sentite da tutti i loro collaboratori (proponenti) all'interno del Dipartimento /*Line* di afferenza. Inoltre, si è chiesto ai dirigenti pubblici in posizione apicale cui è stata attribuita responsabilità organizzativa e di gestione del personale di:

**Coadiuvare** il CUG a diffondere la conoscenza tra il personale dipendente (dirigenza e comparto) dell'opportunità di proporre anche piccole ma funzionali iniziative che possano concorrere a migliorare l'ambiente di lavoro;

**Favorire**, ove possibile, la realizzazione dell'azione positiva nella fase applicativa, poiché oggetto di successivo monitoraggio ed analisi.

A quest'ultimo proposito, i direttori di Dipartimento/*Line* hanno presentato al Presidente del CUG schede preimpostate con le quali hanno dovuto specificare indicatori e tempistiche di realizzazione che consentiranno un più facile monitoraggio negli aggiornamenti che sulle medesime azioni si dovranno effettuare su richiesta del CUG/DFP.

Al termine del processo di raccolta, le nuove azioni positive valide per il triennio 2023 -2025 (selezionate ed approvate in riunione plenaria dal CUG e, successivamente, recepite con deliberazione n. 2120 del 28.12.2022 dalla Direzione Generale) sono le seguenti:

- Costituzione Nucleo di Ascolto
- Team building attraverso l'arteterapia
- Rilevazione del Benessere Organizzativo tra i dipendenti dell'Ospedale Policlinico San Martino
- Vademecum sul linguaggio inclusivo
- Policlinico San Martino & Ufficio Collocamento Mirato della Regione Liguria: partnership per ottimizzare un inserimento di qualità nella realtà lavorativa dell'Ospedale
- Valutazione della Performance dei Dipendenti dell'Ospedale Policlinico San Martino considerando la partecipazione alle tematiche del CUG

Vale la pena soffermarsi su quest'ultima azione positiva, che, poiché recepita dalla Direzione Generale, potrà essere essa stessa una chiave di svolta in relazione al peso che all'interno della realtà del Policlinico ricopriranno i valori della cui diffusione il CUG è investito.

Inserire nella valutazione individuale, in modo trasversale (dai più alti vertici della dirigenza, a tutte le categorie del comparto) e con identico impatto percentuale sul punteggio finale della scheda di valutazione, anche un *item* riguardante l'interesse e l'apporto che il singolo dipendente esplicita nei confronti delle tematiche afferenti il CUG, si rileverà uno strumento utile *sia* per far conoscere ancor più capillarmente questo Comitato a tutti i dipendenti, *sia* per valorizzare "un mondo sommerso" di sensibilità sui temi attenzionati dal CUG e di senso civico quotidiano già in essere tra il personale.

Vista la mole di cambiamenti da impostare e di progetti cui dar corso, molti dei quali condivisi con la Consigliera di Fiducia nominata per l'anno 2022, si è proceduto con immediatezza al rinnovo del suo incarico libero professionale (deliberazione n. 2117 del 28.12.2022) per tutto l'anno 2023, al fine di garantire continuità e tempestività nella realizzazione dei medesimi.

Parallelamente a questi nuovi progetti, il CUG nel corso del 2023 si propone di realizzare una collaborazione ancor più stretta con il personale incaricato della realizzazione del GEP (*Gender Equality Plan*), considerati gli obiettivi di miglioramento proposti nella bozza di quest'ultimo Piano ( già condivisi con le Unità Organizzative coinvolte e di prossima deliberazione): su spinta della Direzione Scientifica il Policlinico si doterà a breve anche di questo strumento per integrarsi ancor più compiutamente all'interno di uno scenario internazionale.



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **SOTTOSEZIONE 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

## **Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

Questa sottosezione contiene il documento di natura programmatica con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione, definendo le misure (interventi organizzativi) volti a prevenire il rischio, e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Il presente documento costituisce l'aggiornamento della relativa sezione inserita nel PIAO 2022 – 2024 approvato con deliberazione n. 1059 del 30.06.2022 e, nell'ottica della continuità, contiene la programmazione e la descrizione delle principali attività che verranno approfondite anche alla luce delle indicazioni contenute nel PNA 2022 - 2024.

Proseguendo nel solco degli anni precedenti è stata rafforzata l'attività di monitoraggio al fine di identificare le variabili organizzative e i processi che richiedono maggiore sorveglianza e per programmare con razionalità le attività da svolgere nel futuro. Il monitoraggio rappresenta lo strumento per misurare, controllare e migliorare le attività svolte e per aggiornare il P.T.P.C.T.

Pertanto, l'aggiornamento della presente sezione è stato avviato a seguito di un monitoraggio sulla corretta e puntuale attuazione degli obblighi ivi contenuti, con particolare attenzione al monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione.

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nei piani nazionali anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

La presente Sezione è articolata in due Parti: Prevenzione della corruzione e Trasparenza

### **PARTE I - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **2.3.1 I Soggetti Coinvolti: Ruoli e Responsabilità**

Nonostante la disciplina vigente assegni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, al fine di rendere efficace l'intero sistema di prevenzione, tutti gli altri soggetti dell'amministrazione mantengono, ciascuno, il proprio personale livello di responsabilità in base ai compiti effettivamente svolti.

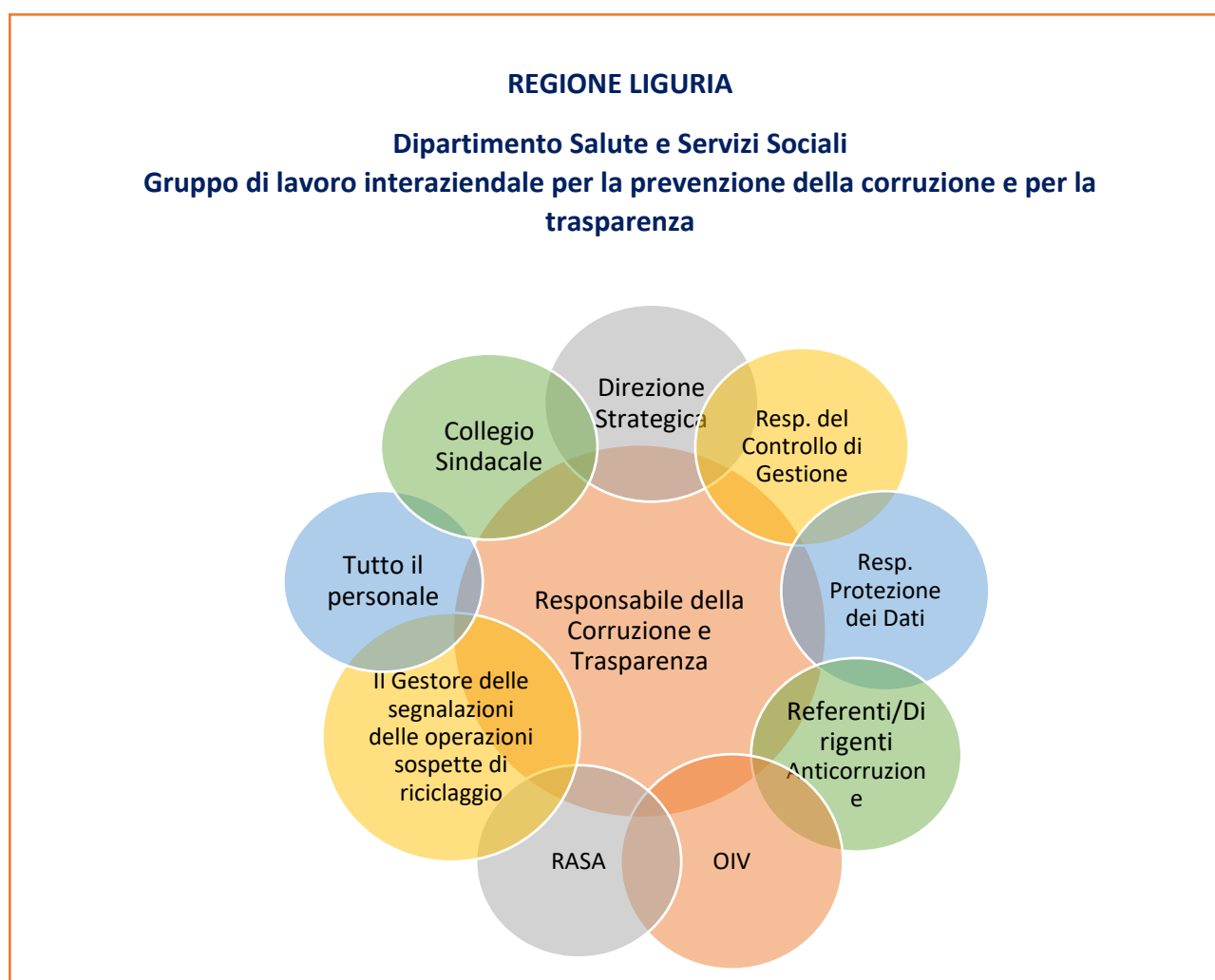
Al fine di consentire una maggiore condivisione del processo di adozione del PTPCT, con particolare riferimento al processo della gestione del rischio, da parte dei dirigenti e, in generale, da parte delle Strutture Aziendali, si è cercato di introdurre soluzioni organizzative il più possibile semplici, informali, basati sulla collaborazione e sulla fiducia tra le persone.

Esse si possono riassumere nei seguenti punti:

1. Creazione di una rete di referenti e soggetti di supporto che possano facilitare il dialogo tra il RPCT e le varie Strutture Aziendali;

2. Creazione di una specifica casella sulla intranet aziendale denominata “Anticorruzione e Trasparenza” nella quale vengono pubblicati i documenti e gli aggiornamenti più significativi in materia, oltre alla modulistica e la normativa di riferimento;
3. Organizzazione di incontri con il personale delle aree a rischio in modo da concordare le attività da svolgere e monitorare l’applicazione delle disposizioni e delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione nonché dello svolgimento degli adempimenti in materia di trasparenza;
4. Indicazioni sulle attività principali da svolgere nel corso dell’anno, e delle relative tempistiche, attraverso la predisposizione di obiettivi di budget specifici (previa condivisione con le Strutture degli obiettivi e delle scadenze);
5. Coordinamento con gli organi aziendali di indirizzo e controllo (CIV, Collegio Sindacale, OIV).

Coerentemente con quanto indicato dall’ANAC i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione del Policlinico sono rappresentati nello schema seguente:



## La Direzione Generale e Strategica

Quali organi di indirizzo dell'Ente, IL Direttore Generale e la Direzione Strategica in base alla normativa statale, regionale ed al PNA:

- ✓ definiscono obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ nominano il RPCT e crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- ✓ assicurano al RPCT un supporto concreto garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate al fine di garantire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- ✓ promuovono una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione incentivando l'attuazione di percorsi formativi che coinvolgano l'intero personale;
- ✓ adottano il PTPCT ed i suoi aggiornamenti;
- ✓ adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- ✓ valorizzano, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- ✓ promuovono 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.

## Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Si richiede al RPCT di specificare i compiti dei vari attori coinvolti nella gestione del rischio all'interno del PTPCT in modo da attivare, eventualmente, quanto disposto dal quarto periodo del comma 7 dell'articolo 1 della legge 190/20121 e dal secondo periodo del comma 14 del medesimo articolo 2.

## I Dirigenti / Referenti

Fin dall'emanazione del piano triennale 2013 - 2015, sono chiamati a svolgere le funzioni di Referenti per l'Anticorruzione i **Dirigenti di Struttura Complessa ed i titolari di coordinamento/posizione organizzativa**, in modo da estendere l'efficacia delle azioni inserite nel Piano all'interno di tutta l'organizzazione e al fine di consentire una effettiva verifica dell'efficace attuazione del Piano stesso.

Nella tabella sottostante sono indicati i Dirigenti Referenti per la Prevenzione della Corruzione

REFERENTE	U.O.
Dott.ssa Claudia Storace	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
Dott. Marco Gaggero	Sviluppo e Gestione Risorse Umane
Ing. Rosso Nicola	Information & Communication Technologies e Attività Tecniche
Dott.ssa Barbara Berardi	Bilancio e Programmazione Finanziaria
Dott.ssa Stefania Rizzuto	Attività Economiche e di Approvvigionamento
Dott.ssa Silvia Vella	Attività Tecniche

Dott.ssa Daniela Rosmino	Affari Generali e Legali
Dott.ssa Alessandra Morando	Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
Dott. Bruno Cavaliere	Direttore U.O. Direzione delle Professioni Sanitarie
Dott.ssa Elisabetta Rovini	SSD Formazione e Comunicazione
Dott.ssa Cristina Grandi	Direzione Scientifica – Sperimentazione Clinica
Dott. Luca Nanni	Dip. Diagnostica di Laboratorio
Dott. Massimo Calabrese	Dip. Diagnostica Radiologica

Svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e coordinatori preposti alle varie strutture, sono interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo.

I compiti e le funzioni ordinariamente attribuiti e svolti dai Referenti sono di:

- ✓ valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- ✓ partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi opportunamente con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- ✓ curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- ✓ assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- ✓ tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.
- ✓ assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;

Il ruolo svolto dai dirigenti responsabili di struttura è di fondamentale importanza per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano; i loro compiti in tale ambito si configurano come sostanziali alla funzione di direzione svolta e strettamente integrati con le relative competenze tecnico – gestionali.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e di essa si tiene conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

## **Il CIV - Consiglio di Indirizzo e Verifica**

Il CIV concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale del Policlinico con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Verifica il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca.

Verifica inoltre la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il CIV riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della Salute.

In materia di prevenzione della corruzione, fornisce indicazioni e suggerimenti per migliorare la capacità di prevenire episodi di cattiva amministrazione a prescindere che questi si trasformino in fatti rilevanti sotto il profilo erariale, penale e/o civilistico.

### **L' OIV – Organismo indipendente di Valutazione**

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Le funzioni già affidate agli OIV dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012 che ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella strategia di prevenzione della corruzione.

L'OIV infatti:

- ✓ offre, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- ✓ fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- ✓ favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- ✓ verifica che il PTPCT sia coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza ove stabiliti;
- ✓ esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance e gli obiettivi di trasparenza;
- ✓ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ✓ attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

### **Il Collegio Sindacale**

Il Ruolo del Collegio Sindacale nel sistema di anticorruzione appare non secondario. Tale organismo infatti, all'interno di ciascuna amministrazione, e dunque anche presso il Policlinico, presiede non solo ai controlli e verifiche sugli atti strettamente di natura "contabile-finanziaria" ma più in generale costituisce un ambito di verifica circa la correttezza dell'attività amministrativa.

Il RPCT relaziona periodicamente all'Organo sullo stato degli adempimenti

### **Tutti i Dipendenti**

E' necessaria un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'Ente.

Il personale del Policlinico è tenuto a:

- ✓ collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- ✓ partecipare al processo di riduzione del rischio;
- ✓ osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;



- ✓ adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- ✓ effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione, secondo gli indirizzi forniti dal RPC;
- ✓ segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo—contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento;
- ✓ partecipare alle attività formative in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare.

### **I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione**

- ✓ osservano le misure contenute nel PTPCT;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito;
- ✓ osservano le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento aziendale.

### **Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio**

Il Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio è il soggetto individuato da ciascuna Pubblica Amministrazione e delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF. Al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera il Gestore quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e gli approfondimenti connessi con le operazioni sospette segnalate.

Con deliberazione n. 1000 del 10/06/2020 il Policlinico ha individuato l'RPCT quale Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio di cui al DM del 25.9.2015 per il triennio dal 01.6.2020 al 31.05.2023.

### **Il Responsabile della Protezione dei Dati**

Il Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39) ha introdotto nelle Amministrazioni la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Tale figura costituisce una figura di riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza.

Tale incarico è stato affidato, con delibera n. 2313 del 23/12/2020, a seguito di procedura negoziata, al R.T.I. *Compliance Officer e data Protection di Filomena Polito*.

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

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata, nella persona del Dirigente dell'U.O. Attività Tecniche, la figura di RASA.

### **Il Direttore dell'U.O. Controllo di Gestione**

Recependo le raccomandazioni del PNA il Direttore dell'U.O. Controllo di Gestione assicura:

- ✓ coerenza tra Piano della *Performance* e PTPCT
- ✓ che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza.

### **Il Responsabile per la Conservazione Digitale**

Il Responsabile della Conservazione Digitale (RdC) definisce e attua le politiche complessive del sistema di conservazione e ne governa la gestione con piena responsabilità ed autonomia., ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. 3 dicembre 2013.

Il collegamento con le attività del RPCT riguarda soprattutto l'ambito della trasparenza.

Il Responsabile per la Conservazione Digitale del Policlinico è l'Ing. Nicola Rosso, Direttore dell'U.O. ICT, nominato con deliberazione n. 1224/2021

### **2.3.2 I Provvedimenti della Regione Liguria e il Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza**

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

Con **deliberazione di Giunta Regionale n. 957 del 28 ottobre 2021** è stato ridefinito il ruolo del Gruppo di Lavoro interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza istituito da Alisa nel 2016, prevedendo che la sua attività afferisca direttamente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali, al fine di:

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

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

Nel 2022 è stato presentato, come negli anni precedenti, un Rapporto di attività frutto di un lavoro di condivisione, dibattito e confronto, che ha visto operare in sinergia a livello regionale il Gruppo di lavoro.

Con **deliberazione di Giunta Regionale n. 1010 del 21/10/2022** sono stati individuati da parte della regione Liguria gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il 2023.

Con **nota prot. n. 1441680 del 9/12/2022** il Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali ha trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende del SSR della Liguria le Indicazioni per l'attuazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione alla luce del PNA 2022 – 2024.

Con **nota prot. n. 2505 del 17/01/2023** il Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali ha trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende del SSR della Liguria le Indicazioni per l'individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione.

Per l'anno 2023 il Gruppo di Lavoro, in conformità con gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie, ha individuato le attività da svolgere anche in conformità con le indicazioni che verranno più specificamente fornite dalle istituzioni regionali ed i seguenti obiettivi:

- A. Applicazione del PNA 2022 – 2024 con particolare riferimento all'area di rischio dei contratti pubblici;
- B. Conflitto di interessi in sanità e ricerca;
- C. Collegamenti tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance;
- D. Attività di Formazione per gli RPCT e per il personale delle aziende e degli enti del SSR:
  - Prosecuzione corso su nuove modalità di gestione e valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019;

- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
  - Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie;
- E. Definizione procedure per *pantouflage*;
  - F. Definizione regolamento su rotazione del personale ed eventuali misure compensative;
  - G. Aggiornamento modulistica comune in materia di trasparenza;
  - H. Collaborazione e condivisione progetti con il RPCT di Regione Liguria nell'ambito delle materie di interesse comune e per l'applicazione e interpretazione uniforme della normativa in materia;
  - I. Predisposizione delle attività propedeutiche per l'accreditamento e la certificazione ISO 37001 che specifica le misure e i controlli anticorruzione adottabili dalle organizzazioni per monitorare le proprie attività al fine di prevenire la corruzione;
  - J. Monitoraggio interno per la verifica dell'attuazione delle linee guida e documenti prodotti dal Gruppo Regionale ed approvati dal Direttore del Dipartimento Salute.

