



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

PIAO 2024 - 2026

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

APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 132 DEL 31.01.2024

SOMMARIO

PREMESSA	Pag. 4
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA	Pag. 5
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	Pag. 7
2.1.1 Valore pubblico	Pag. 8
2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Pag. 11
SOTTOSEZIONE 2.2 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE	Pag. 14
2.2.1 Obiettivi strategici e di performance	Pag. 14
2.2.2 Semplificazione e Digitalizzazione	Pag. 25
2.2.3 Accessibilità fisica	Pag. 26
2.2.4 Accessibilità digitale	Pag. 27
2.2.5 Pari opportunità, equilibrio di genere e benessere organizzativo	Pag. 28
SOTTOSEZIONE 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 38
PARTE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Pag. 38
2.3.1 I Soggetti Coinvolti: Ruoli e Responsabilità	
2.3.2 I Provvedimenti della Regione Liguria e il Gruppo di Lavoro Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pag. 41
2.3.3 Analisi e impatto del contesto esterno e interno	Pag. 45
2.3.4 Obiettivi Strategici su Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Pag. 52
2.3.5 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	Pag. 56
2.3.6 Misure organizzative per il trattamento del rischio per il 2023	Pag. 57
2.3.7 Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio per il 2024	Pag. 63
PARTE II - TRASPARENZA E ACCESSIBILITA' TOTALE	Pag. 65
2.3.8 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e misure organizzative per garantire l'accesso civico	Pag. 65
2.3.9 Obiettivi strategici	Pag. 65
2.3.10 Controlli e Responsabilità	Pag. 70
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 73
SOTTOSEZIONE 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	Pag. 74
3.1.1 Organigramma (descrizione modello organizzativo)	Pag. 74

SOTTOSEZIONE 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	Pag. 76
3.2.1 Organizzazione del lavoro agile	Pag. 76
3.2.2 Obiettivi e azioni per l'organizzazione agile (programma di sviluppo 2024/2026)	Pag. 80
SOTTOSEZIONE 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	Pag. 84
SOTTOSEZIONE 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	Pag. 94
3.4.1 Analisi di contesto	Pag. 94
3.4.2 Obiettivi strategici, valore pubblico e stakeholder	Pag. 96
3.4.3 Iniziative, responsabilità e risorse	Pag. 98
3.4.4 Risultati attesi e misure	Pag. 99
3.4.5 Comunicazione istituzionale	Pag. 100
3.6.1 Comunicazione scientifica e raccolta fondi	Pag. 105
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	Pag. 108
ALLEGATI	Pag. 111

ACRONIMI

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

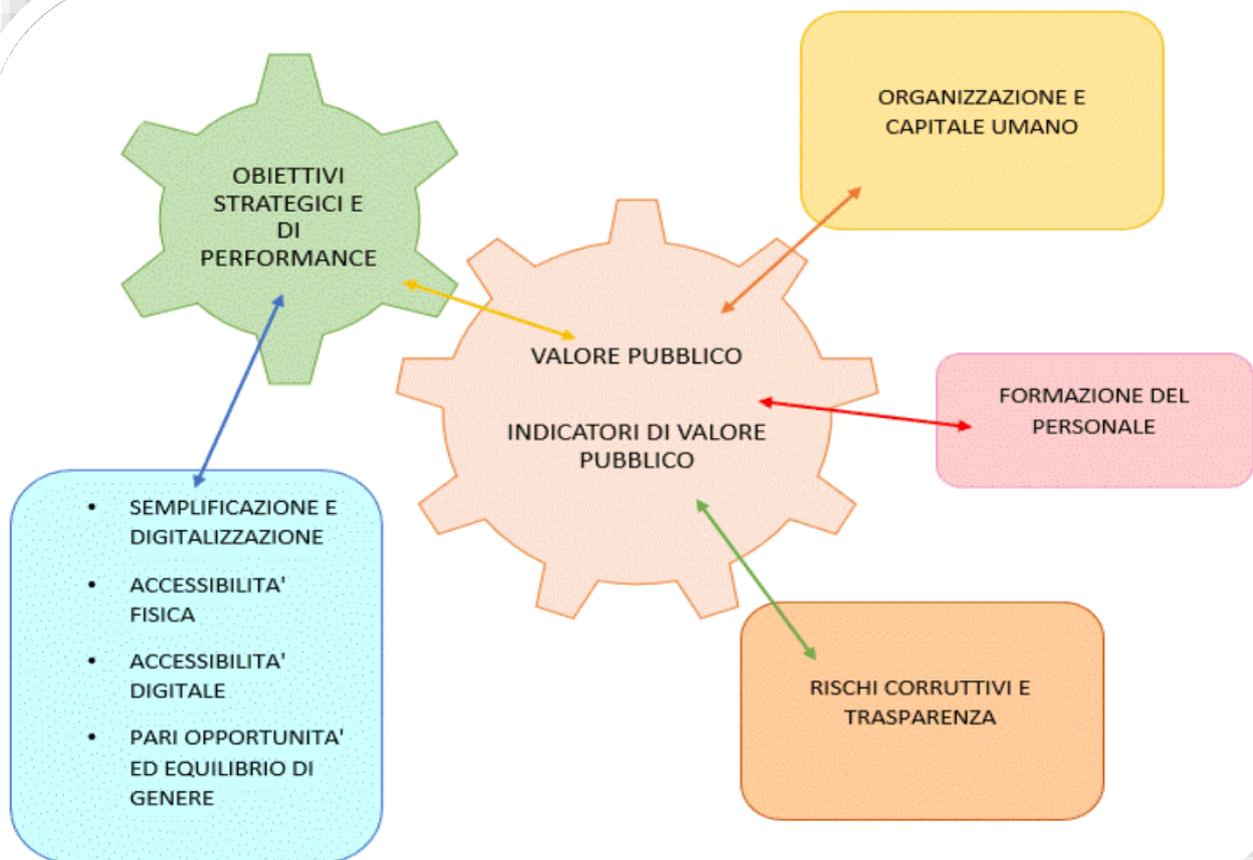
- privilegiare la valenza strategica del Piano.
- individuare indicatori di valore pubblico di impatto/*outcome* che abbiano immediata rilevanza per i cittadini/utenti e che siano oggetto di misurazione da parte di fonti attendibili, periodiche e verificabili.
- privilegiare indicatori di impatto che 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. 96 del 31 gennaio 2023 il Policlinico ha approvato il Piano di Attività e Organizzazione per il triennio 2023 – 2025.