### **2.3.3. Analisi e impatto del contesto esterno e interno**

#### Analisi del Contesto Esterno

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

A tal fine l'Autorità Nazionale Anticorruzione con il PNA aggiornamento 2015 e PNA 2016 ha dedicato alla sanità un apposito approfondimento con l'obiettivo di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, tenendo 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.

L'analisi è stata condotta anche sulla base delle fonti più rilevanti quali Rapporti del Ministero della Salute, della Regione Liguria e di A.li.sa., nonché Rapporti e analisi della Corte di Conti e ANAC.

Dal punto di vista sanitario la Liguria è organizzata in 5 aziende Sociosanitarie territoriali, 2 I.R.C.C.S. (Ospedale Policlinico San Martino e Istituto Gaslini), 2 Enti ospedalieri convenzionati (Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale), oltre agli istituti di ricovero e alle strutture sociosanitarie private accreditate.

L'Ospedale Policlinico San Martino è da sempre un punto di riferimento per le necessità sanitarie dei cittadini dell'area metropolitana genovese e ligure, ma anche a livello nazionale in quanto IRCCS.

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

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, (PNRR), all'Italia sono stati assegnati 191,5 miliardi destinati all'innovazione e alla digitalizzazione, alla transizione ecologica, alla mobilità sostenibile, all'istruzione e la ricerca, alla sanità e infine all'inclusione e alla coesione. Nell'ambito delle risorse assegnate alla Liguria, che ammontano a circa 1.600.000 euro, per la sanità ligure sono stati destinati 188 milioni di euro. Saranno spesi per la digitalizzazione dei sistemi ospedalieri, lo sviluppo di case e ospedali di comunità, l'adeguamento antisismico delle strutture e l'ammodernamento tecnologico.

Inoltre, nei periodi di emergenza come può essere quello del Covid-19 la corruzione tende a insinuarsi con maggiore facilità. Corruzione significa anche una mancanza di trasparenza nell’allocazione dei fondi, che risulta in un indebolimento dell’efficienza nella ripresa a seguito della crisi.

I controlli sotto il profilo della legalità diminuiscono. L’arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione è un momento cruciale sprecati.

Le misure di contenimento e di rilancio possono generare nuove opportunità criminali:



Anche la Corte dei Conti, nel documento N. 43/SSRRCO/INPR/2022 approvato dalle Sezioni Riunite in Sede di Controllo relativo alla “Programmazione dei controlli e delle analisi della Corte dei conti per il 2023” (ai sensi dell’art. 5, comma 1, del Regolamento per l’organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei Conti), depositato in data 23.12.2022, ha individuato i criteri di riferimento su cui dovranno essere effettuati specifici approfondimenti da parte delle Sezioni regionali ed, in particolare, per quanto attiene la Sanità:

- Indagine sul riordino e il potenziamento della rete sanitaria assistenziale territoriale;
- Verifiche/controlli presso le aziende del servizio sanitario regionale, misurando il grado di attuazione degli indirizzi nazionali e regionali sulla materia;
- Indagini sui modelli di sanità territoriali post-emergenza da Covid-19;
- Analisi sulle problematiche messe in evidenza dalla pandemia con riferimento al comparto delle RSA e delle Aziende sanitarie locali, con particolare riguardo allo sviluppo dell’assistenza territoriale ed alla riduzione delle liste d’attesa regionali;
- Indagine sulla spesa sanitaria (edilizia sanitaria, acquisto di attrezzature, di dispositivi e di presidi sociosanitari, la gestione della rete ospedaliera, i LEA ed il rafforzamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie destinate alle attività dei reparti di rianimazione).

Per quanto attiene la gestione dei fondi del PNRR:

- Attività di controllo del PNRR riguardo la Missione 6 “Salute”, con riferimento alla quale le Regioni sono destinatarie di risorse con il d.m. 20 gennaio 2022, da parte del Ministero della Salute;

Occorre inoltre rivolgere sempre particolare attenzione sugli aspetti comportamentali aventi per lo più effetti di natura amministrativa/disciplinare.

Questi settori di attività necessitano pertanto di essere continuamente presidiati in maniera attenta mediante una approfondita mappatura dei processi e il potenziamento di efficaci misure di controllo e l'implementazione dell'attività di formazione specifica.

Un ruolo fondamentale infine è rivestito dagli stakeholder (utenti, associazioni di consumatori, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali) che possono intervenire 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.

### Analisi del Contesto Interno

L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è stato costituito con L.R. 1/3/2011, n. 2 persegue finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale, garantendone la complementarietà e l'integrazione. È stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nella disciplina di "oncologia" con Decreto Ministero della Salute in data 12/08/2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 01/09/2011, e con Decreto Ministero della Salute in data 05.03.2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 81 del 07.04.2018, è stato riconosciuto il carattere scientifico anche per la disciplina delle "Neuroscienze", conseguentemente, è sottoposto alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, mentre alla Regione Liguria competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute.

In relazione a quanto previsto dal Protocollo generale d'intesa Regione Università e dal P.S.R., è individuato come Istituto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 517/99; lo stesso costituisce infatti la struttura di riferimento del polo didattico della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova, sia per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sia per le Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master di I e II livello che per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. La formazione dell'operatore sanitario, del medico e del medico specialista rappresenta attività istituzionale ed una modalità di esercizio dell'attività assistenziale.

I rapporti con il sistema universitario sono disciplinati nel quadro della programmazione nazionale e regionale, sulla base di specifico Protocollo d'Intesa fra la Regione Liguria e l'Ateneo, tenuto conto del rispetto del vincolo del bilancio Aziendale attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Il Policlinico si caratterizza inoltre per la propria realtà polispecialistica e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle strutture di diagnosi e cura quanto nei laboratori, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

La visione strategica del Policlinico è incentrata sui seguenti obiettivi:

- Miglioramento della qualità del servizio fornito
- Posizione di centralità del cittadino
- Atteggiamento aperto verso l'innovazione
- Creazione delle condizioni per il coinvolgimento ampio e diffuso degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali
- Efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse come condizione per garantire lo sviluppo del servizio
- Comunicazione corretta e puntuale sia interna che esterna.

Alla luce dell'analisi sopra riportata e sulla base degli obiettivi strategici e di performance sopra riportati nella Sottosezione "Obiettivi di valore pubblico" sono state individuate le principali aree esposte a rischio corruttivo ed elaborate le relative mappature dei processi, come dettagliatamente descritto nella sottosezione 2.3.2. *Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio.*

Valutazione dell'impatto del contesto esterno e interno per il trattamento del rischio

Attraverso l'esame del contesto esterno ed interno dell'amministrazione, vengono di seguito rappresentati, utilizzando la cd. analisi SWOT, alcuni punti di forza interni all'organizzazione (Strengths) che potrebbero agevolare il raggiungimento degli obiettivi, i punti di debolezza (Weakness) che invece potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi, le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) che potrebbero verificarsi.

Tale analisi permette di portare alla luce, analizzare e valutare i punti di forza e di debolezza di un'amministrazione al fine di definire al meglio il trattamento del rischio.

<p style="text-align: center;"><b>CONTESTO INTERNO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI FORZA</b></p> <p>Buon livello di trasparenza sotto il profilo degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.</p> <p>Rafforzamento dell'Ufficio del RPCT</p> <p>Dirigenti delle strutture e coordinatori individuati quali referenti per la prevenzione della corruzione</p> <p>Buona regolarità e qualità dell'attività formativa di settore</p>	<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b></p> <p>Squilibrio tra le risorse umane destinate alle funzioni strumentali rispetto a quelle destinate alle funzioni primarie</p> <p>Non completa informatizzazione per la tracciabilità dei processi ed il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione</p> <p>Non completa partecipazione alle attività di valutazione e gestione del rischio corruttivo</p>
<p style="text-align: center;"><b>CONTESTO ESTERNO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITA'</b></p> <p>Gruppo di lavoro regionale riconfermato con DGR n. 957/2021</p> <p>Collaborazione con altre istituzioni</p>	<p style="text-align: center;"><b>MINACCE</b></p> <p>Contesto normativo in continua evoluzione</p> <p>Complessità e molteplicità degli adempimenti</p> <p>Situazione di emergenza Covid</p>

**2.3.4 Obiettivi Strategici su Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

Il Policlinico intende garantire un alto livello di coinvolgimento e di attenzione di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario sul tema della prevenzione della corruzione, considerando la normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza una importante opportunità per affrontare il tema dell'illegalità con un

approccio positivo, proattivo e concreto, lontano da una visione meramente burocratica e dal semplice rispetto formale delle procedure.

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo.

### Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2022

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo sugli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale per il 2022 e sul grado di raggiungimento degli stessi.

OBIETTIVI STRATEGICI	ATTIVITA' PREVISTE	ATTIVITA' SVOLTE
Diffondere la cultura dell'etica pubblica e dell'integrità a tutti i dipendenti e collaboratori	Formazione nell'ambito del conflitto di interessi, incompatibilità e inconfiribilità e dell'applicazione della normativa sull'antiriciclaggio	Erogazione corso FAD avente ad oggetto "Metodologia per l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle linee guida ANAC"  Erogazione Corso FAD "La legge n.190 i piani e le misure anticorruzione", rivolto a tutti i dipendenti neo assunti.  Diffusione Linee guida sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 e indicazioni operative
Rafforzare nei processi aziendali l'attuazione dei principi della trasparenza e dell'integrità	Verifica degli adempimenti agli obblighi sulla trasparenza	Trasmissione e pubblicazione dati di tutte le sezioni di Amministrazione Trasparente secondo procedure informatizzate.  Digitalizzazione del processo di adozione degli atti deliberativi all'interno del sistema di gestione documentale amministrativo e di protocollo informatico.  Alimentazione di alcune delle sottosezioni della pagina Amministrazione Trasparente tramite il collegamento a banche dati.  Introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del sito pubblico aziendale per la sezione Amministrazione Trasparente in fase di aggiornamento.

Rafforzare la cultura dei controlli, come strumento di miglioramento e di creazione di valore.	Consolidamento del sistema dei controlli interni già avviati	Monitoraggio misure di prevenzione  Previsione di un sistema di monitoraggio delle misure generali e specifiche su due livelli, in cui il primo viene effettuato direttamente da ciascuna Struttura che è chiamata ad adottare le misure, e il secondo in collaborazione con il RPCT  Svolgimento di specifici Audit periodici Controlli sui processi dell'area diagnostico sanitaria da parte di un Gruppo all'uopo costituito
Integrazione con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO.		Il RPCT è stato individuato quale referente aziendale per il PIAO anche presso il Gruppo Regionale all'uopo costituito
Assicurare il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure.	Attuazione registro informatico degli accessi e aggiornamento regolamento	Acquisizione programma applicativo informatizzato  Approvazione regolamento con delibera n. 44 del 23.01.2023

### Gli obiettivi strategici 2023 – 2025

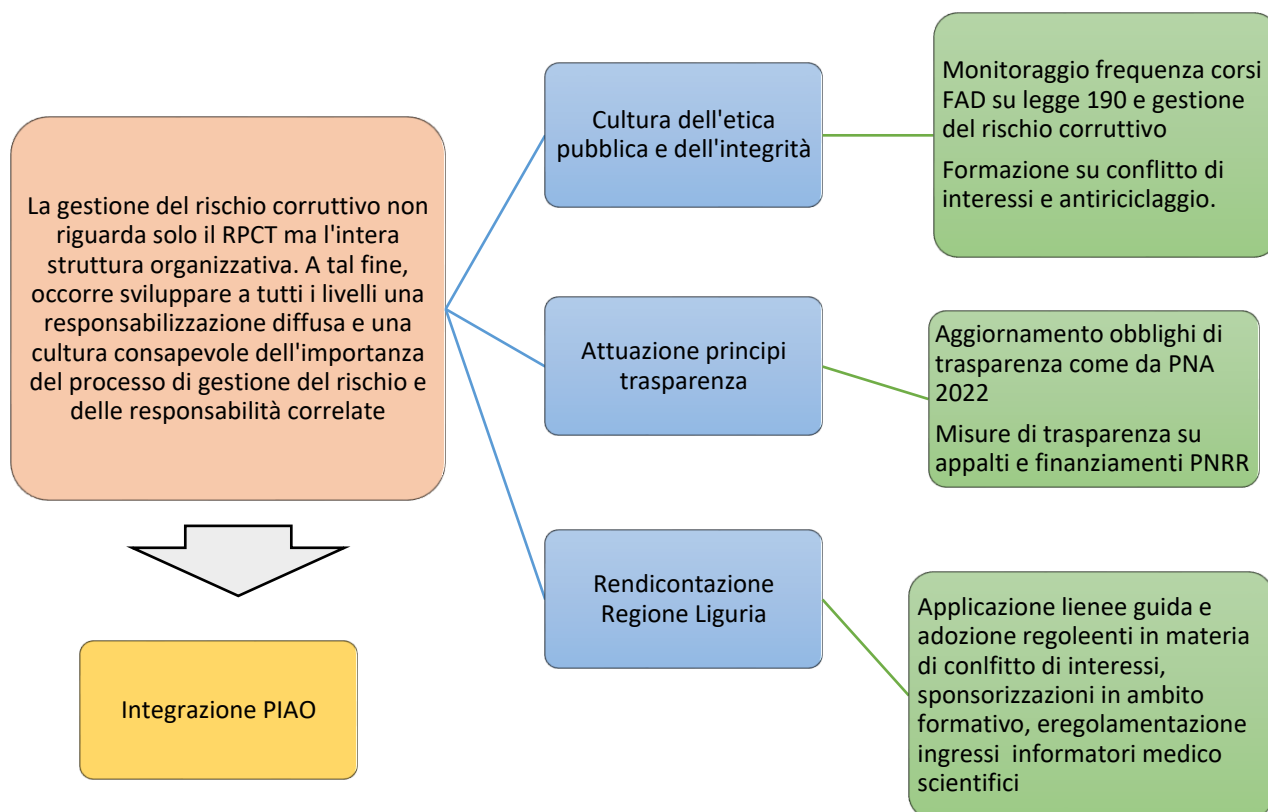
Con nota prot. n. 2505 del 17/01/2023 il Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali ha trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende del SSR della Liguria le Indicazioni per l'individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione.

A tal fine, il Policlinico, così come previsto da ANAC, e in conformità alle direttive fornite con la sopracitata succitata nota, sulla base delle raccomandazioni regionali volte a favorire una maggiore omogeneità delle attività di prevenzione della corruzione e delle iniziative per aumentare la trasparenza all'interno degli Enti del SSR ha definito i seguenti **obiettivi strategici** per il 2023 - 2025:

- ✚ Rendicontare alla Regione Liguria il livello di attuazione delle misure e delle attività svolte da questa Azienda, attraverso la collaborazione del Gruppo di Lavoro anticorruzione afferente al Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria:
  - a. esistenza procedure informatizzate per la gestione del *whistleblowing*, numero di segnalazioni pervenute e loro esito nel corso del triennio 2023 - 2025;
  - b. attivazione del registro informatico degli accessi,
  - c. applicazione delle linee guida sulle inconfiribilità, incompatibilità, e numero di verifiche effettuate nel corso del triennio 2023 - 2025;
  - d. applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni;
  - e. applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco;
  - f. numero di dipendenti che hanno svolto i corsi sulla L. n. 190 e sulla metodologia della gestione del rischio nel corso del 2022, attivazione dei corsi sulla gestione del conflitto di interessi e sull'antiriciclaggio),



- ✚ Aggiornamento della tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022 – 2024 in via di approvazione.
- ✚ Verificare che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento siano stati opportunamente modificati per arginare i rischi di conflitto di interesse in relazione alle richieste/comunicazioni di partecipazione ad eventi sponsorizzati da aziende farmaceutiche e siano stati effettivamente attivate tutte le misure di verifica del conflitto di interesse.
- ✚ Predisporre misure di trasparenza e di prevenzione specificatamente rivolte ai finanziamenti del PNRR.



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

#### Mappatura dei processi

Con il PNA 2019 - allegato 1 recante “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”, ANAC ha fornito indicazioni sulla “mappatura” dei processi. Tale procedura delinea un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell’amministrazione e il loro effettivo svolgimento, che deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Essa rappresenta un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide nella qualità complessiva della gestione del rischio.

E' compito di ciascun responsabile di Struttura, competente nella gestione dei processi, procedere all'analisi costante e periodica verifica delle attività allo scopo di creare il cd. "catalogo dei rischi" e mantenerlo costantemente aggiornato, unitamente alle iniziative intraprese per la riduzione degli stessi.

Nel PTPCT 2021-2023, in conformità con quanto elaborato dal Gruppo di lavoro nel corso del 2019, e delle indicazioni di A.Li.Sa, il Policlinico ha inserito un catalogo dei principali processi valutati come a maggior rischio corruzione, e sulla base della stessa metodologia del documento regionale si è provveduto a:

- identificare le aree di rischio inserite in modo da uniformarle a quanto previsto dalla normativa;
- distinguere i macroprocessi dai singoli processi ad essi collegati;
- inserire aree di rischio sanitarie con particolare riferimento all'area della diagnostica e della ricerca scientifica, ulteriori rispetto a quelle previste dall'aggiornamento 2015 al PNA e ritenute particolarmente sensibili e a rischio corruzione;
- definire eventi di rischio per ogni processo individuato tenendo presente che:
  - a. il rischio riguarda tutto il processo nel suo insieme;
  - b. l'identificazione del rischio è avvenuta avendo presente il concetto di corruzione allargato così come proposto da ANAC ovvero inteso come l'abuso del potere pubblico al fine di conseguire benefici personali (o per altri).

Nel PTPCT 2022 – 2024, confluito nella Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO, alla luce degli obiettivi strategici, si è proceduto quindi alla mappatura dei processi relativi alle seguenti aree:

- ✚ Acquisizione e gestione del personale,
- ✚ Conferimento incarichi di collaborazione,
- ✚ Attività libero professionale intramoenia,
- ✚ Contratti pubblici - Affidamento forniture beni servizi e lavori,
- ✚ *Information & Communication Tecnology* (Affidamento incarichi professionali tecnici specializzati e Procedure acquisizione e gestione dei contratti di beni e servizi),
- ✚ Area Legale e Patrimonio,
- ✚ Gestione donazioni finalizzate all'emergenza Covid,
- ✚ Gestione liquidazione e pagamento fatture,
- ✚ Direzione Scientifica (Sperimentazioni cliniche, Progetti di ricerca finanziati da contributi 5xmille, Allocazione quote finanziamento Ricerca Corrente (RC),
- ✚ Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria
- ✚ Direzione Professioni Sanitarie
- ✚ Diagnostica

**Nel presente aggiornamento, alla luce del monitoraggio eseguito e del PNA 2022 – 2024, sono state mantenute le mappature dei processi sopraindicate e inglobati i processi a rischio Covid diventati ordinari.**

**Inoltre le schede relative alle mappature e alle misure specifiche di prevenzione della corruzione sono state aggiornate e integrate, con particolare riferimento a quelle relative all'area "Contratti pubblici - Affidamento forniture beni servizi e lavori" secondo le indicazioni riportate nella Parte Speciale del PNA 2022 riguardante il PNRR e i contratti pubblici.**

**Al riguardo, è stata predisposta una ulteriore unica mappatura per i processi interessati dalle misure previste nella suddetta parte speciale, comprendente tutte le Strutture (U.O. Attività Tecniche, U.O. Attività Economiche e Approvvigionamento, U.O. ICT) che gestiscono appalti pubblici. (Appendice 1 – Scheda 11)**

Esse costituiscono misure specifiche per ogni /fase del processo relativo ai contratti pubblici e corrispondono alle misure generali specificate nella tabella relativa alle misure generali di prevenzione individuate nell' **Appendice 3**.