Il presente documento costituisce l'aggiornamento per il triennio 2024-2026 del suddetto documento e illustra il percorso di miglioramento svolto nel corso del periodo di attuazione del PIAO 2023 – 2025 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 Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Direttore Scientifico	Dott. Marco Damonte Prioli Dott. Dott. Fabrizio Figallo Dott. Giovanni Orengo Dott. Antonio Uccelli
Dipartimenti	1 Dipartimento dell'Area di Staff 11 Dipartimenti ad attività integrata
Personale	Dipendenti a tempo indeterminato al 31 dicembre 2023: 4.932 Dipendenti a tempo determinato al 31 dicembre 2023: 139
Strutture convenzionate dell'Università di Genova	41
Personale Universitario convenzionato	Universitari convenzionati di ruolo al 31.12.2023: 162 Universitari convenzionati incaricati al 31.12.2023: 35
Sito web	www.ospedalesanmartino.it
PEC	protocollo@pec.hsanmartino.it
URP	urp@hsanmartino.it





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

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 2024 – 2026.

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)

2.1.1 Valore pubblico

Analisi del contesto

L'azione di programmazione e controllo in ambito sanitario mira alla massima sovrapposizione possibile delle tre aree di un ipotetico diagramma di Venn in cui ad ogni bisogno faccia seguito una domanda di servizi (empowerment del cittadino/utente) e ogni domanda di servizi trovi un'offerta adeguata di prestazioni.



La bussola del valore che guida la programmazione e il controllo ha quattro punti cardinali che si sviluppano nei diversi momenti del percorso assistenziale, dall'accesso alle modalità di erogazione, ai risultati:

EQUITÀ: garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli

APPROPRIATEZZA: erogare la prestazione giusta, al momento giusto, nel corretto setting assistenziale, nel giusto contesto (struttura/ professionisti), con il corretto consumo di risorse

EFFICIENZA: assicurare il raggiungimento delle migliori performance possibili (qualità e quantità di servizi erogati) con le risorse disponibili

EFFICACIA: capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati: riduzione della mortalità e della morbilità, miglioramento della qualità di vita dei pazienti

L'Ospedale Policlinico San Martino è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per le aree Oncologia e Neuroscienze ed ha quindi anche una mission specifica nel settore della ricerca che

sviluppa sia attraverso progetti finanziati sia mediante sperimentazioni cliniche profit e non profit. Ha una dotazione di oltre 1.200 posti letto di degenza ordinaria e 110 di ricovero a ciclo diurno; 50 sale operatorie suddivise in 14 blocchi; è DEA di secondo livello; sede di centro trapianti; sede della centrale di emergenza dell'area metropolitana (112/118); sede del percorso didattico della Facoltà di Scienze Mediche e Farmaceutiche.

Una SWOT analysis completa è molto complessa stanti le molteplici caratteristiche del Policlinico. Per riportare solo gli aspetti principali relativi alla produzione di valore pubblico si citano quali punti di forza la multidisciplinarietà, che consente un approccio olistico ai problemi degli utenti, e l'attività didattica che non è solamente sprone al continuo aggiornamento culturale e tecnologico ma essa stessa produttrice di valore in quanto assicura la continuità del sapere; tra i vari strumenti organizzativo/gestionali del Policlinico sono sicuramente punti di forza i DMT (disease management team) per la discussione multidisciplinare dei casi clinici, fondamentale per l'appropriata gestione degli stessi ma anche per assicurare l'efficienza e la valutazione di efficacia dei trattamenti, e la disponibilità di un sistema integrato di monitoraggio risorse/attività, basato su un datawarehouse consolidato, a disposizione non solo della direzione, dello staff e delle UO tecnico-amministrative ma anche della linea per l'autovalutazione. I due punti di debolezza riportati nella SWOT analysis sono oggetto di due specifici interventi organizzativi: la centralizzazione delle liste di attesa e l'analisi di variabilità dell'utilizzo della diagnostica intermedia, per i quali sono stati individuati obiettivi e indicatori che verranno discussi più avanti. L'attività di ricerca, istituzionale in quanto IRCCS, è sicuramente una delle maggiori opportunità non solo in quanto produttrice di conoscenze, di per sé espressione di valore pubblico, ma anche per la possibilità di usufruire di trattamenti innovativi in fase precoce dell'assistenza tramite le sperimentazioni cliniche controllate.

Un'altra grande opportunità è data dall'integrazione dei percorsi tra ospedale e territorio fornita dai DIAR (Dipartimenti Interaziendali Regionali); questi possono contrastare efficacemente una delle minacce citate, la scarsa ricettività territoriale al termine dell'acuzie, che ha effetto non solo in termini gestionali (appropriatezza ed efficienza dei tempi di degenza) ma anche sui risultati per i ben noti problemi dell'ospedalizzazione prolungata, specialmente su soggetti anziani e fragili.