Nell'**Appendice 1** al presente piano sono dettagliatamente specificati i cataloghi **MAPPATURA PROCESSI** che consta di n. 11 schede.

La scheda relativa alla mappatura dei processi, già utilizzata nel 2022 da tutti gli uffici coinvolti per l'analisi e l'aggiornamento delle proprie attività, si suddivide nelle seguenti sezioni:

- Fasi del processo
- Descrizione della fasi/azioni (descrivere le singole fasi del processo precisando anche "come", "in che modo" vengano svolte)
- Tempistiche fasi/azioni (indicare delle tempistiche se previste dalle norme o da procedure interne sulla durata e sulle scadenze delle singole attività/fasi descritte)
- Perimetro di competenza delle varie fasi/azioni (esterno all'Azienda o interno)
- Esecutore dell'attività (indicare se l'esecuzione della fase è di competenza del dirigente, del titolare di funzione, del funzionario o di altro soggetto e il numero di personale coinvolto)
- Esecutore della fase (denominazione dell'ufficio competente allo svolgimento della fase/azione)

#### Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

#### **Identificazione del rischio**

Nella stessa matrice di mappatura è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, rimasta invariata, e così composta:

- individuazione del rischio corruzione (evento);
- indicazione delle "modalità – comportamento (corruttivo)" (che possono essere molteplici) e dei "fattori abilitanti" (che si presentano in un numero limitato e sono stati individuati durante una preventiva analisi anche basandosi sull'analisi del contesto);
- l'indicazione dei "fattori abilitanti" ovvero delle variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle modalità di comportamento di cui alla lett. b)

Il rischio di corruzione da individuare presenta due caratteristiche da considerare: il soggetto destinatario del processo che potrebbe ricavare dei vantaggi illeciti e l'oggetto del beneficio. Per modalità di comportamento si intende il comportamento corruttivo (lett. b) ovvero la "traduzione" del rischio nelle azioni concrete che da potenziale lo trasformino in effettivo; quindi il comportamento è la prassi operativa, la procedura che potrebbe essere adottata non conforme alle norme o comunque rientrante in quel concetto di corruzione allargato collegato alla malamministrazione o alla disparità di trattamento nei confronti di soggetti esterno ovvero tra i dipendenti interni al Policlinico.

Come per la mappatura, anche la *ricognizione dei rischi* (eventi di rischio e comportamenti corruttivi) è visionabile all'interno delle schede dei processi. **Appendice 1**

Anche per quanto riguarda *Fattori abilitanti* si è scelto di non proporre un elenco chiuso di fattori abilitanti ma di lasciare che ogni Struttura li individuasse liberamente al fine di rendere l'analisi più completa.

Si riporta l'elenco dei principali fattori abilitanti individuati dalle strutture.

- ◆ Assenza/scarsità del personale/impossibilità a garantire la rotazione del personale/Accentramento di funzioni ad un unico operatore
- ◆ Mancanza di controlli

- ◆ Mancanza di trasparenza
- ◆ Eccessiva discrezionalità
- ◆ Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri preordinati e/o di regole
- ◆ Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze)
- ◆ Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)
- ◆ Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)
- ◆ Mancata verifica conflitti di interesse
- ◆ Inadeguata diffusione della cultura della legalità/subcultura organizzativa
- ◆ Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)

### **Analisi del rischio: approccio qualitativo modello “Global Impact” e ponderazione del rischio**

La metodologia di analisi del rischio impiegata per la valutazione del rischio di corruzione dei processi è stata concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria ed è stata preferita rispetto al metodo adottato dall’Autorità Anticorruzione.

Si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all’interno dell’iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact, oltre alle disposizioni contenute nell’Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 contenente le Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.

Per la descrizione della procedura adottata si richiama quanto dettagliatamente riportato nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024.

A seguito di tale procedura, è stato possibile effettuare la valutazione del rischio per tutti processi mappati, come riportato nell’**Appendice 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

#### **2.3.6 Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio**

Il PNA 2019 e il PNA 2022 attribuiscono fondamentale importanza alla individuazione e alla programmazione delle misure di prevenzione e prevedono che “tutte le attività (dall’analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di ciascuna amministrazione”.

Conformemente a quanto stabilito dalle succitate disposizioni, il Policlinico ha adottato le misure finalizzate alla prevenzione della corruzione sia generali che specifiche per ogni singolo processo e le modalità di attuazione e di monitoraggio.

#### Misure generali

Le **misure generali** adottate dal Policlinico, sono riportate nel relativo prospetto **Appendice 3 - MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE**

**Nel corso del 2022 oltre a quelle già esistenti, sono state realizzate ulteriori misure generali di prevenzione della corruzione di seguito meglio descritte.**

#### **Misure di legalità - Elaborazione e adozione Patto di Integrità in materia di contratti pubblici e Linee Guida di applicazione**

I Patti d’integrità, introdotti per la prima volta con l’art. 1 comma 17 della L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, che recita «*Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla*

*gara*» rappresentano una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o di ogni altra illecita attività nell'ambito dei pubblici appalti.

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera ANAC n. 1064/2019, prevede che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione della L. 190/2012, debbano predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

I processi di acquisto gestiti dalle stazioni appaltanti pubbliche sono considerate aree a rischio corruzione, conseguentemente, la necessità di ampliare e rafforzare l'ambito di operatività delle misure di prevenzione e di contrasto alle illegalità nel settore dei pubblici appalti, ha portato allo sviluppo e alla diffusione di strumenti quali i Protocolli di legalità/Patti d'Integrità.

Conseguentemente, per l'applicazione uniforme di tali disposizioni, il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza istituito con DGR n. 957/2021 presso il Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria, ha elaborato un documento, condiviso con la Stazione Unica Appaltante di Regione Liguria, contenente Linee Guida e uno schema tipo che potrà essere adottato da codeste Aziende.

Il Policlinico ha provveduto all'approvazione dei patti di integrità con Deliberazione n. 841 del 25.05.2022, ed alla relativa applicazione.

Il PNA 2022 ha previsto inoltre, quale misura di prevenzione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici la modifica degli attuali patti di integrità inserendo specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari, ai quali si richiede la preventiva dichiarazione della insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente con la previsione di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

**Per il 2023 il Policlinico ha previsto tale adempimento nell'ambito delle misure generali di prevenzione della corruzione come specificato nell'Appendice 3**

#### **Misure di disciplina del Conflitto di interessi nel settore sanitario / scientifico**

##### **a. Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici nelle Aziende Sanitarie e relativa modulistica**

Nell'ambito della disciplina del conflitto di interessi in sanità, le relazioni del personale sanitario con gli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici riveste particolare importanza.

Infatti la prescrizione di interventi sanitari (test diagnostici, farmaci, interventi chirurgici, etc) inefficaci e inappropriati indebolisce l'integrità del sistema favorendo e alimentando numerosi comportamenti opportunistici.

E' pertanto necessario che le Aziende sanitarie definiscano specifiche procedure operative che disciplinino e regolamentino con trasparenza le modalità di accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici.

Tali aspetti sono stati oggetto di approfondimento da parte del Gruppo Regionale dei Responsabili per la prevenzione della corruzione degli enti del SSR, che ha elaborato uno specifico Regolamento e la relativa modulistica, approvato dal Dipartimento Salute della Regione Liguria.

**Per il 2023 il Policlinico ha previsto tale adempimento nell'ambito delle misure generali di prevenzione della corruzione come specificato nell'Appendice 3**

## **b. Procedure operative per la partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati**

Nell'ambito delle attività formative/informative promosse e sponsorizzate da Case Farmaceutiche e/o fornitori di dispositivi medici o apparecchiature biomedicali, cui sono invitati dipendenti dell'Azienda, si possono in astratto riscontrare profili di conflitto d'interessi, qualora presso la struttura di appartenenza dell'invitato siano in uso prodotti venduti dal soggetto sponsorizzante l'evento.

Tale conflitto assume caratteristiche non lievi qualora l'invitato rivesta una qualche forma di potere decisionale, o anche solo consultivo, in ordine alla scelta dei prodotti da utilizzare nell'attività lavorativa, come anche disciplinato dal codice di comportamento aziendale, che prevede l'utilizzo di specifica modulistica e relative sanzioni.

Tali aspetti sono stati oggetto di approfondimento da parte del Gruppo Regionale dei Responsabili per la prevenzione della corruzione degli enti del SSR, che ha elaborato un documento contenente indicazioni e criteri per la valutazione preventiva per la concessione dell'autorizzazione e la relativa modulistica, da inserire nelle suddette procedure e la relativa modulistica che devono essere adottati dalle Aziende.

Il Policlinico con deliberazione n. 1113 del 07.07.2022 ha approvato il regolamento e la relativa modulistica specifica, contenente specifiche procedure operative che disciplinino le modalità di partecipazione alle suddette iniziative di formazione e che delimitino la discrezionalità nell'individuazione dei partecipanti alle stesse, mirando ad escludere chi ha o potrebbe avere un potenziale conflitto di interesse e/o interessi economici significativi con l'attività dello sponsor/promoter.

## **Programmazione misure di prevenzione della corruzione per il 2023**

**Per il 2023 sono state mantenute le misure esistenti, integrandole con le misure generali di prevenzione della corruzione previste nella parte speciale del PNA 2022 riguardanti in particolare il conflitto di interessi in materia di contratti pubblici e gli interventi finanziati con i fondi del PNRR, di seguito meglio descritte.**

### **a. Misure di disciplina del Conflitto di interessi - Contratti pubblici**

In data 16.11.2022 ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 che contiene specifiche disposizioni in materia di contratti pubblici e conflitto di interessi, con particolare riguardo all'ambito di applicazione dell'art. 42, d.lgs. n. 50/2016, che trovano applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici.

Si ritiene opportuno fornire una sintesi delle principali disposizioni e ricordare i principali adempimenti previsti dal PNA e le misure di prevenzione della corruzione che dovranno essere inserite nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023 che deve essere approvato entro il 31 gennaio 2023.

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

### **Soggetti ai quali si applica l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici**

#### **Fase di gara**

- personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato;
- il RUP;
- soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna;
- soggetti esterni coinvolti nell'affidamento, come progettisti esterni commissari di gara, collaudatori.

## Fase esecutiva

- il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e, ove nominati, eventuali loro assistenti, specie negli affidamenti particolarmente complessi;
- il coordinatore per la sicurezza;
- l'esperto per accordo bonario;
- gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni;
- i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti;
- gli organi deputati alla nomina del Direttore dell'esecuzione/Direttore dei lavori o del RUP;
- i subappaltatori.

## Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 42

- Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari e speciali sopra e sottosoglia;
- Contratti pubblici esclusi dal Codice.

## MISURE DI PREVENZIONE

Il PNA individua una serie di misure di prevenzione del conflitto di interessi che devono essere inserite all'interno dei propri PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

### A. Le dichiarazioni

La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Le dichiarazioni da rendere riguardano i seguenti soggetti e vengono raccolte utilizzando la specifica modulistica approvata dal Gruppo Regionale degli RPCT di seguito riportata:

- a. il dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio o dell'incarico; **(Mod. 1 bis, Mod. 2)**
- b. il RUP, per ogni singola gara deve rendere una dichiarazione attestante l'assenza di conflitto interessi come prescritto dall'art. 42, comma 2 del D.Lgs 50/2016 al soggetto che lo ha nominato e al proprio superiore gerarchico; **(Mod. 18)**  
Il superiore gerarchico, competente alla nomina, valuta la sussistenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi che emergano dalla relativa dichiarazione resa dal soggetto interessato, in conformità alle indicazioni formulate da ANAC nella Parte speciale "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici" del PNA;
- c. I componenti delle commissioni di gara; **(Mod. 16 bis)**
- d. i dipendenti, che per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, devono fornire un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento **Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali.**

### Modalità di compilazione e di raccolta delle dichiarazioni

Le dichiarazioni sono rese per quanto a conoscenza del soggetto interessato e riguardano ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza, pertanto:

- la stazione appaltante acquisisce le dichiarazioni e provvede a protocollare, raccogliere e conservare le stesse unitamente agli atti di gara;

- gli uffici competenti della stazione appaltante ((ufficio gare e contratti) possono effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP. Tali controlli devono però essere avviati ogni volta che sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate.

In particolare, il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- sollecitare il rilascio delle dichiarazioni ove non siano state ancora rese;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente. La verifica sulla dichiarazione del RUP viene svolta in primo luogo dai soggetti che lo hanno nominato o dal superiore gerarchico. Resta fermo che gli uffici competenti dell'amministrazione - nell'ambito dei propri controlli a campione sulle dichiarazioni - possono comunque sottoporre a ulteriore verifica anche le dichiarazioni rese dal RUP;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

### **Verifiche e controlli**

Le verifiche sono svolte contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, liberamente accessibili relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

### **B. La rotazione**

L'Autorità ha da tempo raccomandato il rispetto del criterio della rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP (cfr. PNA 2015, Parte speciale, Contratti pubblici; LLGG n. 15/2019, § 10), quale misura di prevenzione del rischio corruttivo.

### **C. Misure di verifica**

Il RPCT ha il compito di verificare che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state **correttamente acquisite dal responsabile dell'ufficio di appartenenza / ufficio competente alla nomina e dal RUP e raccolte, protocollate e conservate, nonché tenute aggiornate dagli uffici competenti** (ufficio gare e contratti). Inoltre interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara.

### **D. Misure di trasparenza**

ANAC ha integrato gli obblighi di pubblicazione nella sezione di Amministrazione Trasparente indicati nell'Allegato al PNA 2022 "Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" sotto sezione 1° livello - bandi di gara e contratti (sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione "bandi di gara e contratti" dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1134/2017)

## **ADEMPIMENTI CONSEQUENTI**

Per la realizzazione dei sopradescritti adempimenti sono state previste le seguenti le misure generali di prevenzione quali:

- ✓ individuazione dei criteri di rotazione nella nomina del RUP;
- ✓ chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi;



- ✓ modifica degli attuali patti di integrità inserendo specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari, ai quali si richiede la preventiva dichiarazione della insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente con la previsione di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti;
- ✓ attestazione da parte del RUP all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi.

#### **b. Misure di trasparenza - Rendicontazione interventi finanziati con fondi PNRR**

Con l'erogazione dei finanziamenti previsti dal PNRR si profilano nuovi rischi.

Al fine della corretta rilevazione contabile e tracciamento del finanziamento, si è provveduto a creare una causale apposita (PNRR) e a identificarne opportune di uscita.

La Regione Liguria con nota PG 21121/22 ha comunicato di aver istituito appositi capitoli di entrata/spesa nel bilancio regionale e con mail successiva ha proposto la creazione di conti nuovi in funzione delle diverse fonti di finanziamento e cofinanziamento e ha dato indicazioni contabili per la registrazione dei finanziamenti, del loro utilizzo e della futura sterilizzazione.

Inoltre, al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati al Policlinico, all'interno della Sezione Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti” è stata creata la sottosezione “**Progetti PNRR**” nella quale sono pubblicati i riferimenti generali e i prospetti riepilogativi relativi alle procedure in essere e ai finanziamenti stanziati ed utilizzati, che vengono aggiornati trimestralmente.

#### **c. Misure di formazione**

La misura è costantemente oggetto di studio e aggiornamento da parte del Gruppo di lavoro regionale in materia di prevenzione della corruzione e viene attuata in modo uniforme in ambito regionale mediante la realizzazione di programmi di formazione regionale rivolti:

- ai neoassunti mediante erogazione del corso Fad “La legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione”
- ai dirigenti/coordinatori/funzionari delle strutture sanitarie maggiormente esposte a rischio corruzione, mediante erogazione del corso Fad "Metodologia per l'analisi, la Valutazione e la Gestione dei Rischi Corruttivi sulla base del PNA 2019 e delle Linee Guida ANAC"

**Per il 2023, oltre a proseguire l'erogazione delle sopradescritte attività formative, si ritiene opportuno programmare le seguenti ulteriori attività:**

- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio;
- Approfondimenti su inconfiribilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie.

#### Misure specifiche

**Le misure specifiche** sono individuate, programmate e dettagliatamente riportate nelle sopradescritte tabelle relative alla mappatura dei processi con l'indicazione dei responsabili, i tempi e le fasi di realizzazione, gli indicatori di monitoraggio. **Appendice 1**

**Nel corso del 2022 oltre a quelle già esistenti sono state realizzate ulteriori misure specifiche di prevenzione della corruzione di seguito meglio descritte.**

### **Utilizzo auto di servizio**

Con la deliberazione n. 747 del 10 novembre 2021 ad oggetto "Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione", ANAC, allo scopo di scongiurare i possibili usi impropri delle auto di servizio che possono configurare anche condotte assistite da norme penali (ad esempio art. 314, co. 2 c.p, sul peculato d'uso), e che, in ogni caso, costituiscono manifestazione di cattiva gestione e di uso improprio di risorse pubbliche, raccomanda alle amministrazioni di valutare, in sede di predisposizione dei propri PTPCT, di programmare nell'ambito dell'area di rischio attinente alla "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri e di svolgere un attento monitoraggio sull'attuazione delle misure introdotte.

In ottemperanza alle suddette disposizioni, il Policlinico ha predisposto il Regolamento per l'utilizzo degli automezzi in dotazione contenente l'aggiornamento delle attuali istruzioni operative, la rendicontazione dell'utilizzo dei veicoli, la regolare tenuta di un libretto di ciascun veicolo e l'organizzazione di controlli.

L'adozione e il rispetto di tali disposizioni sono state inserite nell'ambito di una specifica mappatura del processo relativo all'utilizzo dei veicoli aziendali di competenza della Direzione delle Professioni Sanitarie alla quale afferisce il Servizio Autisti.

Inoltre, sul sito internet, alla voce "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Dati Ulteriori" è stata predisposta la sottosezione denominata "Monitoraggio auto aziendali", nella quale viene pubblicato il prospetto contenente i dati relativi all'autoparco aziendale comprendente sia i veicoli di proprietà che quelli condotti in leasing e che viene aggiornato annualmente.

### **Revisione misure specifiche appalti pubblici**

Per quanto riguarda i contratti di appalti pubblici, oltre alle misure generali in materia di conflitto di interessi sopradescritte, alla luce del risultato dei monitoraggi sulla idoneità ed efficacia delle stesse effettuati nel corso del 2022 e in attuazione del programma di seguito meglio descritto, sono state progettate e programmate nuove e più efficaci misure specifiche di prevenzione relativamente agli appalti di lavori, servizi e forniture, come dettagliatamente riportato nelle relative griglie della mappatura dei processi allegati al presente documento. **Appendice 1**

Inoltre, come sopra evidenziato, le schede relative alle mappature e alle misure specifiche di prevenzione della corruzione sono state aggiornate e integrate, con particolare riferimento a quelle relative all'area "Contratti pubblici - Affidamento forniture beni servizi e lavori" secondo le indicazioni riportate nella Parte Speciale del PNA 2022 riguardante il PNRR e i contratti pubblici.

Al riguardo, è stata predisposta una ulteriore unica mappatura per i processi interessati dalle misure previste nella suddetta parte speciale, comprendente tutte le Strutture (U.O. Attività Tecniche, U.O. Attività Economiche e Approvvigionamento, U.O. ICT) che gestiscono appalti pubblici. (**Appendice 1 – Scheda 11**)

Esse costituiscono misure specifiche per ogni /fase del processo relativo ai contratti pubblici e corrispondono alle misure generali specificate nella tabella relativa alle misure generali di prevenzione individuate nell'**Appendice 3**.

### **Proroghe / rinnovi contratti pubblici**

Alla luce delle indicazioni contenute nel PNA 2022 – 2024, con riferimento alle proroghe contrattuali, sono state individuate le seguenti ulteriori misure specifiche nell'ambito della mappatura relativa ai contratti pubblici (lavori, forniture e servizi) per prevenire il ricorso alle proroghe, anche sulla scorta delle direttive fornite dall'ANAC:

- a. Attivazione di audit interni a campione volti ad analizzare la documentazione specifica delle proroghe non tecniche;
- b. check list di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione alle direttive/linee guida interne adottate, da trasmettersi periodicamente al RPCT;
- c. obbligo di comunicare tempestivamente al RPCT la presenza di ripetuti affidamenti (di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza ai medesimi operatori economici) al fine di consentire allo stesso di attivare un monitoraggio specifico;
- d. Inserimento delle clausole previste nei Patti di integrità all'interno di qualunque contratto compreso quello di eventuali proroghe (tecniche e non tecniche);
- e. Trasmissione al RPCT con cadenza annuale di un elenco di tutti i contratti in scadenza.

Le misure sopra indicate sono state progettate in fasi, soggetti responsabili di attuazione e indicatori di monitoraggio e condivise con gli uffici interessati.

Sulla base delle scadenze indicate nelle schede di progettazione delle suddette misure si provvederà ad effettuare un costante monitoraggio per verificarne il livello di attuazione. Alla fine di ogni anno sarà inoltre cura del RPCT constatare l'efficacia delle misure individuate nel ridurre il numero di concessioni di proroghe non tecniche.

### 2.3.7 Monitoraggio delle misure di prevenzione - Audit e controlli

#### Procedure adottate per il monitoraggio e risultati

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 approvato da ANAC in data 16 novembre 2022 sono stati trattati con particolare attenzione la programmazione ed il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, già oggetto di approfondimento del PNA 2019.

In conformità alle succitate disposizioni, il RPCT, dall'approvazione del PIAO ad oggi, ha provveduto al monitoraggio delle misure generali e specifiche secondo la programmazione descritta nei succitati documenti del Policlinico.

In particolare, come previsto da ANAC, considerate le dimensioni e l'elevato livello di complessità del Policlinico, è stato previsto un sistema di monitoraggio delle misure generali e specifiche su due livelli, in cui il primo viene effettuato direttamente da ciascuna Struttura che è chiamata ad adottare le misure, e il secondo in collaborazione con il RPCT.

Nel primo livello ogni Referente per la prevenzione della corruzione ha provveduto a completare le rispettive tabelle riepilogative riguardanti l'applicazione delle misure di prevenzione generali e specifiche, predisposte e conservate agli atti del RPCT.

Dopo la prima fase di autovalutazione da parte delle singole Strutture, in accordo con la Direzione Amministrativa, il RPCT ha predisposto le tempistiche del monitoraggio e la programmazione di audit e incontri con i Referenti per la prevenzione della corruzione, al fine di verificare e monitorare l'attuazione delle misure in forma partecipata, con la supervisione del RPCT stesso e il contributo dei dirigenti e funzionari delle singole unità organizzative.

Il monitoraggio riguarda sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

A seguito di tali incontri, dei quali sono stati redatti dettagliati verbali conservati agli atti del RPCT, vengono altresì concordate specifiche linee guida e istruzioni operative per migliorare l'applicazione delle misure stesse.

A conclusione del 2022, ogni referente ha provveduto con il supporto del RPCT, a completare le rispettive tabelle riepilogative riguardanti l'applicazione delle misure di prevenzione generali e specifiche nelle quali è stato riportato sinteticamente lo stato di attuazione delle singole misure specifiche, accompagnato da una dettagliata descrizione da parte del dirigente responsabile / referente per la prevenzione della corruzione, del monitoraggio sull'attuazione delle misure specifiche indicate nelle rispettive mappature dei processi specificate per ogni singolo processo. Tutta la documentazione è conservata agli atti del RPCT.

Inoltre, l'applicazione delle misure generali è stata riportata nella colonna "TARGET" 2022 dell'Appendice 3 e viene sintetizzata nella seguente tabella.

Misura	Pianificata	Attuata
Codice di comportamento	Si	Si
Inconferibilità – incompatibilità	Si	Si
Incarichi extraistituzionali	Si	Si
<i>Whistleblowing</i>	Si	Si
Formazione	Si	Si
Trasparenza	Si	Si
Svolgimento attività successiva cessazione lavoro – pantouflage	Si	Si
Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	Si	Si
Rotazione ordinaria del personale	Si	No
Misure di controllo attività diagnostica	Si	Si
Monitoraggio dei tempi procedurali	Si	Si

Dalla tabella sopra riportata si evince che tutte le misure generali programmate nel PTPC 2022-2024 sono state attuate ad eccezione della rotazione ordinaria del personale, che risulta in fase di realizzazione.

L'attività di monitoraggio riguardante l'attuazione delle misure è stata svolta predisponendo un rendiconto del monitoraggio svolto nel 2022 che è stata la base per predisporre la relazione recante i risultati dell'attività svolta ai sensi del c. 14 art. 1 della L. n. 190/2012.

### Area contratti pubblici

#### Monitoraggio e valutazione idoneità misure per i rinnovi e le proroghe contrattuali

Come già evidenziato nel presente documento, il Policlinico in considerazione sia delle indicazioni di ANAC poi confluite nel PNA 2022, sia del più ristretto periodo di riferimento dall'approvazione del PIAO (secondo semestre 2022), ha ritenuto di approfondire maggiormente uno specifico settore, ed in particolare l'area dei **contratti pubblici**.

Si ritiene opportuno descrivere il processo seguito per il di monitoraggio misure specifiche riguardanti i rinnovi e le proroghe contrattuali.

Nella relativa Mappatura dei processi, L'U.O. Attività economali e di approvvigionamento che espleta procedure di gara per l'affidamento di forniture e servizi ha programmato le seguenti misure specifiche per la fase relativa ai rinnovi/proroghe, per le quali è stata effettuata una breve relazione che da evidenza della puntuale attuazione delle stesse per tale fase del processo:

1. obbligatoria indicazione nei bandi di gara o nella documentazione di gara dell'opzione di rinnovo e indicazione della base d'asta comprensiva dell'opzione di rinnovo;
2. segregazione delle funzioni: assunzione del Codice CIG da parte di soggetto diverso rispetto all'istruttore con campo obbligatorio in relazione all'opzione di rinnovo;
3. segregazione delle funzioni: verifica della documentazione di gara da parte di uffici diversi rispetto all'istruttore;
4. compilazione di formulari per la predisposizione dei bandi di gara e dei codici CIG con espressa indicazione di campi per l'opzione di rinnovo.

Come dichiarato dal dirigente responsabile, ai rinnovi è conferita attuazione a seguito di specifica previsione all'interno dei bandi/documentazione di gara o a seguito di precise indicazioni da parte della Stazione Unica appaltante Regionale tramite Decreto.

Inoltre è stato redatto un report "verifica attuazione delle misure" dal quale è emerso che la totalità dei 33 provvedimenti di rinnovo adottati nel corso del 2022 è stata effettuata a fronte di espressa previsione a monte dell'opzione di rinnovo o su decreto SUAR.

Dal report si evince altresì come l'iter per l'adozione di rinnovi avvenga sulla base della segregazione delle funzioni, in considerazione della diversità dei soggetti che provvedono rispettivamente, all'istruttoria, all'assunzione del CIG e alla verifica della documentazione amministrativa.

Inoltre, è stata prevista la valutazione dell'idoneità delle misure relative alle proroghe contrattuali.

Al fine di valutare l'efficacia delle misure programmate, con particolare riferimento al processo relativo alle proroghe, sono stati individuati indicatori specifici chiedendo comunque alle U.O. afferenti all'area contratti di compilare una tabella, con relativa relazione descrittiva, al fine di valutare l'idoneità delle suddette misure.

Gli indicatori sono i seguenti:

1. numero delle proroghe assunte;
2. numero delle proroghe assunte rispetto al totale delle procedure di gara espletate;
3. numero delle proroghe tecniche in attesa della definizione delle procedure di gara già avviate;
4. numero delle proroghe non tecniche.

### Considerazioni e spunti di miglioramento

Nel corso di svolgimento delle descritte valutazioni, anche alla luce delle più recenti disposizioni normative e del PNA 2022 – 2024 approvato con delibera del Consiglio di ANAC n. 7 del 17.01.2023, sono emersi nuovi spunti per la più efficace attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione da parte degli uffici aziendali coinvolti nei processi di loro competenza.

Pur rimanendo in capo al RPCT, il compito di delineare i criteri e le procedure organizzative per l'attuazione degli obblighi previsti dalla normativa, spetta ai dirigenti coadiuvati dal personale appositamente individuato per dare concretamente attuazione al processo di gestione del rischio.

In particolare, deve essere effettuata dalle strutture interessate una più dettagliata mappatura dei processi, individuando rischi concreti, misure di prevenzione più specifiche ed indicatori di attuazione oggettivi, assumendosi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate del PTPCT o nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale.

Sarebbe inoltre opportuno tenere conto in sede di valutazione della performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo della gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

A tal fine, il Gruppo di Lavoro regionale sta effettuando specifici incontri per elaborare indicazioni alle Aziende sanitarie.

## **PARTE II - TRASPARENZA E ACCESSIBILITA' TOTALE**

### **2.3.8 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico**

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, valido per il triennio 2022-2024, è stato adottato dall'Ospedale Policlinico San Martino ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 con la deliberazione n. 623 del 13 aprile 2022.

Successivamente è stato recepito all'interno della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2022 – 2024, adottato con Delibera n. 1059 del 30.06.2022.

**Esso viene integralmente richiamato nell'ambito del presente aggiornamento per il triennio 2023 - 2025.**

[Delibera n. 623 del 13.04.2022 - Approvazione dell'aggiornamento al Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza \(PTPCT\) 2022-2024 - Ospedale San Martino](#)

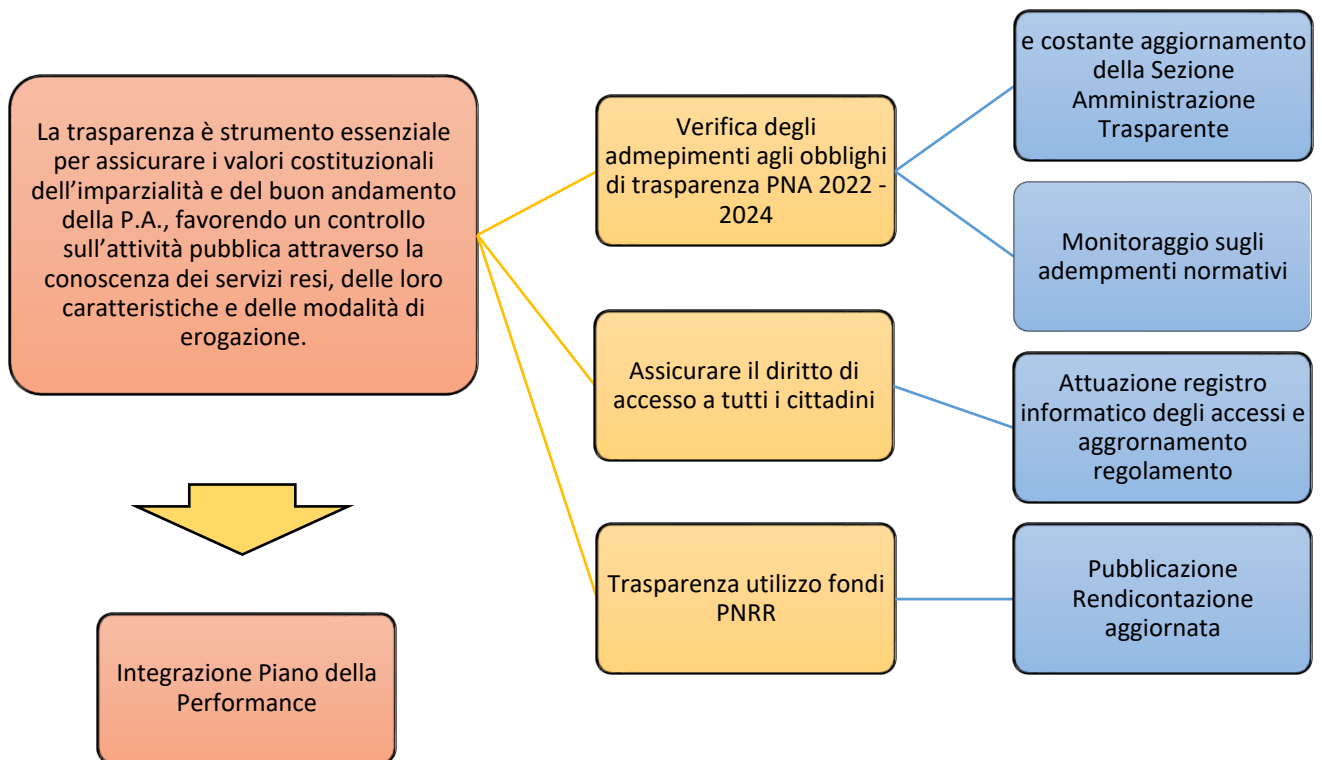
[Piano integrato di attività e organizzazione dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino - approvato con deliberazione n. 1059 del 30.06.2022 - Ospedale San Martino](#)

**Nel presente documento vengono quindi riportate le attività svolte nel 2022 e quelle programmate per il 2023.**

### **2.3.9 Obiettivi strategici**

Il Policlinico, al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, anche in conformità della citata nota prot. n. 2505/23 del Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria, ha individuato in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- a. verificare gli adempimenti agli obblighi sulla trasparenza, con particolare riferimento ai contratti pubblici, come previsto dal PNA 2022 – 2024.
- b. garantire all'utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure;
- c. programmare misure di trasparenza relativamente all'utilizzo dei fondi del PNRR;



Gli obiettivi del Programma sono stati formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nel Piano della Performance.

L'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei report nelle tempistiche previste, viene inserito quale obiettivo di performance individuale nelle schede di budget per l'anno 2022 nelle relative schede.

### 2.3.10 La Sezione "Amministrazione Trasparente" del Policlinico

L'attività del Policlinico in tema di trasparenza consiste principalmente nella gestione all'interno del sito Internet istituzionale della sezione "Amministrazione Trasparente", completa di tutte le relative sottosezioni; secondo le normative legislative regolamentari vigenti (D.lgs 33/2013, modificato dal 97/2016).

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del Policlinico accessibile dalla Home

[www.ospedalesanmartino.it](http://www.ospedalesanmartino.it)

La sezione deve essere costantemente implementata e aggiornata.

Gli obblighi di pubblicazione vigenti, con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione delle Strutture responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato e della sua pubblicazione sono riepilogati nella tabella **ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE riportata nell'Appendice 4.**

La suddetta tabella è stata aggiornata secondo le indicazioni previste dal PNA 2022 – 2024 approvato con Delibera del Consiglio di ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 integrando le colonne già esistenti la con l'indicazione dei soggetti responsabili dell'elaborazione dei dati e del monitoraggio e dei tempi per il monitoraggio stesso.

Conseguentemente, nella sezione vengono schematizzati:

- ✚ la denominazione dell'obbligo di trasparenza;
- ✚ il dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati;

- ✚ il dirigente responsabile della trasmissione dei dati;
- ✚ il dirigente responsabile della pubblicazione dei dati;
- ✚ il termine di scadenza per la pubblicazione e quello per l'aggiornamento dei dati;
- ✚ il monitoraggio con l'indicazione del soggetto responsabile e delle relative tempistiche.

### Riorganizzazione della sezione "Amministrazione trasparente"

I dati di tutte le sezioni di Amministrazione Trasparente sono trasmessi e pubblicati secondo procedure informatizzate, con tempistiche ben definite e specificate nel programma triennale per la trasparenza e nello specifico schema recante gli obblighi di pubblicazione allegato al PTPCT oltre che nelle sezioni del PIAO "Semplificazione e Digitalizzazione" e "Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico".

Responsabili della pubblicazione sono i Responsabili delle UU.OO. che detengono i dati e il RPCT per i rispettivi settori di competenza.

Alla luce del percorso migliorativo riguardante l'implementazione dei sistemi informatici del Policlinico, di concerto con l'U.O. ICT, unitamente a SIAV (società provider del sistema di protocollo) è stato avviato già dal 2021 ed è proseguito nel 2022, un nuovo sistema di pubblicazione e migrazione delle determinate che permette, all'atto dell'inserimento nel programma *Archiflow*, la predisposizione e la successiva pubblicazione all'interno della corrispondente sezione della pagina Amministrazione Trasparente, migliorando quindi qualità e quantità delle pubblicazioni, snellendo soprattutto le relative procedure di "upload" da parte degli operatori interessati (Referenti o loro staff).

Anche nel corso del 2022 è proseguito il rapporto di collaborazione con l'U.O. ICT responsabile dei servizi informatici del Policlinico, sia per semplificare le modalità di pubblicazione per i vari operatori/referenti, che per migliorare il flusso degli aggiornamenti.

Oltre alla già attuata digitalizzazione del processo di adozione e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali, è in fase avanzata la digitalizzazione del processo di adozione degli atti deliberativi all'interno del sistema di gestione documentale amministrativa e di protocollo informatico.

Tale attività è correlata all'introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovando sito pubblico aziendale per la sezione Amministrazione Trasparente.

E' inoltre allo studio unitamente a Liguria Digitale, gestore del sito istituzionale, la possibilità di indicare nelle varie sezioni della pagina Amministrazione Trasparente sia la data dell'ultimo aggiornamento che il numero di utenti visualizzatori.

### Monitoraggio dei dati

Il Programma Triennale per la Trasparenza inserito nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO adottato con Delibera n. 1059 del 30.06.2022, prevede, ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., specifiche misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale che vengono integralmente richiamati.

Il Responsabile della Trasparenza svolge periodicamente i controlli sullo stato di attuazione di quanto previsto nel PTPCT nella Sezione relativa alla Trasparenza, al fine di verificare le corrette modalità di pubblicazione, l'assolvimento dell'obbligo e soprattutto il costante aggiornamento di tutte le voci facenti capo alla pagina Amministrazione Trasparente del sito Istituzionale

In particolare viene sistematicamente monitorata l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione, richiedendo ai Referenti interessati il costante aggiornamento dei dati pubblicati. Il RPCT inoltre provvede direttamente



all'inserimento di numerosi dati e, ove possibile, all'adeguamento delle voci della Sezione Amministrazione Trasparente.

Inoltre il Responsabile della Trasparenza redige una relazione semestrale (entro il 31 marzo e il 30 settembre) che viene trasmessa alla Direzione Strategica e a tutte le Strutture interessate e obbligate a loro volta ad effettuare il monitoraggio dei dati e gli aggiornamenti.