Altra possibile minaccia citata è la concentrazione sul Policlinico (DEA, reparti di degenza e strutture ambulatoriali) della domanda di bassa complessità o comunque erogabile efficacemente da altre strutture; essa, infatti, impoverisce le risorse destinabili alla mission propria del Policlinico con pesanti ricadute sull'equità di accesso (liste di attesa). Tra le minacce riportate nella SWOT analysis la più significativa rimane comunque l'attuale modello di finanziamento delle prestazioni, inadeguato sia economicamente, per tariffe obsolete non più allineate con la tecnologia a disposizione, sia dal punto di vista classificatorio in quanto carente di codici descrittivi di nuove patologie e nuove procedure; basti ricordare la necessità dettata dall'emergenza COVID di elaborare nuovi codici per la rendicontazione degli episodi di ricovero ad essa correlati.

<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • multidisciplinarietà • attività didattica • disease management team (DMT) per le principali patologie • disponibilità di basi dati aziendali strutturate e consolidato sistema di monitoraggio 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione periferica a livello di Unità Operativa delle liste di attesa • elevata variabilità nell'utilizzo delle prestazioni diagnostiche su pazienti ricoverati per taluni gruppi di patologie
<p>OPPORTUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • attività di ricerca • integrazione dei percorsi ospedale/territorio a livello regionale 	<p>MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • concentrazione della domanda di bassa complessità • scarsa ricettività territoriale al termine dell'acuzie • sistemi di classificazione e tariffazione delle prestazioni non aggiornati

2.1.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR. Tra le missioni individuate dal PNRR vi è la missione **M6 “Salute”** che stanZIA 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), l’evoluzione tecnologica della cartella clinica elettronica per il miglioramento dei percorsi chirurgici e del governo multidisciplinare dei casi attraverso i Disease Management Teams, gli aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico FSE 2.0 con l’adozione dello standard FIHR e sistemi di validazione dei dati strutturati.

Si evidenzia un rilevante ritardo 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 A.Li.Sa. ha, con propria deliberazione 145/2023 ricondotto la titolarità degli interventi alle singole Aziende sedi di DEA ponendo in capo alle stesse gli obblighi di realizzazione), oltre che della scarsa chiarezza procedurale della linea specifica della Missione 6 Componente 2 da parte del Ministero competente: per tale ragione solo nel mese di ottobre 2023 è stato possibile sottoporre i primi Piani dei Fabbisogni sul portale del Mercato Elettronico della PA e procedere con i relativi atti deliberativi.

Gli investimenti congiunti dell’IRCCS Policlinico San Martino in condivisione con l’IRCCS Gaslini, per l’acquisizione di infrastrutture e soluzioni software finalizzate alla medicina di precisione, ed in particolare alla costituzione di un Centro di medicina computazionale attraverso i fondi PNRR di cui alla Missione 6 Componente 2 Linea 1.1.1 si sono manifestati inattuabili a causa delle politiche definite a livello ministeriale per l’attuazione della specifica linea di intervento che non hanno consentito l’acquisto di beni e servizi specifici per il contesto di evoluzione tecnologica richiesta.

Le attività sopra riportate, per le quali il ritardo di attuazione sopra esposto minaccia la realizzabilità degli interventi a causa delle tempistiche estremamente contratte definite dalle milestones nazionali, 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 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”
- **Deliberazione Alisa 145 del 15 06 2023** “PNRR M6C2 1.1.1 -Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA I e II Livello) - delega amministrativa da parte dei Alisa alle Aziende Sanitarie Locali e agli IRCCS San Martino e Istituto Gaslini per la realizzazione dei progetti rientranti nella loro competenza territoriale e funzionale: determinazioni conseguenti”

Nell’ambito della Missione 6 Salute ricadono anche i finanziamenti finalizzati all’aggiornamento tecnologico delle grandi apparecchiature che, ampiamente avviato, consentirà entro il 2024 di procedere all’aggiornamento delle seguenti diagnostiche:

Risonanza Magnetica presso IST Sud	914.000,00 €
TAC 128 strati presso DEA	530.000,00 €
TAC 128 strati presso Monoblocco	530.000,00 €
GAMMA CAMERA CT presso Medicina Nucleare pad. Sommariva	793.000,00 €
PET/TAC presso Medicina Nucleare pad. Sommariva	2.403.400,00 €
ANGIOGRAFO Cardiologico presso Emodinamica pad. Monoblocco 2P	608.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	82.000,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI PS	244.000,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI Monoblocco	244.000,00 €
SISTEMI RADIOLOGICI FISSI Monoblocco	280.600,00 €

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 alla 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	PADIGLIONES PECIALITA’	€ 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.

Attualmente, a seguito delle deliberazioni:

- **976:** deliberazione n. 659 del 28/04/2023 ad oggetto "Presenza d'atto del decreto dirigenziale di Regione Liguria n. 2198/2023 inerente alla validazione, ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 50/2016, del PFTE dell'intervento di adeguamento antisismico presso il Pad. B dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (cod. az. 976)", nell'ambito della Missione M6 C2- 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNRR - (CUP:C31B22001290006) – Provvedimenti conseguenti"
- **977:** deliberazione n. 660 del 28/04/2023 ad oggetto "Presenza d'atto del decreto dirigenziale di Regione Liguria n. 2197/2023 inerente alla validazione, ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 50/2016, del PFTE dell'intervento di adeguamento antisismico presso il Pad. 13 dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (cod. az. 977)", nell'ambito della Missione M6 C2- 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNRR - (CUP:C31B22001300001) – Provvedimenti conseguenti"
- **978:** deliberazione n. 661 del 28/04/2023 ad oggetto "Presenza d'atto del decreto dirigenziale di Regione Liguria n. 2255/2023 inerente alla validazione, ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 50/2016, del PFTE dell'intervento di adeguamento antisismico presso il Pad. Specialità dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (cod. az. 978)", nell'ambito della Missione M6 C2- 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNRR - (CUP:C31B22001310001) – Provvedimenti conseguenti"
- **979:** deliberazione n. 661 del 28/04/2023 ad oggetto "Presenza d'atto del decreto dirigenziale n. 2255/2023 di Regione Liguria inerente alla validazione, ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 50/2016, del PFTE di adeguamento antisismico del Pad. Monoblocco dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (cod. az. 979) - nell'ambito della Missione M6 C-2 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNRR – (CUP:C31B22001320001) – Provvedimenti conseguenti risultano in fase di avviamento i diversi cantieri a seguito della conclusione dei procedimenti di affidamento delle opere.