**Come sopra specificato, in conformità a quanto previsto dal PNA 2022 – 2024, si è provveduto all'aggiornamento e all'integrazione della Tabella relativa agli obblighi di pubblicazione di cui all'Appendice 4, con i contenuti specificati nell'Allegato 2 al PNA.**

**La piena attuazione dell'adempimento relativo al monitoraggio sulla pubblicazione con l'indicazione del soggetto responsabile e delle relative tempistiche viene considerata come misura di prevenzione per la trasparenza da attuarsi entro il 2023.**

*Implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente e Misure di trasparenza programmate per il 2023*

#### **Integrazione tabella obblighi di pubblicazione**

Per il 2023 la suddetta tabella, è stata altresì integrata con l'allegato 9 al PNA 2022 -2024 ANAC "obblighi di pubblicazione nella sezione di Amministrazione Trasparente indicati nell' Allegato al PNA 2022 "Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" sotto sezione 1° livello - bandi di gara e contratti (sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione "bandi di gara e contratti" dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1134/2017).

**L'adempimento dei conseguenti obblighi è stato previsto come misura generale di prevenzione della corruzione.**

L'attuazione completa entro il 30 giugno 2023, è tuttavia subordinata alla effettiva attuazione delle procedure descritte nel paragrafo *Riorganizzazione della sezione "Amministrazione trasparente"* per poter trasferire automaticamente i provvedimenti già presenti e pubblicati sul sito nella Sezione Albo Pretorio nella corrispondente sezione dedicata.

#### **Rendicontazione interventi finanziati con fondi PNRR**

Come evidenziato nella prima parte della presente Sezione, al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell'ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR e finalizzati al Policlinico, all'interno della Sezione Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti" è stata creata la sottosezione "Progetti PNRR" nella quale sono pubblicati i riferimenti generali e i prospetti riepilogativi relativi alle procedure in essere e ai finanziamenti stanziati ed utilizzati, che vengono aggiornati trimestralmente.

#### **Registro informatizzato degli accessi**

La circolare n. 1/2019 avente ad oggetto "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)", integra la precedente circolare FOIA n. 2/2017 del Dipartimento della funzione e specifica ulteriormente le modalità di riutilizzo di sistemi di protocollo informatico e gestione documentale per la realizzazione del registro degli accessi presentati alle amministrazioni.

Con il supporto dell'U.O. ICT e SIAV, si è proceduto allo sviluppo di un sistema per la creazione del "registro informatico degli accessi" che permette la creazione automatica di tale registro, in ottemperanza alla normativa FOIA, tale da rappresentare automaticamente tutte le varie fasi delle istanze di accesso agli atti, attraverso il loro inserimento nella piattaforma del protocollo.

Nel corso del 2021 è stato acquistato un modulo applicativo del sistema di gestione del protocollo informatico e gestione documentale per la creazione del registro informatico degli accessi. Conseguentemente verrà

Nel corso del 2022 si è provveduto all'adeguamento delle procedure al suddetto programma mediante un collegamento al protocollo informatico, indispensabile per la realizzazione del registro informatico oltre a un link nella Sezione "Amministrazione Trasparente, e all'elaborazione e conseguente approvazione del Regolamento sull'accesso civico e documentale con deliberazione n. 44 del 23.01.2023.

### **2.3.11 Controlli e Responsabilità**

#### **Strumenti di verifica e controllo**

Il responsabile della Trasparenza e Integrità cura, con periodicità semestrale l'attuazione del Programma, con rilevazione degli scostamenti e relative motivazioni e segnalando eventuali inadempimenti.

Rimangono naturalmente ferme le competenze dei singoli dirigenti relative all'adempimento dei singoli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative di settore vigenti.

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

Sul sito web dell'amministrazione, nella sezione denominata "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", sarà pubblicato il presente programma.

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della Prevenzione può, in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati settori di attività.

Inoltre, può richiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile della Prevenzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare – anche solo potenzialmente – corruzione e illegalità.

#### **Le responsabilità**

Le prescrizioni tutte del presente piano sono immediatamente obbligatorie e vincolanti fin dal momento della sua approvazione e pubblicazione sul sito web aziendale.

Di seguito si riportano i principali riferimenti normativi in relazione al regime delle responsabilità.

#### **La responsabilità del responsabile della prevenzione**

- L. 190/2012 art. 1, comma 8: responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e mancata adozione di misure per la selezione e la formazione dei dipendenti.
- L. 190/2012 art. 1, comma 12: responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il responsabile della prevenzione non possa dimostrare le seguenti circostanze:
  - di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5,
  - di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

- L. 190/2012 art. 1, comma 14: responsabilità dirigenziale per ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano e per omesso controllo.
- D.Lgs. 33/2013 art. 46: responsabilità dirigenziale per inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa e per mancata predisposizione del Piano Triennale per la Trasparenza (P.T.T.)
- La responsabilità del responsabile della prevenzione è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia dipeso da causa a lui non imputabile.

### La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste per legge e quelle trasfuse nel presente P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti.

- 190/2012 art. 1, comma 14: la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

### La responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte

- L.190/2012 art. 1, comma 33: la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni prescritte dal piano aziendale:
  - costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 198/2009;
  - va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 165/2001
  - eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

## CRONOPROGRAMMA

Tempistica	Attività	Soggetto competente
Entro il 15 gennaio	Relazione annuale	RPCT
31 marzo o diverse indicazioni ANAC	Attestazione OIV obblighi di pubblicazione D.Lgs. 33/2013	OIV
Primo trimestre di ogni anno	Avvio contatti con le Strutture per la programmazione del monitoraggio delle misure previste	RPCT Direttori/Referenti
Entro il 31 ottobre di ogni anno	Avvio contatti con le Strutture per la mappatura dei processi e definizione di misure mitiganti	
Entro il 15 dicembre di ogni anno	Aggiornamento mappatura dei processi	Strutture aree a rischio
Entro il 31 ottobre di ogni anno	Adempimenti relativi all'allegato B – Misure generali obbligatorie	Strutture interessate
Entro il 30 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT di una relazione di monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 30 giugno ed il 30 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT dei questionari di autovalutazione per il monitoraggio dell'applicazione delle misure generali e specifiche (1° livello)	Referenti individuati nella Sezione PCT
Entro il 30 novembre di ogni anno	Trasmissione report contenente i seguenti dati: 1. numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; 2. numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni.	Responsabile Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

Entro il 30 novembre di ogni anno	Individuazione dei dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione a cadenza almeno annuale per le aree a maggior rischio corruttivo	Referenti
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Svolgimento programmi di formazione	RPCT SSD Formazione e Comunicazione

## DISPOSIZIONI FINALI

La presente Sezione PCT non è un documento statico ma sarà soggetta a revisioni e aggiornamenti che terranno conto dei seguenti fattori:

- a) modifiche normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- c) nuovi indirizzi o direttive fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C;
- d) nuove direttive in materia di gestione dei rischi individuate dall'ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione.



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **SOTTOSEZIONE 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

## SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa

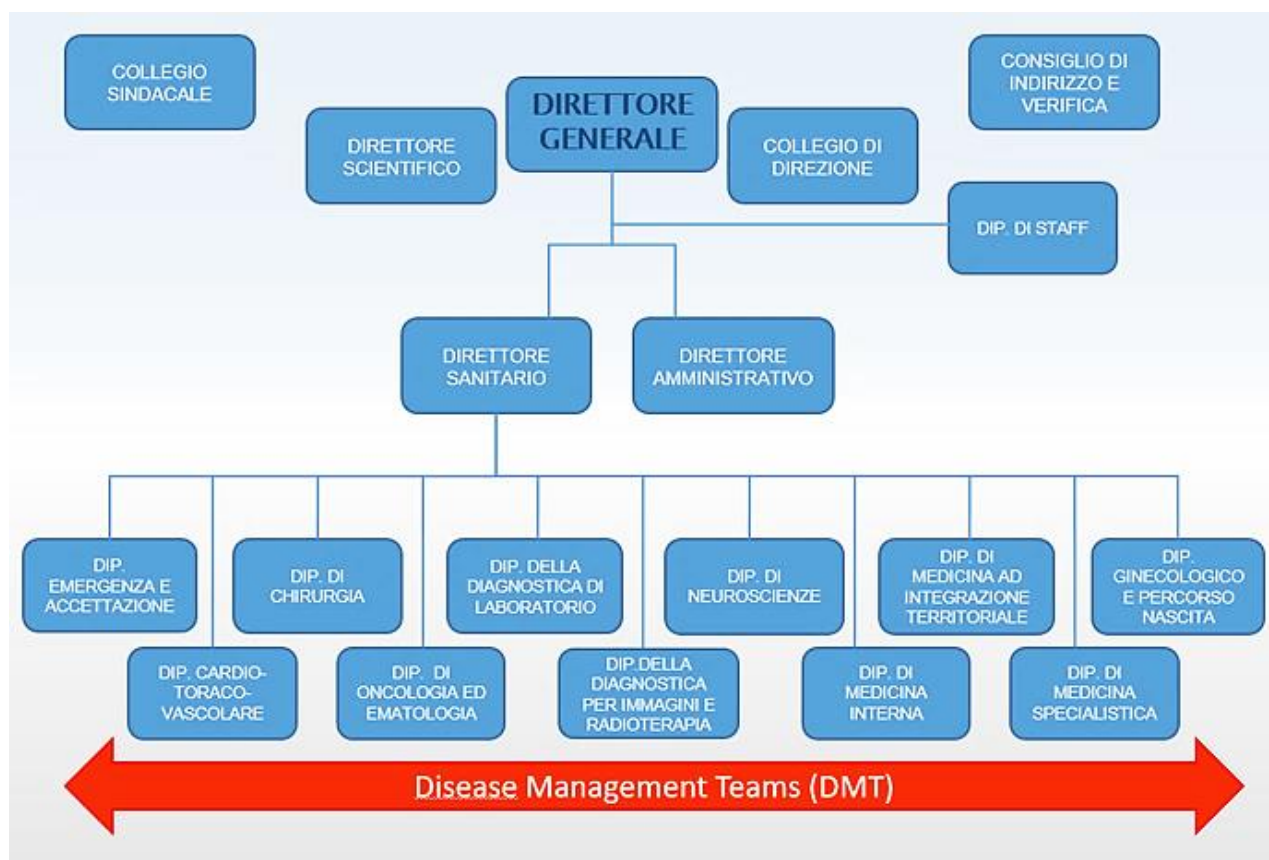
Questa Sottosezione contiene una descrizione del modello e dell'assetto organizzativo delle strutture facenti capo al Policlinico e i dati aggregati relativi al suo personale.

#### 3.1.1 Organigramma (descrizione modello organizzativo)

La struttura organizzativa del Policlinico si articola in:

- 7 strutture in staff alla Direzione Generale
- 12 strutture in line alla Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa
- 10 strutture in line alla Direzione Scientifica, dedicate alla ricerca
- 11 dipartimenti gestionali
- 70 Strutture Complesse
- 16 Strutture Semplici Dipartimentali
- 46 Strutture Semplici

A supporto dell'integrazione tra le strutture dipartimentali è stato introdotto lo strumento dei DMT (Disease Management Teams), ovvero la cooperazione dei diversi "attori" del processo assistenziale che, riuniti in un team multidisciplinare, analizzano insieme l'iter diagnostico terapeutico seguito per il paziente, agendo trasversalmente e superando così l'organizzazione verticale divisionale dei dipartimenti.



Come dettagliatamente specificato nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento del Policlinico, approvato con Deliberazione n. 582 del 20 Aprile 2018, reperibile al seguente link:

[ROF 1 - Regolamento di organizzazione e funzionamento - Ospedale San Martino](#)

Ed il successivo aggiornamento approvato con Deliberazione n. 1150 del 03 Agosto 2018, reperibile al seguente link:

[ROF 2 - Aggiornamento Regolamento di organizzazione e funzionamento - Ospedale San Martino](#)

In conformità con le indicazioni della Regione Liguria, le previsioni del D.Lgs. 23.12.2022, n. 200 in materia di riorganizzazione degli IRCSS, nonché del Protocollo di intesa Regione Università in fase di elaborazione, il Policlinico provvederà all'elaborazione e all'adozione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale.



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **SOTTOSEZIONE 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**



## Sottosezione 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile

La presente Sottosezione definisce le azioni e le strategie per sviluppare un'organizzazione dinamica, flessibile, partecipativa e responsabile finalizzata al miglioramento delle attività e dei servizi.

Tale modello agile comprende il lavoro a distanza e il suo sviluppo quale tipologia di organizzazione del lavoro.

### 3.2.1 Organizzazione del lavoro agile

#### Lo Smart working

Come riportato sul sito web della Camera dei Deputati “con il termine lavoro agile (o smart working) non si intende una tipologia contrattuale autonoma, ma ci si riferisce ad una particolare modalità di esecuzione del lavoro, consistente in una prestazione di lavoro subordinato che si svolge al di fuori dei locali aziendali, basata su una flessibilità di orari e di sede”.

Il Parlamento Europeo con la Risoluzione C 204/76 del 13 settembre 2016 sulla creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale, sostiene il Lavoro Agile quale “approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione, che non richiede necessariamente al lavoratore di essere presente sul posto di lavoro o in un altro luogo predeterminato e gli consente di gestire il proprio orario di lavoro, garantendo comunque il rispetto del limite massimo di ore lavorative giornaliere e settimanali stabilito dalla legge e dai contratti collettivi”, evidenziandone altresì il potenziale “ai fini di un migliore equilibrio tra vita privata e vita professionale”.

Con il Capo II, artt. 18 e ss L. 81/2017, il Legislatore ha introdotto nel nostro ordinamento una disciplina organica dello Smart Working il cui dichiarato scopo è incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

L'art. 18 sopra citato definisce lo smart working quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.

Il CCNL Comparto Sanità (2019-2021) sottoscritto il 2.11.2022 ha introdotto per la prima volta a livello di contrattazione collettiva disposizioni in materia di Lavoro Agile, nonché di altre forme di lavoro a distanza.

Il capo I del Titolo Vi definisce l'istituto, dettando i principi per la sua applicazione (ad es in tema di articolazione della prestazione in modalità agile, di diritto alla disconnessione, formazione).

Il dichiarato scopo dell'istituto secondo quanto previsto dal sopra citato CCNL è conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo al contempo l'equilibrio tra tempi di vita e lavoro”.

L'art. 5 del D.Lgs. n. 1055 del 2022 entrato in vigore il 13.08.2022 ha **previsto i seguenti criteri di priorità nell'accesso al Lavoro Agile:**

- Lavoratrici e lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità (art.3, comma 3, della L. n. 104/1992);
- Lavoratrici e lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della L. n. 104/1992;

- Caregivers ai sensi dell'art. 1, comma 255, della L. n. 205/2017.

### Prima applicazione del Lavoro agile nel Policlinico

L'istituto è stato utilizzato per la prima volta dal Policlinico a partire da marzo 2020 nella forma semplificata (ossia derogatoria rispetto alle previsioni della L. 81/2017) disciplinata dalla legislazione di emergenza per Sars-Cov-2.

Le principali fonti di riferimento durante l'emergenza erano costituite da:

- le Direttive 1-2-3/2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica
- le Circolari 1-2/2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica
- il DL 9/2020
- il DPCM 4 marzo 2020
- il DPCM 8 marzo 2020
- il DPCM 11 marzo 2020
- il DL 18/2020 (cd. Decreto Cura Italia) e s.m.i.
- il DL 34/2020 del 19.05.2020 (c.d. Decreto Rilancio) e s.m.i.

La normativa sopra richiamata ha modulato il lavoro agile in funzione dell'emergenza. Inizialmente ha disposto che per il periodo dello stato di emergenza, lo smart working costituisse la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle pubbliche amministrazioni, fatte salve le attività indifferibili e urgenti e non altrimenti erogabili.

Successivamente il D.L. 34/2020 ha rimodulato il lavoro agile allo scopo di adeguare la limitazione delle presenze del personale delle pubbliche amministrazioni alle esigenze della progressiva completa riapertura di tutti gli uffici pubblici e a quelle dei cittadini e delle imprese connesse al graduale riavvio delle attività produttive e commerciali. Come illustrato dalla Circolare della funzione pubblica n. 3 del 2020, la disposizione citata ha consentito il rientro in servizio anche del personale non adibito ad attività indifferibili ed urgenti.

I regolamenti approvati dal Policlinico nella suddetta fase hanno disciplinato e attuato il Lavoro Agile cd. "emergenziale", secondo i principi espressi dalla normativa sopra richiamata e quale strumento atto a contrastare la pandemia e a preservare la continuità dell'attività aziendale.

Scopi complementari sono stati anche:

- limitare gli spostamenti sul territorio da parte del personale per ridurre al minimo le occasioni di contagio durante il viaggio "verso" e "da" la sede di lavoro, agevolando, in primis, i dipendenti che si trovino ad una maggiore distanza dalla sede di lavoro e/o che debbano utilizzare mezzi pubblici;
- consentire ai dipendenti, nel caso di chiusura delle scuole, di conciliare al meglio tempo di lavoro e accudimento della prole;
- tutelare i dipendenti in particolari condizioni di salute (per esempio perché in stato interessante, o perché affetti da patologie croniche o con multimorbosità o stati di immunodepressione congenita o acquisita che li esporrebbero maggiormente al contagio o per i quali il contagio potrebbe mettere fortemente a rischio la vita, ecc);
- fronteggiare, attraverso il ricorso allo Smart Working, diverse e non prevedibili situazioni di impedimento/disagio dei dipendenti nel rendere la prestazione lavorativa presso la sede del Policlinico, dovute all'emergenza coronavirus.

Per la natura dei compiti istituzionali dell’Azienda, il lavoro agile ha interessato in modo preponderante i lavoratori addetti ad attività amministrative/tecniche (cfr. grafici di cui al par. Livelli di attuazione del Lavoro Agile).

Nel 2021 Il Governo e il Ministero per la Pubblica Amministrazione hanno varato provvedimenti tesi al graduale rientro in presenza dei dipendenti della PA, al superamento dello Smart Working “emergenziale” e al ritorno alla disciplina ordinaria dettata in materia dal D.lgs. 81/2017.

In tale ottica si pongono da ultimo le Linee Guida adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell’8.10.2021, approvate dalla Conferenza Unificata il 16.12.2021).

Il Decreto di cui trattasi dispone che nelle more della regolazione del lavoro agile nella contrattazione collettiva e dell’adozione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), l’accesso a tale modalità lavorativa può essere autorizzato alle seguenti condizioni:

- non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- assicurare la prevalenza del lavoro in presenza;
- garantire un’adeguata rotazione del personale autorizzato al lavoro agile;
- procedere alla sottoscrizione di un accordo individuale con ciascun lavoratore autorizzato al lavoro agile;
- garantire l’assoluta riservatezza delle informazioni e dei dati trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- prevedere un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- mettere in atto ogni adempimento al fine di fornire la dotazione tecnologica al lavoratore;
- assicurare il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- prevedere la rotazione del personale in presenza ove richiesto da misure di carattere sanitario.
- In tale fase il Policlinico ha fatto ricorso allo smart working ispirandosi ai principi sopra espressi.
- Nel contempo è stata predisposta una bozza di Regolamento per lo smart working cd. ordinario da sottoporre alle OO.SS..