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 Progetto Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, dal documento annuale di Regione Liguria DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AD AZIENDE/ENTI SSR nonché dai progetti di miglioramento e sviluppo del Policlinico. Prendono inoltre spunto dai programmi nazionali di monitoraggio PNE, del Network MES e dal nuovo Portale Agenas della Performance.

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. 150/2009, 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.

Gli obiettivi di performance individuati per il triennio fanno riferimento a tutte le cinque aree sopra indicate (equità, appropriatezza, efficienza, efficacia, ricerca) ed il sistema di valutazione ad essi correlato è integrato con alcuni indicatori relativi all'anticorruzione e trasparenza, alla gestione delle risorse umane ed alla formazione e comunicazione, aree più propriamente sviluppate, insieme alla digitalizzazione, negli specifici capitoli.

La tabella 1, nella quale sono indicati obiettivi e indicatori, ha solamente uno scopo didascalico in quanto il sistema di valutazione della performance è assolutamente un corpo unico nel quale ogni obiettivo ha un ruolo non solamente nell'area di appartenenza (esempio: appropriatezza della casistica trattata) ma anche sulle altre aree che qualificano la performance di una azienda sanitaria. In tabella 2 è rappresentato sinteticamente questo concetto: per ogni obiettivo, compresi quelli relativi ad anticorruzione, trasparenza, gestione risorse umane, formazione, è indicata la ricaduta sulle 4 aree sopra definite "punti cardinali".

AREA DELL'EQUITÀ

Come noto, i tempi di attesa delle prestazioni sono monitorati dal Programma Nazionale Gestione Liste di Attesa (PNGLA) tramite le Regioni. In realtà l'equità non è solo relativa ai tempi di accesso ma anche alle opportunità di accesso e agli esiti dei trattamenti, differenziando ad esempio per genere o livello di istruzione così come viene fatto nella sezione dedicata del Programma Nazionale Esiti. Il Policlinico ha ritenuto, per questo triennio, di partire da obiettivi e indicatori dedicati al primo aspetto sia perché li ritiene più critici rispetto agli altri e con importanti ricadute sull'efficacia, sia perché gli altri aspetti dell'equità richiedono campioni di analisi più vasti, solitamente per aree territoriali, così come effettuato del PNE.

Gli indicatori individuati fanno esplicito riferimento a quanto indicato nel PNGLA e misurano la percentuale

di prestazioni (ricoveri o specialistica ambulatoriale) erogate nei tempi massimi previsti dalla specifica classe di priorità assegnata al momento della prescrizione. Per quanto riguarda i ricoveri si è ritenuto opportuno concentrare l'analisi sull'elezione che costituisce specifica mission del Policlinico e quindi sulle due aree IRCCS (oncologia e neuroscienze) e sulle 3 classi ministeriali di classificazione degli episodi chirurgici, mentre per la specialistica ambulatoriale il focus è sulle prestazioni di secondo livello, anch'esse mission specifica del San Martino. Per non limitare l'analisi alle prestazioni di ricovero già erogate un indicatore prevede l'analisi dei tempi di permanenza in lista di attesa di tutti gli iscritti. Il target atteso è quello stabilito dal PNGLA.

Le azioni che vengono messe in atto prevedono un governo centralizzato delle liste di attesa e della costituzione delle liste operatorie.

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 struttura ma delle possibilità generali di offerta dell'Ospedale. 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 le due.

La centralizzazione prevede ovviamente l'utilizzo di un'unica procedura informatica, di un tracciato record ben definito che contenga anche informazioni strutturate sulla diagnosi, sulle procedure previste e relative tempistiche, utilizzando cioè la codifica internazionale ICD9CM e/o suoi raggruppamenti omogenei; è inoltre necessario un organismo terzo rispetto alle strutture cliniche per la supervisione delle liste. È 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 circa 1 anno 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.)

La ricaduta di questo obiettivo, come illustrato in tabella 2, è rilevante sull'area dell'efficacia. Il significato della priorità è quello, infatti, di indicare un tempo massimo oltre il quale procrastinare il trattamento può essere causa di un aggravamento della patologia e condizionarne significativamente gli esiti.

AREA DELL'APPROPRIATEZZA

Gli obiettivi individuati si focalizzano principalmente su uno degli aspetti presi in considerazione più di recente dall'OMS nella definizione dell'area: quello del contesto erogativo e cioè del case-load di struttura e di professionista. In particolare, si è ritenuto di assegnare obiettivi di produzione su specifiche aree

cliniche alle Unità Operative e di misurare quindi la dispersione delle casistiche tra le strutture e tra i professionisti riducendola progressivamente nel tempo. Numerose analisi aziendali e di letteratura effettuate hanno evidenziato oltre che migliori esiti dei trattamenti anche una maggiore efficienza ed un più standardizzato uso delle risorse in capo alle strutture con maggiore casistica in una determinata area clinica. I sistemi di monitoraggio del Controllo di Gestione sono focalizzati da tempo sull'analisi di variabilità nell'allocazione delle risorse e, con la recente implementazione dei nuovi strumenti di business intelligence, anche sugli esiti.

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. Un aspetto di sempre maggiore importanza conseguente ai recenti sviluppi tecnologici, particolarmente nelle aree sopra ricordate, è quello della accountability cioè della precisa rendicontazione in correlazione di attività e risorse consumate. Le competenti strutture del Policlinico sono quindi costantemente impegnate in questa analisi.

L'analisi del caseload di struttura verrà effettuata sulle 2 aree IRCCS (oncologia e neuroscienze) oltre che sul cardiovascolare mentre gli indicatori che valutano la concentrazione sull'alta complessità interessano anche le altre discipline. Per la specialistica di secondo livello l'indicatore è focalizzato sulle visite e sulla diagnostica per immagini; in queste due aree si concentrano i maggiori volumi erogativi per follow-up di patologie croniche che travalicano spesso il limite che divide l'acuzie dalla fase "libera da malattia". L'azione prevista, con effetto anche sull'indicatore di equità per la specialistica ambulatoriale, è l'individuazione dei carichi di lavoro di questa fase e l'integrazione con il territorio per liberare risorse utili per l'acuzie tramite il coordinamento di Regione Liguria.

Per quanto riguarda la concentrazione della casistica sui professionisti è 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 la 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.

Un apporto essenziale per questi obiettivi e di conseguenza per tutte le ricadute che essi hanno sulle altre aree (vedi tabella 2) è quello dei Disease Management Team (DMT) che sono infatti stati citati nella SWOT minimalista sopra riportata.

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.

Essa è basata 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) e 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.

AREA DELL'EFFICIENZA

Per quest'area si è deciso di focalizzare l'attenzione sulle risorse strutturali/organizzative di maggior costo: gli spazi degenziali, le sale operatorie e la diagnostica intermedia. Ridurre le giornate di degenza e le ore di sala operatoria mal utilizzate e standardizzare l'utilizzo della diagnostica non ha lo scopo di ridurre la spesa ma di liberare risorse per ulteriori prestazioni il che ha effetto anche sull'area dell'equità di accesso per la riduzione delle liste di attesa.

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 San Martino 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 inappropriatezza 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 di maggior 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 citata tra i pericoli della SWOT analysis).

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. Dal presente anno tali obiettivi tengono inoltre conto del percorso del paziente nei diversi reparti e della effettiva gestione delle giornate di degenza di ciascuno di essi.

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. È 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 la loro composizione 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'analisi della variabilità dei costi della diagnostica tra Unità Operative, a parità di DRG (raggruppamenti omogenei di casi clinici), costituisce il fondamento anche per il monitoraggio ed il miglioramento dell'allocazione di questa preziosa risorsa. Fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo è la collaborazione tra i professionisti dei servizi erogatori della diagnostica e i clinici dei reparti di degenza; per molti settori luogo naturale di tale collaborazione potranno essere i già citati DMT.

Lo stesso strumento interattivo disponibile in Intranet ed applicato al monitoraggio dei tempi di attesa consente una puntuale valutazione dell'utilizzo dei posti letto così come delle sale e della diagnostica intermedia.

AREA DELL'EFFICACIA

Due aspetti critici per la valutazione di efficacia il cui controllo costituisce una importante leva per la creazione di valore pubblico sono l'incidenza dei trattamenti ripetuti, con l'esclusione dei casi in cui essi siano esplicitamente previsti da linee guida evidence based, e gli esiti in termini di sopravvivenza. È evidente che c'è un grande interesse anche per la misurazione degli altri esiti che completano il cosiddetto "modello delle 5 D" e sono rappresentati dalla permanenza di segni o sintomi fisici di malattia, da segni generici di quello che viene definito "discomfort" traducibile impropriamente con "malessere", da disabilità nelle comuni occupazioni della vita e da un quadro di malessere psicologico che gli anglosassoni definiscono "dissatisfaction". Le basi dati attualmente a disposizione consentono una analisi agevole ed approfondita dei primi due aspetti citati (trattamenti ripetuti e sopravvivenza) mentre per gli altri aspetti sono necessarie rilevazioni "ad hoc" che sarà possibile programmare sistematicamente in un prossimo futuro grazie agli strumenti tecnologici attualmente a disposizione (campagne on-line di rilevazione).

Per quanto riguarda i trattamenti ripetuti il Policlinico da tempo monitora particolarmente l'area degli interventi chirurgici per patologia oncologica applicando i modelli del PNE e questo indicatore è stato pertanto inserito nel sistema di valutazione della performance. Il secondo indicatore analizza invece la necessità di ricoveri ripetuti entro 30 giorni stratificato per disciplina.

Per gli esiti è stata presa in considerazione la mortalità a 30, 60 e 90 giorni dopo intervento per chirurgia oncologica e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di patologia oncologica. I sistemi di monitoraggio del Policlinico estendono l'analisi di mortalità post-intervento sino a 2 anni, da cui verranno estratti i dati necessari al primo indicatore, ed elaborano le curve di sopravvivenza secondo la metodica di Kaplan-Meyer stratificate per neoplasia, sesso, fascia di età, oggetto di misurazione da parte del secondo indicatore.

Si è deciso inoltre di integrare la valutazione degli esiti con due aspetti ulteriori. Il primo è rappresentato dalla prevalenza di infezioni ospedaliere che affliggono negativamente oltre che l'area dell'efficacia del trattamento anche quella dell'efficienza, per una possibile correlazione con procedure assistenziali inadeguate, e quella dell'appropriatezza per un utilizzo di risorse determinato non dalla patologia indice ma da complicanze insorte nel corso del ricovero. Il secondo è borderline con la valutazione della qualità percepita in quanto valuta il rapporto tra l'ammontare delle transazioni offerto per danno riconosciuto dal Policlinico e l'ammontare dei risarcimenti stabiliti dalla Magistratura; se da un lato la riduzione di tale rapporto può essere proxy di migliore efficacia dall'altro l'incremento delle richieste totali è un proxy di una

minore soddisfazione da parte dell'utenza.