### Livelli di attuazione del lavoro Agile

Come già rilevato, Il Policlinico ha fatto ricorso allo *Smart Working* per la prima volta nel 2020 in risposta all’emergenza Covid, attivando in tempi rapidi le procedure per l’accesso massiccio del personale la cui attività può essere resa con tale modalità lavorativa. Si è già evidenziato che l’istituto ha interessato prevalentemente figure amministrative/tecniche. Ciò è naturale conseguenza dei compiti istituzionali dell’Azienda (assistenza, cura e ricerca) ai quali sono addette le percentuali più alte di personale.

Dalla fine del 2021 si è assistito al graduale rientro in presenza e si è proceduto al vaglio delle misure per il passaggio dallo *smart working* emergenziale a quello ordinario con l’obiettivo di mantenere il lavoro Agile per il 15% del personale interessato da attività remotizzabili.

Nei primi 6 mesi del 2022 il lavoro agile ha ancora risentito della situazione di emergenza/post emergenza avendo interessato tra gli altri i lavoratori fragili, i lavoratori esonerati dalla vaccinazione Covid, personale positivo al Covid ma non in malattia, personale genitore di figli in età scolare in quarantena.

Di seguito alcune tabelle e grafici che illustrano i livelli di attuazione dello *smart working* nel 2020, 2021 e nei primi 5 mesi del 2022.

Anche per i mesi successivi al maggio 2022 il Governo ha più volte prorogato il ricorso all'istituto quale normale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa per i Lavoratori Fragili.

In ultimo il ricorso al Lavoro Agile per i Lavoratori Fragili è stato confermato dalla legge di Bilancio 2023 fino al 31.03.2023.

**Tabella 1**

<b>PERSONALE CHE HA USURUITO DELLO SMART WORKING</b>		
<b>ANNO</b>	<b>UNITA'</b>	<b>MEDIA GIORNI</b>
<b>2020*</b>	385	47,61
<b>2021**</b>	251	45,34
<b>2022***</b>	70	18,96

\*dati riferiti al periodo dal 03.03.2020 al 31.12.2020

\*\* dati riferiti al periodo dal 1.01.2021 al 31.12.2021

\*\*\*dati riferiti al periodo dal 01.01.2022 al 31.05.2022

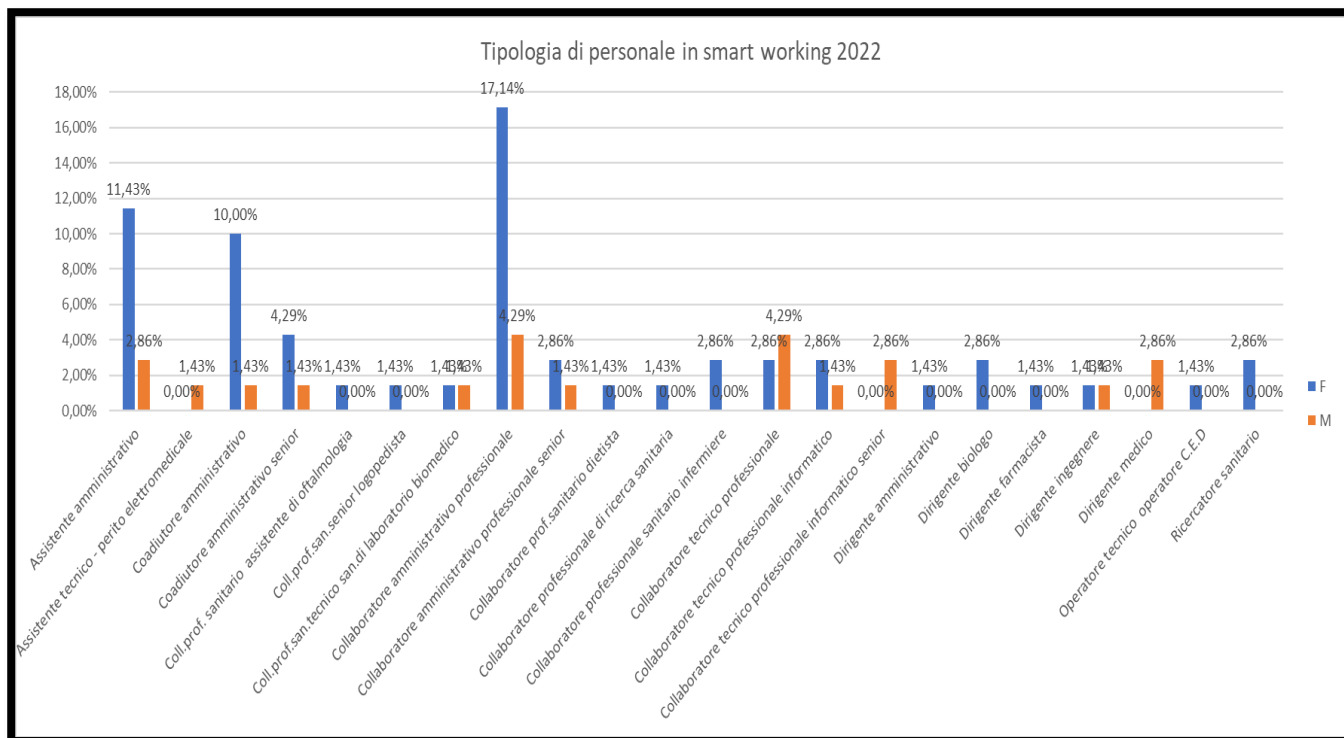
La tabella 1 rispecchia l'andamento dell'emergenza e della legislazione emergenziale come sopra illustrata (in particolare il "lock down" nel 2020 e il graduale ritorno in presenza dal 2021).

I grafici 1, 2, 3, illustrano le tipologie di personale che hanno fatto ricorso allo smart working, ulteriormente suddivise per sesso.

I grafici rispecchiano quanto sopra evidenziato: il lavoro agile ha interessato in modo prevalente le professionalità amministrative e tecniche. Si denota, inoltre, un maggior ricorso allo smart working da parte del personale di sesso femminile.



### Grafico 3



### **Modalita' attuative - Processi del lavoro agile - Strumenti**

#### **Bozza del regolamento e suo oggetto**

Nel periodo emergenziale il Policlinico ha fatto ricorso a un regolamento per la disciplina dello smart working e ha predisposto una bozza di regolamento da sottoporre alle OO.SS. per il regime ordinario. Il ricorso a un regolamento ha lo scopo di assicurare uniformità nell'applicazione dell'istituto.

La disciplina dettata dalla bozza di Regolamento è stata oggetto di revisione a seguito delle modifiche introdotte dal D.lgs. 105/2022 e della sottoscrizione del CCNL Comparto 2019-2021 sopra citato.

Il documento indica la platea dei destinatari, il contingente di personale da destinare all'istituto, gli scopi, i criteri di accesso, le modalità di fruizione, le attività escluse e ammesse, i criteri di priorità nell'accesso allo smart working. Tocca tematiche quali la sicurezza dei dati e del dipendente, il monitoraggio delle attività, la tutela assicurativa.

#### **Attività escluse e ammesse**

Le attività escluse e ammesse possono così riassumersi:

#### **Non possono essere svolte in modalità Smart Working:**

- le attività socio assistenziali e di cura;
- le attività da prestare su turni;
- le attività che comportino l'utilizzo di apparecchiature di lavoro fisiche o software per i quali non sia possibili l'accesso utilizzo in remoto (anche in relazione a problemi di costi, sicurezza del lavoratore, sicurezza delle informazioni);

- le attività che per loro natura o altro (*in primis* la sicurezza) non possano o sia meglio non svolgere in remoto al di fuori dei locali del Policlinico.

Possano essere svolte in modalità Smart Working le attività non rientranti nella casistica precedente e che in generale:

- possano essere attuate in autonomia dal dipendente;
- non necessitino di costante comunicazione con altro personale o per le quali il personale presente in sede non abbia necessità di contatto costante con il soggetto che richiede lo Smart Working;
- se rese in Smart Working risultino compatibili con le esigenze (organizzative e funzionali) dell'ufficio a cui il dipendente è assegnato;
- comportino un'agevole verifica dei risultati/obiettivi conseguiti dal dipendente in rapporto alle attività assegnate, mediante rendicontazione periodica che il Direttore/Responsabile di struttura conserva agli atti;
- non presuppongano il contatto diretto con l'utenza.

Informative su sicurezza dei dati e sicurezza personale - FAQ

Il documento è, inoltre, corredato da informative sulla sicurezza dei dati e sulla sicurezza del personale, nonché dalle FAQ pubblicate sul Portale del Dipendente, a cui si è fatto ricorso già nella fase emergenziale, che affrontano in modo snello e sintetico i principali quesiti operativi in materia, allo scopo di orientare più speditamente i dipendenti.

Processo per l'abilitazione al Lavoro Agile

Il processo per l'abilitazione al lavoro agile è disciplinato dal regolamento e trova ulteriore illustrazione nelle FAQ pubblicate sul portale del dipendente.

Esso si articola, come nei precedenti periodi, nelle seguenti macro-fasi:

- presentazione della domanda da parte del dipendente al Direttore Responsabile della SSD di afferenza
- Autorizzazione o diniego da parte del Direttore (Responsabile di SSD di afferenza)
- Esame da parte dell'U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane della completezza della documentazione presentata, richiesta all'U.O. ICT di abilitazione della connessione in remoto agli applicativi aziendali, abilitazione del dipendente alla timbratura virtuale.

Dotazione informatica

Potendosi fare ricorso alle sole risorse disponibili a legislazione vigente, la dotazione informatica attualmente è prevalentemente di proprietà o comunque nella disponibilità dei dipendenti. Essa deve avere i requisiti previsti nella apposita documentazione (es. antivirus attivo e aggiornato, connessione adsl minimo 10 Mb, sistema operativo Windows più recente con patch di sicurezza aggiornato).

Il Policlinico ha comunque destinato un certo numero di PC all'utilizzo da parte di dipendenti in lavoro agile.

Il lavoro agile può essere svolto con o senza connessione in remoto agli applicativi aziendali del Policlinico attraverso sistemi VPN. Gli strumenti per lo svolgimento del lavoro agile sono costituiti infatti oltre che dalla dotazione hardware anche dalla dotazione software alla quale hanno accesso i dipendenti (es. webmail, accesso a Portale del dipendente, Irisweb). In particolare, coloro richiedono l'accesso con la connessione in remoto agli applicativi aziendali oltre ad avere accesso alla posta elettronica e agli altri strumenti consultabili via web (es portale del dipendente, Irisweb, webmail), accedono anche ad altri applicativi non consultabili via web.

Le sale comuni per le riunioni sono state implementate con strumenti che permettono la possibilità di gestire riunioni a distanza (es. strumenti per videoconferenze) e quindi anche con il personale che si trovi in Lavoro Agile.

### Formazione

L'attivazione del lavoro agile comporta la necessità di prevedere una formazione specifica per il personale interessato.

Il PFA 2023/25 prevede la realizzazione di specifici percorsi formativi su questa tematica da rivolgere sia ai Direttori delle strutture interessate che ai Lavoratori coinvolti, con l'obiettivo di implementare le competenze organizzative e digitali, sia relativamente alle piattaforme da utilizzare che con riguardo alla salute e sicurezza sul lavoro.

La formazione in argomento, ulteriormente descritta al punto 3.4 di questo Piano, dovrà agire sulle competenze al fine di rafforzare il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni.

### **3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2023/2025)**

Il ricorso al Lavoro Agile ha lo scopo di raggiungere i seguenti macro obiettivi:

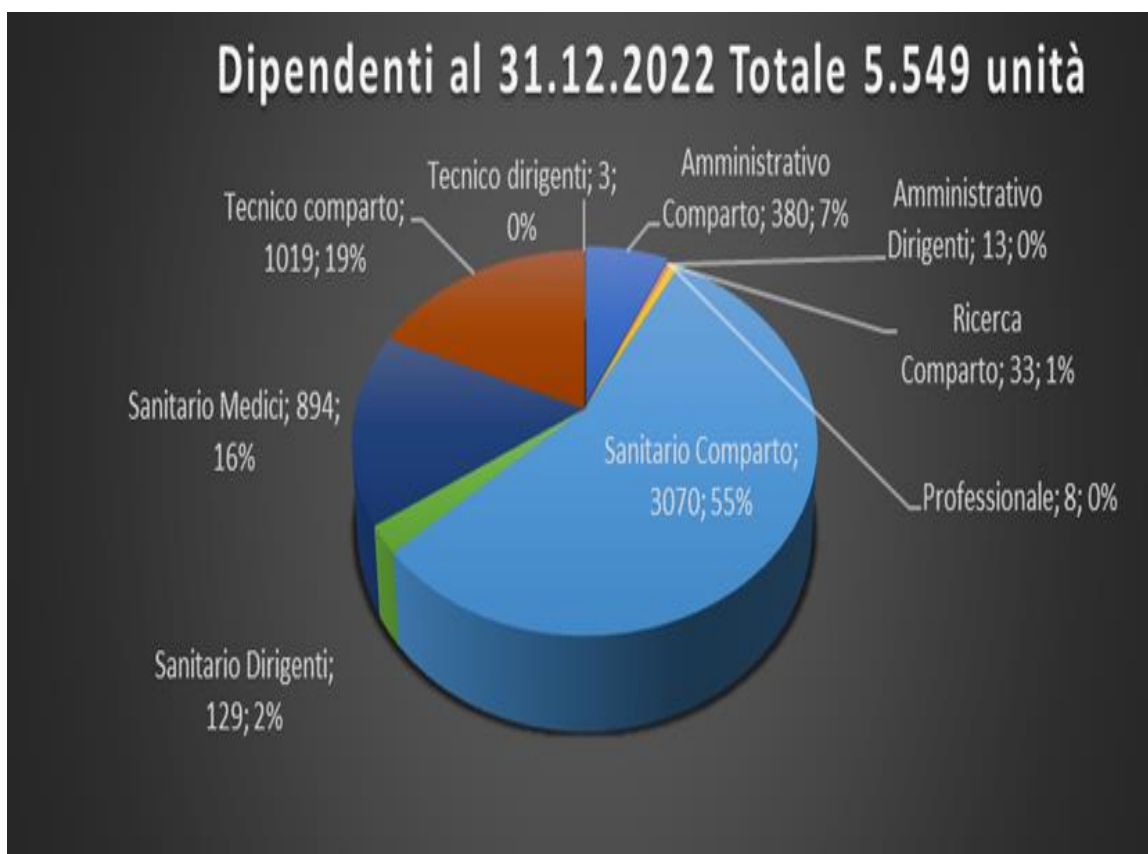
- ✚ promuovere un'organizzazione del lavoro che favorisca la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ✚ promuovere una cultura del lavoro e gestionale orientata agli obiettivi e ai risultati;
- ✚ promuovere la mobilità sostenibile, contribuendo alla diminuzione del traffico urbano ed extra-urbano e alla riduzione delle emissioni dovute agli spostamenti casa-lavoro e viceversa.

Il programma di sviluppo del lavoro agile si articola nelle 3 fasi di: 1) avvio; 2) sviluppo intermedio; 3) sviluppo avanzato e si connota per la sua gradualità strettamente connessa alle risorse disponibili e alla gradualità del processo di digitalizzazione dell'azienda.

Quale obiettivo generale l'azienda si pone il raggiungimento del 20% del personale in Smart Working addetto alle attività remotizzabili per 2 gg a settimana. Ciò in considerazione dell'impatto e delle ricadute che il ricorso a tale strumento da parte del personale tecnico/amministrativo ha sulle attività istituzionali del Policlinico (cura, assistenza, ricerca) che per loro natura come più volte sottolineato vengono svolte in sede.



Il grafico sottostante rappresenta il rapporto tra personale dipendente appartenente ai ruoli sanitari/ricerca e dedicato alle relative attività e il personale amministrativo/tecnico. I dati sono estratti al 31.12.2022.



Si deve inoltre considerare che molti lavoratori appartenenti al ruolo amministrativo/tecnico sono assegnati ad attività che devono essere rese in sede: a titolo esemplificativo le attività di front office svolte dalle segreterie dei reparti.

DIMENSIONE	INDICATORI	Base 2020-2021	Fase di Avvio 2022	Fase di sviluppo intermedio 2023	Fase di sviluppo avanzato 2024	Fase di mantenimento 2025	Obiettivo
CONDIZIONI ABILITANTI	SALUTE ORGANIZZATIVA						
	Coordinamento organizzativo del lavoro agile	SI	SI	SI	SI	SI	Mantenimento
	Monitoraggio del lavoro agile	SI	SI	SI	SI	SI	
	Help desk informatico dedicato al lavoro agile	SI	SI	SI	SI	SI	
	Programmazione lavoro per obiettivi	SI	SI	SI	SI	SI	
SALUTE PROFESSIONALE							Atti vizi one

	%dirigenti che hanno partecipato a corsi su competenza organizzative lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	n.d.	n.d.	n.d.	
	%lavoratori comparto che hanno partecipato a corsi su competenze organizzative lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	n.d.	n.d.	n.d.	
	%dirigenti che hanno partecipato a corsi su competenze digitali per lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	n.d.	n.d.	n.d.	
	% personale comparto che ha partecipato a corsi su competenze digitali per lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	n.d.	n.d.	n.d.	
	SALUTE DIGITALE						
Lavoratori dotati di laptop aziendale	28	31	45	60	mantenimento	mantenimento	
Lavoratori dotati di dispositivi e traffico dati aziendali	320	334	350	360	mantenimento	mantenimento	
Sistema VPN	SI	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
Intranet	SI	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
Sistemi di collaboration (es. Documenti in cloud)	SI	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
Lavoratori agili e non connessi da remoto agli applicativi aziendali	SI	SI (213)	SI (incremento fino a 20 unità)	SI (incremento fino a 20 unità)	mantenimento	aumento/mantenimento	

DIMENSIONE	INDICATORI	BASELINE 2020-2021	Fase di avvio 2022	Fase di sviluppo intermedio 2023	Fase di sviluppo avanzato 2024	Fase di mantenimen to 2025	OBIETTIVO
IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE	INDICATORI QUANTITATIVI						20% 2 alla settimana
	Lavoratori agili	2020: 385 2021: 251	70	15%	20%	20%	
	Giornate lavoro agile	Da 1 a 5 alla settimana	Da 1 a 5 alla settimana	1 a settimana	1 alla settimana	2 alla settimana	
	INDICATORI QUALITATIVI						
	Livello di soddisfazione sul lavoro agile	Da rilevare	Da rilevare	Da rilevare	Da rilevare	Da rilevare	



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **SOTTOSEZIONE 3.3 PIANO TRIENNALE**

### **DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE**

### Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Questa Sottosezione contiene il Piano triennale dei fabbisogni di personale, ossia lo strumento di definizione delle esigenze quanti-qualitative di personale nell'ottica di coniugare l'ottimale utilizzo delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, assicurando il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è l'atto di programmazione attraverso il quale l'organo di vertice dell'Amministrazione definisce il proprio bisogno di personale, nel rispetto dei vincoli finanziari e normativi derivanti dalla legislazione nazionale e regionale vigente, nonché in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della *performance*.

La programmazione del fabbisogno di personale, da attuarsi nel pieno rispetto del principio di legalità, deve informarsi a criteri di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta programmazione delle politiche di reclutamento e di sviluppo delle risorse umane. Inoltre, la pianificazione dei fabbisogni di personale, in quanto processo tra i più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, deve essere pienamente coerente con la disciplina in materia di anticorruzione.

La valenza triennale della programmazione di personale si collega, inoltre, intimamente al tema generale dell'*organizzazione amministrativa* e alla previsione di cui all'art. 1 del Testo unico sul pubblico impiego, a mente del quale la disciplina inerente agli «uffici» e ai «rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni» deve essere volta ad «accrescere l'efficienza delle amministrazioni», «razionalizzare il costo del lavoro» e, non da ultimo, a «realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane nelle pubbliche amministrazioni»

A seguito della novella normativa che ha interessato l'art. 6ter del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 in forza dell'entrata in vigore del Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36, nonché delle neo-emanate Linee di Indirizzo approvate con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 22 luglio 2022 (pubblicato in G.U. n. 215 del 14/09/2022), è di precipuo interesse evidenziare come le Amministrazioni siano chiamate ad attuare un rinnovamento della gestione delle risorse umane in chiave strategica veicolando uno strumento di progettazione e gestione adattabile alle diverse esigenze di competenze professionali e – al contempo – rigoroso nell'approccio metodologico, funzionale ad un'efficace programmazione delle professionalità e all'ottimale perseguimento delle missioni pubbliche che il singolo ente è chiamato a perseguire.

Con riferimento all'adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale, è noto come, per effetto dell'art. 6 del D.L. 80/2021, esso è confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) quale strumento unico di coordinamento che mette in correlazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano.

Alla luce delle generali premesse sopra delineate, si illustra di seguito la programmazione del fabbisogno di personale del Policlinico.

Prioritariamente, si rappresenta che il concetto di fabbisogno di personale implica un'analisi e una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo, l'uno quantitativo, riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla *mission* dell'amministrazione; l'altro qualitativo, riferito alle tipologie di professioni e competenze meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa.

Per quanto inerisce specificatamente alle modalità tecniche di predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni si evidenzia quanto segue.

Per quanto riguarda il 2022, l'IRCCS ha presentato il proprio Piano del Fabbisogno con nota prot. n. 53967 del 4.11.2021, pianificando l'organico necessario, includendovi anche il personale universitario convenzionato, gli incarichi professionali, i co.co.co. e tempi determinati finanziati con fondi finalizzati, il personale per lo svolgimento dell'attività di ricerca e di supporto alla ricerca.

Successivamente, a seguito dell'assegnazione dei budget per l'esercizio 2022 ad opera della Giunta regionale (D.G.R. n. 147 del 4.3.2022), e a causa della contestuale – ed invero persistente - mancata approvazione delle linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende ed Enti del S.S.R., il Policlinico ha provveduto, per l'intera annualità, alle assunzioni di personale mediante autorizzazioni tacitamente assentite ai sensi del punto 11 della citata D.G.R. e ad approvare, con deliberazione n. 1456 del 7.09.2022, il quadro previsionale delle risorse umane per l'anno 2022, ulteriormente aggiornato con deliberazione n. 1724 del 3.11.2022

Per quanto attiene alla programmazione relativa all'anno 2023, occorre prioritariamente considerare che Regione Liguria non ha ancora assegnato il budget di spesa complessiva per il costo del personale, per cui risulta impossibile procedere ad una esauriente e definitiva programmazione delle assunzioni, che come noto deve rispettare tali vincoli finanziari.

Inoltre, si specifica che il Policlinico ha ritenuto opportuno – nell'ambito di una valutazione tecnico-discrezionale – indicare la dotazione prevista per l'annualità in argomento in termini di "teste", anziché di *full time equivalent* in quanto tale unità di misura risulta maggiormente veritiera e precisa. Invero, si segnala come il calcolo del *full time equivalent* presupponga la conoscenza delle ore effettivamente lavorate e delle assenze che, a vario titolo (aspettativa, maternità), avranno luogo nel corso dell'anno 2023.

Medesima considerazione è stata compiuta in riferimento all'anno 2024. Inoltre, per quanto afferisce alla programmazione dei fabbisogni di detta annualità, il Policlinico ha stabilito di inserire esclusivamente le cessazioni di personale in oggi già formalmente note e, conseguentemente, è stata prevista la copertura delle stesse, unitamente all'indicazione di un esiguo numero di unità di personale oggetto di programmazione strategica.

Tuttavia, sulla base di una previsione delle cessazioni per l'anno 2024, calcolata sulla media delle cessazioni del precedente triennio, si presume che il turn over correlato a tali cessazioni sarà di circa 450 unità.

A cornice delle considerazioni di carattere generale sopra delineate, è d'uopo accennare ad ulteriori modalità di reclutamento del personale aventi un effetto inevitabilmente impattante sulla programmazione del fabbisogno di personale.

Ci si riferisce, in primo luogo, alle procedure di stabilizzazione rivolte al personale del ruolo sanitario e socio – sanitario previste, *ab origine*, dall'art. 1, comma 268, lett. b) della Legge 30.12.2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022). Si rappresenta, in proposito, che nel corso dell'anno 2022, il Policlinico – sulla base del Protocollo d'Intesa tra Regione e OO.SS. del Comparto Sanità sottoscritto in data 08.06.2022 – ha provveduto a stabilizzare il personale in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa in allora vigente.

Occorre dar conto che la successiva Legge di Bilancio 2023 (L. 29.12.2022, n. 197) ha previsto, all'art. 1 comma 528, una proroga fino al 31.12.2024 del termine per espletare le procedure di stabilizzazione in argomento, nonché una proroga del termine utile per la maturazione del requisito di anzianità di servizio al 31.12.2023.

Secondariamente, è opportuno considerare che il C.C.N.L. del Comparto Sanità, Triennio 2019-2021, siglato in data 2.12.2022, ha previsto, al Capo II del Titolo III, i passaggi di profilo all'interno di ciascuna Area (art. 18) e le progressioni tra Aree (art. 20). Inoltre, l'art. 21, quale norma di prima applicazione, prevede che le Aziende ed Enti del S.S.N., nell'ambito dei propri piani triennali dei fabbisogni, qualora rilevino la necessità di copertura di specifici profili, al fine di tener conto dell'esperienza e professionalità maturate, possono attivare le progressioni tramite procedure valutative cui sono ammessi i dipendenti in servizio e in possesso dei requisiti prescritti dal dettato contrattuale.

Alla luce delle considerazioni sopra riportate, è di dirimente evidenza la sussistenza di due fondamentali limiti alla pianificazione assunzionale predisposta dal Policlinico.

*In primis*, è di decisiva considerazione come la programmazione sopra enucleata trovi il proprio necessario limite nel doveroso rispetto dei vincoli finanziari fissati per la spesa destinata al fabbisogno di personale, in oggi ancora non noti.

A ciò si aggiunga come non si possa pretermettere l'attuale carenza di legittimazione politica derivata dalla Direzione Strategica - determinata dall'improvvisa scomparsa del Direttore Generale - che, come noto, assolve un ruolo preminente nella programmazione del fabbisogno di personale e centro di imputazione delle corrispondenti responsabilità politica, amministrativa e contabile.

Ne consegue che il presente piano sarà ineludibilmente oggetto di rivalutazione alla luce delle risorse economiche assegnate dalla Regione per l'anno in corso e, segnatamente, alla luce della ricostituzione della Direzione Strategica e degli obiettivi che la stessa riterrà migliorativi e maggiormente confacenti alla *mission* istituzionale.

In ultimo, è opportuno compiere brevi cenni al Piano assunzionale del personale afferente al ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Il contesto normativo e regolamentare all'interno del quale si inserisce la programmazione assunzionale di tale tipologia di personale si fonda sulla Legge n. 205 del 21.12.2017, di cui rileva, in particolare, l'art. 1, commi da 422 a 434, concernente la disciplina dei rapporti di lavoro del personale della ricerca sanitaria degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e degli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) secondo i principi della Carta europea dei ricercatori di cui alla raccomandazione della Commissione delle Comunità europee del 11 marzo 2005; sul D.P.C.M. del 21 aprile 2021 recante "Definizione dei requisiti, dei titoli e delle procedure concorsuali per le assunzioni di personale per lo svolgimento delle attività di ricerca e di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS)"; nonché sul CCNL Comparto Sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria siglato in data 11.07.2019.

Inoltre, occorre da conto del Decreto Direttoriale del Ministero della Salute, approvato in data 13 ottobre 2022, all'interno del quale sono stati stanziati i fondi necessari al reclutamento del personale della ricerca sanitaria in favore del Policlinico ed è stata prescritta l'obbligatoria conclusione delle procedure concorsuali di reclutamento, pena la revoca del finanziamento, entro agosto 2023.

Si evidenzia, infine, che la programmazione del personale afferente all'Area della Ricerca del Policlinico si pone tre *mission* principali. La prima inerisce al rafforzamento degli uffici di supporto alla ricerca; la seconda mira al reclutamento di personale altamente qualificato in ambito tecnologico da assegnare alle nuove *facilities* di ricerca di recente ovvero imminente costituzione; la terza è finalizzata al reclutamento di giovani ricercatori, altamente qualificati, motivati a sviluppare in autonomia linee di ricerca proprie, in grado di rafforzare significativamente, a livello nazionale ed internazionale, il profilo scientifico dell'IRCCS.

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2022				I.R.C.C.S. OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO					
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2021 (in FTE)	Dotazione 2021 (in unità)	Cessazioni 2022	Assunzioni 2022	Dotazione per il 2022 (in FTE)	Dotazione per il 2022 (n. unità)	NOTE	
				n. unità	n. unità				
<b>RIEPILOGO GENERALE</b>									
	Dirigenza Medica S.C.	48,37	64	3	5	49,06	66		
	Dirigenza Sanitaria S.C.	5,19	8	1		6,65	7		
	Dirigenza PTA S.C.	3,08	5			3	5		
	Dirigenza Medica	841,73	932	113	121	844,56	940		
	Dirigenza Veterinaria	2,00	2		0	2	2		
	Dirigenza Sanitaria	124,48	140	14	14	125,41	140		
	Dirigenza PTA	13,40	15	4	5	14,84	16		
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>1038,25</b>	<b>1166</b>	<b>135</b>	<b>145</b>	<b>1045,52</b>	<b>1176</b>		
<b>COMPARTO</b>	Personale Infermieristico	2091,44	2273	310	349	2079,2	2312		
	Personale tecnico - sanitario	326,46	353	18	10	325,5	345		
	Personale riabilitazione	73,09	85	4	3	73,03	84		
	Personale della prevenzione	10,61	13	1	0	11,47	12		
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	299,62	322	30	30	302,43	322		
	O.S.S. e O.T.A.	486,96	511	74	169	510,76	606		
	Personale Assistente Sociale	2,94	3	1		2,28	2		
	Personale amministrativo	295,91	348	56	41	308,29	333		
	Personale della ricerca	28,75	25	3	8	21,78	30		
	Personale assistenza religiosa	10,00	5	1		3,75	4		
	Incarichi professionali comparto	12,71	25	23		10	14,16	12	
		<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>3638,49</b>	<b>3963</b>	<b>521</b>	<b>620</b>	<b>3652,65</b>	<b>4062</b>	
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>4676,74</b>	<b>5129</b>	<b>656</b>	<b>765</b>	<b>4698,17</b>	<b>5238</b>		



QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2023				I.R.C.C.S. OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO			
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2022 (in FTE)	Dotazione 2022 (in unità)	Cessazioni 2023	Assunzioni 2023	Dotazione prevista per il 2023 (n. unità)	NOTE
				n. unità	n. unità		
<b>RIEPILOGO GENERALE</b>							
	Dirigenza Medica S.C.	49,06	66	2	8	72	
	Dirigenza Sanitaria S.C.	6,65	7			7	
	Dirigenza PTA S.C.	3	5		1	6	
	Dirigenza Medica	844,56	940	58	123	1.005	
	Dirigenza Veterinaria	2	2		1	3	
	Dirigenza Sanitaria	125,41	140	7	25	158	
	Dirigenza PTA	14,84	16		7	23	
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>1045,52</b>	<b>1176</b>	<b>67</b>	<b>165</b>	<b>1274</b>	
<b>COMPARTO</b>	Personale Infermieristico	2079,2	2312	95	189	2.406	
	Personale tecnico - sanitario	325,5	345	4	55	396	
	Personale riabilitazione	73,03	84	3	8	89	
	Personale della prevenzione	11,47	12	2	9	19	
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	302,43	322	23	42	341	
	O.S.S. e O.T.A.	510,76	606	85	119	640	
	Personale Assistente Sociale	2,28	2	1	2	3	
	Personale amministrativo	308,29	333	23	55	365	
	Personale della ricerca	21,78	30		74	104	
	Personale assistenza religiosa	3,75	4			4	
	Incarichi professionali comparto	14,16	12	9		3	
		<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>3652,65</b>	<b>4062</b>	<b>245</b>	<b>553</b>	<b>4370</b>
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>4698,17</b>	<b>5238</b>	<b>312</b>	<b>718</b>	<b>5644</b>	

QUADRO PREVISIONALE DELLE RISORSE UMANE - ANNO 2024			I.R.C.C.S. OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO			
C.C.N.L.	Profilo professionale	Dotazione 2023 (in unità)	Cessazioni 2024	Assunzioni 2024	Dotazione prevista per il 2024 (n. unità)	NOTE
			n. unità	n. unità		
<b>RIEPILOGO GENERALE</b>						
<b>DIRIGENZA</b>	Dirigenza Medica S.C.	72	1	1	72	
	Dirigenza Sanitaria S.C.	7			7	
	Dirigenza PTA S.C.	6			6	
	Dirigenza Medica	1005	6	6	1005	
	Dirigenza Veterinaria	3			3	
	Dirigenza Sanitaria	158	4	4	158	
	Dirigenza PTA	23			23	
	<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>1274</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>1274</b>	
<b>COMPARTO</b>	Personale Infermieristico	2406	5	5	2406	
	Personale tecnico - sanitario	396	1	1	396	
	Personale riabilitazione	89			89	
	Personale della prevenzione	19		1	20	
	Personale ruolo tecnico (esclusi O.S.S. e O.T.A.)	341		4	345	
	O.S.S. e O.T.A.	640			640	
	Personale Assistente Sociale	3			3	
	Personale amministrativo	365	2	2	365	
	Personale della ricerca	104	18	23	109	
	Personale assistenza religiosa	4			4	
	Incarichi professionali comparto	3	1	1	3	
	<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>4370</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>4380</b>	
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>5644</b>	<b>38</b>	<b>48</b>	<b>5654</b>	



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **SOTTOSEZIONE 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE**

## Sottosezione 3.4 Formazione del personale

La presente Sottosezione definisce le priorità strategiche, gli obiettivi, le risorse e i risultati attesi in materia di formazione del personale del Policlinico, rispetto all'evoluzione dei fabbisogni di competenze correlati agli obiettivi di valore pubblico da perseguire.

### 3.4.1 La formazione delle risorse umane

La formazione continua del personale sanitario è una attività istituzionale del Policlinico di grande rilievo e significato, disciplinata con regolamento aziendale, la cui ultima versione è stata adottata con deliberazione n. 1219 del 20 luglio 2022, che coinvolge tutte le figure sanitarie, il personale universitario in convenzione e non traslascia il personale tecnico amministrativo che opera nello Staff e nel Line, oltre che a supporto dei reparti e della ricerca clinica.

I programmi di formazione sono progettati e rivolti ove opportuno anche al personale in formazione specialistica al fine di integrarne le funzioni e competenze con il personale ospedaliero per quanto concerne i percorsi diagnostico terapeutici.

La policy del Policlinico prevede e incoraggia la più ampia fruizione dei programmi formativi anche da parte del personale borsista, contrattista e a tempo determinato; grande attenzione è posta alla formazione obbligatoria in tema di salute e sicurezza sul lavoro, rivolta in maniera ampia a quanti a vario titolo frequentano il Policlinico, oltre che alle attività di addestramento del personale per l'introduzione di nuovi dispositivi.

L'attività di formazione progettata ed erogata è ricompresa nell'accreditamento di Educazione Continua in Medicina (ECM), che al Policlinico riguarda circa 3500 professionisti, appartenenti alle figure professionali sanitarie con obbligo ECM. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale del Policlinico sono svolti in modalità residenziale presso gli spazi e le aule del Centro Congressi di cui è dotato il Policlinico (circa 700 postazioni complessivamente) e presso i reparti stessi per quanto concerne la formazione sul campo, e in modalità e-learning attraverso la piattaforma FAD di cui è dotato l'Istituto.

Il Policlinico è Provider Standard della Regione Liguria (ECMPV2) ed agisce in linea con i criteri stabiliti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina, come aggiornato dalla Commissione Nazionale Formazione Continua in seno all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), garantendo una programmazione coerente con gli standard di qualità e con gli obiettivi formativi dichiarati.

Il Piano della Formazione Aziendale (PFA) è basato sulla rilevazione del fabbisogno formativo manifestato dal personale dipendente, redatto ogni triennio e integrato annualmente attraverso le procedure aziendali che permettono di monitorare i bisogni formativi via via emergenti, sia sulla base di studi sulle criticità anche di tipo organizzativo che si possono riscontrare nella pratica professionale, che sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica.

La fase dell'individuazione dei bisogni formativi è di cruciale importanza: attuata con il contributo della rete dei Referenti Aziendali per la Formazione (RAF), professionisti interni individuati dai Direttori di Dipartimento, rappresentativi di tutte le discipline e ruoli sanitari, tecnici e amministrativi presenti nel Policlinico, si articola secondo metodi di rilevazione delle necessità di aggiornamento e delle criticità della struttura di riferimento. I RAF sono adeguatamente formati e aggiornati per lo svolgimento del loro ruolo di figure di supporto all'attivazione dei processi di sviluppo e cambiamento volto a raggiungere risultati in termini di benessere e valore pubblico che sono parte degli obiettivi del Policlinico in termini organizzativi e gestionali.

Nel corso degli anni il numero dei RAF è significativamente aumentato (95) per tale ragione sono stati organizzati momenti di incontro e di approfondimento all'interno di Gruppi di Miglioramento ECM (GdM),

che hanno dato una spinta propulsiva alle attività dei Referenti in sinergia con i Dipartimenti e le strutture di riferimento.

Istituzionalmente la nomina e l'attività svolta dai RAF sono definite con atti deliberativi: in particolare essi concorrono all'individuazione dei bisogni trasversali e ricorrenti sia a livello capillare, rispetto alle aggregazioni organizzative a cui afferiscono, che a livello generale per l'intero Policlinico garantendo un'analisi sinergica delle necessità formative, suggerendo iniziative estese in ottica di economia di scala al fine di evitare inutili riproduzioni ridondanti.

L'attività svolta dai RAF come descritta è di grande utilità per i livelli decisionali superiori, i quali sono in grado di acquisire, direttamente dagli operatori, dati e suggerimenti sulle criticità rilevate e sulle possibili soluzioni.

Il Piano Triennale della Formazione si propone di rappresentare il frutto di una elaborazione convergente e complessiva con le reali esigenze degli operatori e delle Strutture, in armonia con la strategia complessiva del Policlinico.