AREA DELLA RICERCA

La ricerca clinica e traslazionale svolge un ruolo cruciale per migliorare la qualità delle cure e assicurare ai pazienti un'assistenza sanitaria di alto livello, attraverso l'individuazione di nuove terapie o procedure e il rapido trasferimento nella pratica clinica delle scoperte scientifiche realizzate in laboratorio. Le attività di ricerca sanitaria contribuiscono inoltre a garantire sviluppo e innovazione al Sistema Sanitario Regionale e Nazionale e ad aumentare l'attrattività per le aziende che intendono investire in sanità pubblica.

La performance della ricerca svolta all'interno del Policlinico viene misurata attraverso la valutazione:

1. delle sperimentazioni cliniche in termini di numero di trials clinici approvati annualmente, nonché del numero di pazienti arruolati;
2. dei 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.
3. della produzione scientifica in termini di numero di pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed indicizzate e della loro "qualità" misurata in termini di impact factor totale negli ultimi tre anni.

In particolare, in considerazione della natura di IRCCS riconosciuto nelle discipline *Oncologia* e *Neuroscienze*, le attività di ricerca del Policlinico nelle aree tematiche "core", oncologia e neuroscienze, sono valutate e supportate annualmente dal Ministero della Salute, in coerenza con quanto riportato nel Piano Nazionale Ricerca Sanitaria, attraverso il finanziamento Ricerca Corrente secondo i seguenti parametri:

- produzione scientifica e relativa efficienza e impatto (50%);
- capacità di attrarre risorse (15%);
- attività assistenziale (20%);
- capacità di operare in rete (10%);
- trasferimento tecnologico (5%).

Gli obiettivi di performance per la ricerca nelle aree "core" dell'IRCCS, tengono pertanto conto di questi indici stabiliti dal Ministero. Accanto ai parametri già descritti per la misurazione della capacità di fare network nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, della capacità di ottenere finanziamenti di ricerca e della produzione scientifica, ai fini della valutazione di performance dell'Istituto per l'attività di Ricerca Corrente ministeriale sono considerati rilevanti anche alcuni parametri espressione dell'attività assistenziale nelle aree oncologia e neuroscienze già utilizzati per gli altri obiettivi strategici quali le misure di complessità e di concentrazione della casistica o le misure di efficienza operativa.

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 dal significativo aumento della produzione scientifica osservato negli ultimi cinque anni. Il mantenimento e possibilmente l'incremento dei livelli raggiunti, rappresentano un obiettivo

chiave per garantire la qualità della ricerca e fare in modo che il Policlinico continui ad essere un punto di riferimento in queste aree.

La crescente complessità delle normative e delle priorità di sviluppo e performance dettate a livello nazionale ed europeo, come il tema della protezione dei dati personali, il trasferimento tecnologico, l'applicazione del recente Regolamento Europeo sulle Sperimentazioni Cliniche, le politiche per l'uguaglianza di genere indispensabili per l'accesso ai finanziamenti europei, fino alla necessità di consolidare i processi di research integrity, ha portato ad una maggior strutturazione dei servizi di supporto alla ricerca e ai ricercatori.

In particolare, è in corso un potenziamento delle professionalità dedicate alla ricerca attraverso il percorso "Piramide della ricerca", previsto dal Ministero della Salute, che prevede l'inserimento delle figure di ricercatore sanitario e collaboratore professionale di ricerca in attività strategiche. La produttività di tali risorse è soggetta ad un periodico e preciso monitoraggio definito con indicatori bibliometrici riconosciuti a livello nazionale e internazionali e normati con specifico decreto ministeriale.

ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA, GESTIONE RISORSE UMANE, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE

I capitoli specifici di queste aree ne trattano in maniera approfondita le caratteristiche. Qui si fa solo un cenno alle loro ricadute sulle performance finora illustrate.

È evidente la rilevanza che gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza e gli obiettivi di formazione hanno sull'area dell'equità di accesso sia direttamente (corretta e trasparente gestione delle liste di attesa) sia indirettamente tramite l'influenza su altri obiettivi con ricadute sull'equità come l'ottimizzazione delle risorse, aspetto che coinvolge anche sia appropriatezza che efficienza.

Parimenti una corretta valorizzazione delle risorse umane ha importanti ricadute sull'efficacia (gestione della sicurezza degli operatori e degli utenti) e sull'efficienza (promozione della salute e miglioramento del clima organizzativo).

La formazione è trasversale non solo alle 5 aree descritte in questo capitolo attraverso la formazione/informazione sulle buone pratiche operative, ma anche alle altre del presente paragrafo perché contribuisce a diffondere la cultura dell'anticorruzione e della trasparenza, migliora il clima organizzativo e l'empowerment degli operatori.

La digitalizzazione fornisce gli strumenti indispensabili alla semplificazione dei processi e mette a disposizione le informazioni necessarie agli strumenti di monitoraggio implementati dal Controllo di Gestione.

Obiettivi strategici	Obiettivi di performance	ricadute su				
		EQUITA'	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA	BENESSERE ORGANIZZATIVO
Garantire l'equità di accesso alle prestazioni	Erogare le prestazioni entro i limiti previsti per la specifica classe di priorità	X			X	
Assicurare l'appropriatezza clinico-organizzativa delle prestazioni	Concentrazione della casistica nelle strutture di specifica competenza	X	X	X	X	X
	Assicurare un adeguato livello di skill professionali		X	X	X	X
Focalizzare l'attività sulla mission del Policlinico	Incremento della capacità produttiva nell'alta complessità e nelle aree core dell'IRCCS	X	X	X	X	X
Massimizzare l'efficienza allocativa delle risorse	Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto	X	X	X		
	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	X	X	X		
	Ottimizzazione dell'utilizzo della diagnostica su pz ricoverati	X	X	X		
Monitorare gli outcome ed assicurarne elevati standard di qualità	Verifica e miglioramento dell'incidenza di trattamenti ripetuti	X		X	X	
	Verifica e miglioramento degli esiti	X		X	X	
Monitorare l'attività di ricerca ed assicurarne elevati standard di qualità	Assicurare un adeguato volume di attività				X	X
	Qualità della produzione		X		X	X
Anticorruzione	Attuazione delle misure Anticorruzione	X	X	X		
	Promozione della cultura dell'Anticorruzione	X	X	X		
	Promozione della cultura della Trasparenza	X	X	X		
Valorizzazione, benessere, salute e sicurezza delle Risorse Umane	Promozione della salute			X		X
	Promozione di una cultura di parità di genere, pari opportunità, assenza di discriminazioni, benessere di chi lavora, prevenzione e contrasto del mobbing e attuazione di strumenti di conciliazione vita - lavoro			X	X	X
	Controllo della sicurezza delle strutture e dei percorsi			X	X	X
Formazione e comunicazione	Mantenimento di una formazione aziendale efficace sul tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (estesa anche per dipendenti che lavorano da remoto)			X	X	X
	Mantenimento di una formazione aziendale efficace sui temi degli aspetti relazionali, dell'umanizzazione delle cure, del benessere organizzativo e della parità di genere			X	X	X
	Attuazione di formazione aziendale in tema di competenze organizzative / digitali per lavoro agile			X	X	X
Digitalizzazione dei processi	Incrementare il numero di referti consegnati al paziente attraverso il portale web	X		X	X	
	Scambio di documentazione clinica ed amministrativa con modalità di interoperabilità tramite piattaforme digitali	X		X	X	
	Attivazione CDA2 per tutte le tipologie di referti conferite al FSE	X		X	X	
	Elaborazione di atti digitali che consentano il risparmio dei costi legati alla gestione analogica	X		X	X	
	Diffusione dell'utilizzo delle piattaforme per la gestione dei progetti di ricerca			X	X	X
	Gestione di Help Desk entro i termini definiti dalle SLA contrattuali			X	X	X