### **3.4.2 Linee strategiche**

Il Policlinico è riconosciuto quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per l'oncologia e le neuroscienze, conseguentemente particolare rilievo assumono la formazione e l'aggiornamento professionale continuo, interno ed esterno, in tali discipline.

Le linee strategiche della Formazione sono strettamente integrate con le indicazioni della Direzione aziendale, e sono anche discusse a livello dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI - degli ambiti chirurgici, di neuroscienze, di diagnostica, di emergenza ed urgenza, di terapie oncologiche integrate e medicina interna solo per citarne alcuni) secondo i risultati del monitoraggio dei fabbisogni degli operatori.

La definizione delle linee di intervento della formazione continua non prescinde dagli obiettivi formativi di interesse regionale e dalle indicazioni emergenti dal Piano Formativo A.Li.Sa., conseguentemente il PFA è articolato in aree di intervento con specifici obiettivi formativi ed elaborato secondo le più opportune metodologie didattiche.

La programmazione comprende eventi formativi che il Policlinico è tenuto a realizzare per rispondere non solo alle normative vigenti, quali la formazione in materia di Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro con particolare attenzione ai temi di Radioprotezione, ma anche agli standard imposti dalle certificazioni e dagli accreditamenti cui il Policlinico aderisce, quali le ISO 9001, OHSAS 4500, accreditamento OECE, Joint Commission, Jacie.

La programmazione si sviluppa sia sugli ambiti tecnico professionali specifici dei professionisti interni che su ambiti trasversali di fondamentale attualità, quali la trasparenza e l'anticorruzione nell'attività amministrativa, le pari opportunità e il benessere lavorativo, la cultura di genere, la privacy e la formazione manageriale.

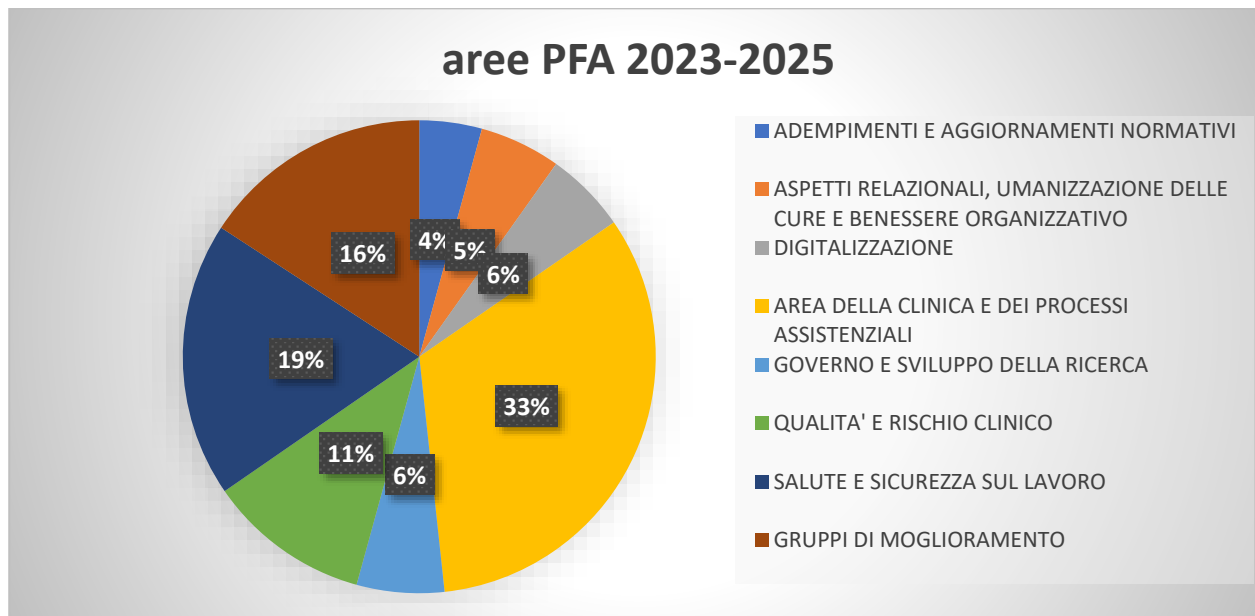
Si conferma la valenza strategica e organizzativa dei Gruppi di Miglioramento (GdM), che sviluppano e potenziano le competenze tecniche degli operatori senza tralasciare aspetti comunicativi e di *teamwork*, al fine di creare prassi condivise nell'ottica del miglioramento organizzativo assistenziale. Tale metodologia didattica, accolta favorevolmente dagli operatori del settore, ha dato vita a diverse tipologie di GdM quali la "comunità di pratica" per il confronto continuo tra professionisti per garantire gli standard organizzativi assistenziali raggiunti e l'attività dei Disease Management Team (DMT) da tempo accreditata ECM.

L'offerta formativa prevede l'erogazione di corsi residenziali, corsi a distanza sincroni e asincroni, corsi erogati in modalità blended, formazione sul campo, gruppi di miglioramento, addestramenti, senza dimenticare la possibilità di fruire di aggiornamento professionale esterno volto all'acquisizione di competenze ulteriori e confronto con realtà diverse dal Policlinico, così contribuendo all'arricchimento delle competenze dei professionisti del Policlinico.

La piattaforma della formazione a distanza del Policlinico, inaugurata nel 2021, si conferma uno strumento fondamentale per una erogazione più diffusa possibile della formazione obbligatoria e non, consentendo una partecipazione ai corsi attenta alle esigenze di conciliazione dei tempi “*casa-lavoro*”.

Si riporta il link per facilità di consultazione (<https://formazione.ospedalesanmartino.it/>).

Di seguito la distribuzione delle aree di intervento del PFA triennio 2023/25.



### 3.4.3 Obiettivi e risultati attesi dell'azione formativa

Gli obiettivi formativi riguardano il miglioramento continuo delle competenze tecnico professionali, relazionali e di organizzazione dei professionisti del Policlinico attraverso la ricerca di una progettualità di qualità sempre orientata all'aderenza con le esigenze aziendali, personali e normative.

L'accoglienza e l'inserimento dei nuovi assunti, nonché l'integrazione con il personale più esperto rappresentano un aspetto fondamentale per il raggiungimento di risultati in termini di miglioramento del clima lavorativo e delle procedure in uso.

La procedura di individuazione dei risultati attesi rappresenta un momento cruciale dell'attività di formazione soprattutto per quel che attiene alla ricaduta pratica sul lavoro del personale formato.

Il Comitato Etico del Policlinico, nel 2022, ha autorizzato l'attivazione dello studio osservazionale dal titolo “*Progetto pilota di implementazione delle professionalità infermieristiche sull'efficacia e sicurezza nella gestione degli accessi vascolari nell'Ospedale Policlinico San Martino*”, volto a rilevare gli effetti dell'intervento formativo orientato al miglioramento delle competenze tecnico sanitarie in tema di impianto e gestione degli accessi vascolari, ed in particolare se consente una riduzione significativa delle complicanze legate all'utilizzo di tali dispositivi, se determina una riduzione dei costi di gestione degli accessi vascolari e, infine, se induce nell'utenza un miglioramento della qualità percepita del servizio.

### 3.4.4 Strumenti e risorse attivabili nel triennio 2023/2025

La piattaforma per la formazione a distanza, realizzata nel 2021 per fronteggiare le esigenze formative del personale, e mantenuta come già precisato rappresenta uno degli strumenti cardine per lo sviluppo delle attività del PFA 2023/25, che in parallelo vedrà il rafforzamento ulteriore della formazione sul campo, nell'ottica della facilitazione all'apprendimento e alle modalità agili.

Per una formazione sempre più capillare e per un apprendimento più utile e immediato, saranno sviluppati ambienti in cui la formazione dovrà essere versatile ed erogabile sia in presenza che a distanza attraverso l'utilizzo di metodologie di apprendimento nuove che favoriscano il coinvolgimento dei partecipanti.

L'utilizzo di modalità ibride rappresenta una realtà consolidata e in continuo sviluppo, così come il ricorso a strumenti di simulazione su piattaforme digitali che favoriscano apprendimenti a distanza pur mantenendo una altissima performance nei risultati.

L'adesione del personale dipendente al progetto di creazione di una rete capillare di referenti e la conseguente implementazione delle attività dei RAF, anche attraverso una maggiore visibilità degli stessi nella documentazione organizzativa, è in continuo sviluppo e rappresenta uno degli obiettivi del Policlinico che favorisca una formazione mirata agli effettivi bisogni espressi: in particolare, la formazione riservata ai RAF permette loro di valutare preventivamente se la criticità manifestata riguarda un aspetto organizzativo oppure una carenza risolvibile con la formazione.

Il processo di digitalizzazione del Policlinico, già avviato, subisce una forte spinta propulsiva grazie agli interventi che saranno realizzati con i finanziamenti del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) che comporteranno anche un forte investimento formativo, che faciliti la transizione al digitale e l'acquisizione di nuove competenze per il personale.

Le azioni formative, sensibili alla tutela e allo sviluppo del valore pubblico, tenderanno alla realizzazione del benessere dei lavoratori, secondo la policy aziendale dichiarata nel sia nel nuovo Piano triennale delle Azioni Positive che nel Gender Equality Plan di nuova adozione, nonché dai documenti programmatici nazionali e regionali in materia di parità di genere e pari opportunità.

Per lo sviluppo del valore pubblico soprattutto verso il cittadino, il Policlinico si avvale di confronti continui con altre realtà favorendo la partecipazione dei propri dipendenti a comunità di pratica, corsi universitari su temi rilevanti per la crescita e il miglioramento delle performance del Policlinico: ad esempio a partire dall'anno accademico 2021/2022 il Policlinico aderisce al Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Ce.Ri.S.Ma.S.) in qualità di socio ordinario, conseguentemente fruisce di una proposta formativa dedicata (Formazione Elective) annualmente aggiornata in ragione dei fabbisogni formativi espressi dai soci, continuando l'adesione del Policlinico al Progetto ValorePA-INPS.

Il Policlinico, per l'attuazione delle sue attività formative, può contare su Docenti interni, professionisti e specialisti che sono, ove possibile, a loro volta formati al fine della manutenzione delle competenze e delle capacità didattiche, che devono necessariamente affiancare le competenze di tipo tecnico specialistico dei rispettivi ruoli professionali.

In questo senso assume particolare rilievo il Corso di Formazione 2022 rivolto a RAF e Formatori dal titolo "Train the Trainer", progettato dalla Formazione Aziendale con l'Università di Genova e di cui si allega programma didattico, del quale è prevista l'erogazione della II edizione nel 2023 adattata alle esigenze rilevate nella precedente edizione tenuto conto del rinnovamento dell'albo interno dei docenti e delle nuove nomine a RAF.



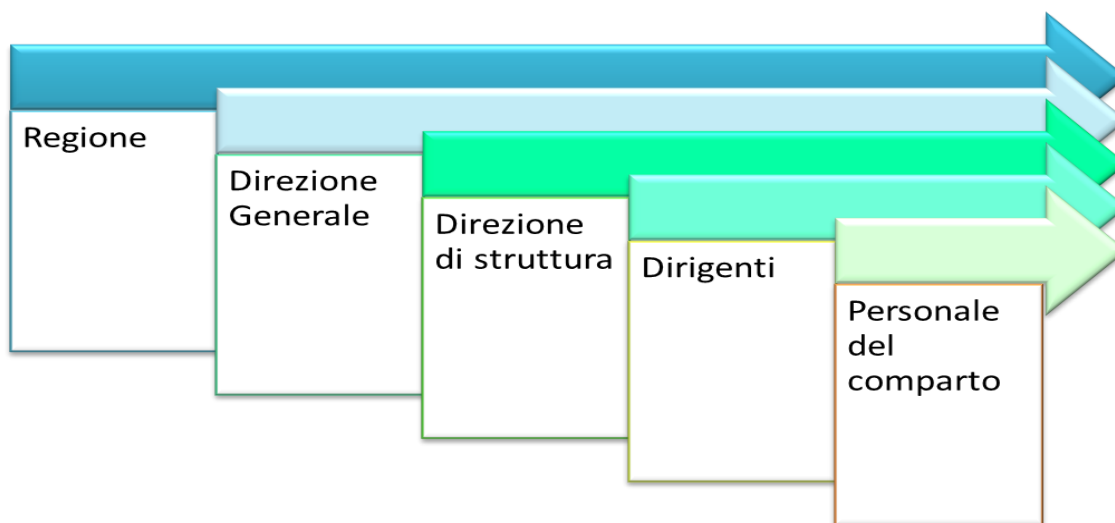
**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**



## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Gli obiettivi strategici e della performance seguono il sistema a “cascata” Regione – Azienda –Struttura – Personale:



La balanced scorecard (BSC) è stata adottata sperimentalmente dal Controllo di gestione quale metodo di assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative a partire dal 2004 (cfr. *“Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie”, Stefano Baraldi, McGraw Hill, ed.2004, Cap.16 “L’Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova” – F.Copello*); modificata progressivamente negli anni seguenti (*“Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie: 5 anni dopo”, Convegno CeRiSMas-Unicattolica, 27 maggio 2009*) è stata ufficialmente adottata dal Policlinico nel 2012 come strumento di valutazione della performance a seguito dell’entrata in vigore della legge 150/2011.

La BSC è unica per tutta l’Azienda e per tutte le figure professionali e in ciò consiste la sua importante valenza informativa; la consegna della scheda alle strutture nel corso degli incontri di budget e la successiva presentazione del direttore allo staff dell’UO consentono di rendere ufficialmente noti gli obiettivi strategici annuali nonché di comprendere in quali settori e con che rilevanza ogni struttura contribuisce al loro conseguimento. Nel monitoraggio delle schede di ogni unità operativa sono naturalmente elaborati e presenti solo gli indicatori pertinenti per ogni struttura.

Le quattro prospettive classiche del modello di Kaplan e Norton sono state modificate al fine di rendere la scheda più aderente alla realtà sanitaria; dopo l’attribuzione della qualifica di IRCCS è stata inoltre aggiunta una quinta prospettiva dedicata agli obiettivi della ricerca. Dal 2012 esse sono quindi così rappresentate:

- ✚ prospettiva delle risorse, nella quale sono compresi gli obiettivi relativi al budget assegnato in materiale di consumo sanitario e non sanitario ed alla gestione delle risorse umane;
- ✚ prospettiva delle attività, che comprende gli obiettivi di volume delle prestazioni, sia complessivi che relativi a specifiche aree individuate come critiche da Regione Liguria, gli obiettivi di appropriatezza e quelli di efficienza;
- ✚ prospettiva dell’organizzazione, con gli obiettivi di corretto utilizzo delle risorse di maggior rilevanza economica (posti letto, sale operatorie, aree ambulatoriali, farmaci costosi), gli obiettivi di formazione e quelli di rendicontazione;
- ✚ prospettiva della qualità, sicurezza e controllo del rischio con gli obiettivi relativi agli esiti degli audit interni del Sistema Sicurezza e dell’UO Rischio Clinico Qualità e Accreditamento, alla completezza ed

alla coerenza della documentazione sanitaria, al contenimento di alcuni eventi sentinella (ricoveri ripetuti, cadute e lesioni da decubito);

- ✚ prospettiva della ricerca, con obiettivi sul volume quali-quantitativo di pubblicazioni scientifiche, sui fondi finalizzati e sulle sperimentazioni cliniche; per l'analisi di quest'ultima prospettiva è in corso di avanzato sviluppo un datawarehouse con le relative procedure gestionali prodotto in proprio dal Controllo di gestione.

Nelle cinque prospettive vengono sviluppati gli obiettivi strategici delle 6 aree descritte in **sottosezione 2.2** e tradotti in obiettivi operativi puntiformi che producono indicatori specifici.

La struttura della BSC è quella di Kaplan e Norton con pesi assegnati alle prospettive, all'interno di queste agli obiettivi e, all'interno degli obiettivi, ai singoli indicatori che ne misurano il risultato; esiste inoltre una griglia di ripartizione delle responsabilità tra le diverse figure professionali dell'equipe per ogni indicatore di ogni obiettivo.

Dal 2021 è stata inserita nella scheda anche una sezione con altri obiettivi specifici per alcune Unità Operative particolarmente rilevanti per le 6 aree di sviluppo della strategia aziendale.

Il monitoraggio procede senza soluzione di continuità dalla fase di assegnazione degli obiettivi e si basa sugli strumenti presenti nel cruscotto direzionale.

Il cruscotto direzionale è un insieme di report, tabellari e grafici, in formato html con la struttura dell'ipertesto, quindi navigabili, integrato da uno strumento di analisi drill-down prodotto ed aggiornato con periodicità mensile tramite procedure software elaborate dal Controllo di Gestione. Esso è suddiviso in due macrosettori, il primo dedicato all'attività assistenziale, in linea dal 2002 seppur modificato nel tempo, e il secondo descrittivo dell'attività di ricerca.

Ambedue i macrosettori sono suddivisi in diverse aree; l'assistenza comprende report sull'attività di ricovero con focus sui parti, sull'attività chirurgica e su quella oncologica, report sulle prestazioni specialistiche, sia in regime ambulatoriale che su pazienti ricoverati o tariffate "conto terzi", sull'emergenza (pronto soccorso e terapie intensive), sui consumi di beni e sui fondi.

All'interno del cruscotto direzionale è pubblicata la balanced scorecard il monitoraggio ne segue dunque la stessa tempistica. Nella scheda pubblicata nel cruscotto per i tre livelli (aziendale, dipartimentale, di struttura) vengono presentate le prospettive, gli obiettivi, gli indicatori, il target (valore atteso) e il valore osservato al momento della pubblicazione. E' stato altresì scelto di associare ad ogni KPI un'icona semaforica dove il verde rappresenta la piena conformità di quell'indicatore, il rosso il fallimento ed il giallo una situazione border-line.

Il cruscotto è stato di recente integrato da un nuovo strumento di business intelligence che consente in modalità interattiva l'analisi dei principali aspetti dell'attività e dei consumi e che verrà ulteriormente sviluppato nel corso dell'anno.

L'attività di monitoraggio si avvale altresì di incontri trimestrali con le Unità Operative nei quali vengono analizzati in dettaglio gli aspetti e le eventuali criticità di attività e risorse, analisi facilitata da un nuovo strumento di lettura multidimensionale dei dati sviluppato a tal fine dal Controllo di Gestione.

In chiusura di rendicontazione vengono richieste a tutti i direttori di struttura complessa e ai responsabili di struttura semplice dipartimentale le eventuali controdeduzioni agli obiettivi non conseguiti o conseguiti parzialmente. Le controdeduzioni vengono analizzate e sottoposte all'approvazione o rifiuto da parte dell'OIV; di conseguenza è stato applicato il modello di elaborazione che prevede il calcolo dei punti conseguiti (derivante dal prodotto dei pesi di prospettiva, obiettivo e indicatore) e del totale dei punti

conseguibili sotto l'ipotesi del pieno raggiungimento degli obiettivi; dal rapporto dei due si ricava la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo complessivo della BSC per ogni struttura.

Parallelamente viene effettuata l'elaborazione a consuntivo degli indicatori descritti nella **sottosezione 2.2** e ne vengono presentati i risultati all'OIV con la proposta delle eventuali azioni di feed-back.

## **APPENDICI**

Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

Appendice 1 - MAPPATURA PROCESSI DA 1 A 11

Appendice 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Appendice 3 - TABELLA MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE

Appendice 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

A cura di:

Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza

IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

Genova

Gennaio 2023