Obiettivi strategici	Stakeholder	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target	Codice	Azioni	Responsabilità	Risorse													
					numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione																		
Garantire l'equità di accesso alle prestazioni	UTENTI REGIONE	Fogare 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 oncologica, core neuroscienze, altri DRG compresi nelle tre classi ministeriali di complessità	Fusso SDO	Numero di ricoveri con data data ingresso/data inserimento in lista di attesa compreso entro i termini specifici per priorità	Totale ricoveri con priorità e neuroscienze, altri DRG chirurgici delle classi ministeriali 1, 2, 3, classi di priorità	Riduzione del tempo di attesa	Standardizzazione regionale	>90%	1.1.1	Centralizzazione delle liste di attesa specifiche per la mission di ogni struttura e governo centralizzato delle liste operative	Gruppo Operativo Percorso Operativo della durata operativa stimata in fase di programmazione	LDA, implementazione della durata operativa stimata in fase di programmazione													
														Tempo medio di permanenza in lista di attesa di ricovero per classe di priorità	Numero di prestazioni di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	Totale prestazioni di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	Entro i limiti della classe									
														Percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	Numero di prestazioni di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	Totale prestazioni di secondo livello erogate entro i termini previsti per la classe di priorità	>90%									
														Indice di dispersione della casistica tra le unità operative stratificate per aree di attività: oncologia, neuroscienze, cardiovascolare	Numero medio di casi trattati per unità operativa	Numero medio di casi trattati per unità operativa	<=0.33									
														Indice di dispersione dei caseload dei professionisti nei principali settori della chirurgia oncologica oggetto di valutazione da parte del PNE	Deviazione standard del numero di interventi eseguiti come primo operatore	Numero medio di interventi eseguiti come primo operatore	<=0.33									
														Peso medio del DRG stratificato per disciplina e regime di ricovero	Totale posti DRG	Numero ricoveri	3.1.1									
														Rapporto tra numero ricoveri di alta e bassa complessità (fase di Regione, IJUR) per area di attività: oncologia, neuroscienze, cardiovascolare	Numero di ricoveri con DRG ricompresi nelle due fasce maggiori di complessità	Numero di ricoveri con DRG ricompresi nelle due fasce maggiori di complessità	3.1.2									
														Rapporto tra prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo e primo livello nelle categorie: visite specialistiche, diagnostica per immagini	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo livello	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo livello	3.1.3									
														Tasso di occupazione	Totale giornate di degenza prodotte applicativo ADT	Totale giornate di degenza disponibili a tasso di occupazione del 100%	>=85%	4.1.1	Obiettivo collegato al 2.1	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Direzioni di UO
														Focalizzare l'attività sulla mission del Politico	UTENTI OPERATORI REGIONE	Incremento della capacità produttiva nell'alta complessità e nelle aree core del/RCCS	Degenza media standardizzata per la casistica	Fusso SDO	Degenza standard della durata di degenza	Degenza media grezza	Standardizzazione diretta sulla casistica regionale	<=0.75	4.1.3	Monitoraggio periodico e intervento su eventuali anomalie	DMPD, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	DMPD, Controllo di Gestione, Direzioni di UO
Coeficiente di variazione della durata di degenza stratificata per DRG	Deviazione standard della durata di degenza	Deviazione standard della durata di degenza	<=0.75																							
Rapporto tra il numero di DRG di cui all'allegato BA del DPRM sui livelli essenziali di assistenza e il numero degli altri DRG erogati in regime di ricovero ordinario	Numero di DRG ex allegato BA in regime ordinario	Numero di DRG non ricompresi nell'allegato BA in regime ordinario	<=0.21																							
Percentuale di ricoveri diagnostici a ciclo diurno	Numero di ricoveri diurni non chirurgici senza procedure terapeutiche	Totale ricoveri diurni non chirurgici	0%																							
Tasso di occupazione della sala con tempo paziente	Totale dei tempi paziente operatoria	Totale dei tempi di seduta operatoria	>=85%																							
Coeficiente di variazione dei tempi paziente e dei tempi chirurgici	Deviazione standard dei tempi paziente/tempi chirurgici	Media dei tempi di degenza	<=0.75																							
Coeficiente di variazione della spesa per unità di prodotto (1.000 € di tariffato)	Deviazione standard del costo unitario	Media del costo unitario	<=0.75																							
Percentuale di interventi ripetuti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni per la chirurgia oncologica	Numero di interventi ripetuti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 e 90 giorni	Numero totale interventi	<=5%																							
Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro 30, 60, 90 giorni	Numero di ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro 30, 60, 90 giorni	Numero totale dimessi	<=5%																							
Massimizzare l'efficienza allocativa delle risorse	REGIONE CITTADINI	Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	Fusso SDO	Registrazione di sala operatoria	Tasso di occupazione della sala operatoria	Standardizzazione diretta sulla casistica regionale	<=0.75	4.2.3	Obiettivo collegato al 2.1	DMPD, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	DMPD, Controllo di Gestione, Direzioni di UO	DMPD, Controllo di Gestione, Direzioni di UO													
														Prevalenza di ICA (infezioni correlate all'assistenza)	Numero di ICA	Numero totale dimessi	<=5%									
														Tasso di mortalità nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni a seguito di interventi di chirurgia oncologica	Numero deceduti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni	Numero totale dimessi	<=0.75									
														Percentuale di sopravvivenza a 5 anni per patologia oncologica	Numero di pazienti in vita a 5 anni	Numero totale pazienti	>=90%									
														Congruità dei risarcimenti per danno	Ammontare delle transazioni	Ammontare dei risarcimenti depositi dalla Magistratura	<=1									
														Prevalenza di ICA (infezioni correlate all'assistenza)	Numero di ICA	Numero totale dimessi	<=5%									
														Tasso di mortalità nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni a seguito di interventi di chirurgia oncologica	Numero deceduti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni	Numero totale dimessi	<=0.75									
														Percentuale di sopravvivenza a 5 anni per patologia oncologica	Numero di pazienti in vita a 5 anni	Numero totale pazienti	>=90%									
														Congruità dei risarcimenti per danno	Ammontare delle transazioni	Ammontare dei risarcimenti depositi dalla Magistratura	<=1									
														Monitorare gli outcome ed assicurare elevati standard di qualità	UTENTI REGIONE	Verifica e miglioramento degli esiti	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO	Fusso SDO
Prevalenza di ICA (infezioni correlate all'assistenza)	Numero di ICA	Numero totale dimessi	<=5%																							
Tasso di mortalità nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni a seguito di interventi di chirurgia oncologica	Numero deceduti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni	Numero totale dimessi	<=0.75																							
Percentuale di sopravvivenza a 5 anni per patologia oncologica	Numero di pazienti in vita a 5 anni	Numero totale pazienti	>=90%																							
Congruità dei risarcimenti per danno	Ammontare delle transazioni	Ammontare dei risarcimenti depositi dalla Magistratura	<=1																							
Prevalenza di ICA (infezioni correlate all'assistenza)	Numero di ICA	Numero totale dimessi	<=5%																							
Tasso di mortalità nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni a seguito di interventi di chirurgia oncologica	Numero deceduti nel ricovero indice ed entro 30, 60, 90 giorni	Numero totale dimessi	<=0.75																							
Percentuale di sopravvivenza a 5 anni per patologia oncologica	Numero di pazienti in vita a 5 anni	Numero totale pazienti	>=90%																							
Congruità dei risarcimenti per danno	Ammontare delle transazioni	Ammontare dei risarcimenti depositi dalla Magistratura	<=1																							
Prevalenza di ICA (infezioni correlate all'assistenza)	Numero di ICA	Numero totale dimessi	<=5%																							

Obiettivi strategici	Stakeholder	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target	Codice	Azioni	Responsabilità	Risorse
					numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione					
Monitorare l'attività di ricerca ed assicurarne elevati standard di qualità	UTENTI SPERIMENTATORI SPONSOR REGIONE MINISTERO	Assicurare un adeguato volume di attività	Trend annuale sperimentazioni cliniche profit e non profit	Database aziendale della ricerca	Numero sperimentazioni approvate nell'anno osservato	Numero sperimentazioni approvate nell'anno precedente	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>1	6.1.1	Monitoraggio costante - Incremento risorse dedicate - Ottimizzazione procedure di sottomissione e gestione studi di ricerca	Direzione Scientifica - Ufficio Sperimentazioni Cliniche - Direttori U.O.	Personale Ufficio Sperimentazioni Cliniche - Personale di ricerca clinica - U.O. Bilancio - U.O. ICT
			Trend annuale pazienti arruolati nelle sperimentazioni cliniche	Database aziendale della ricerca	Numero pazienti arruolati nell'anno	Numero pazienti arruolati nell'anno precedente	Core oncologico, core neuroscienze		>1	6.1.2	Monitoraggio costante - Incremento risorse dedicate - Ottimizzazione procedure di sottomissione e gestione studi di ricerca	Direzione Scientifica - Ufficio Sperimentazioni Cliniche - Direttori U.O.	Personale Ufficio Sperimentazioni Cliniche - Personale di ricerca clinica - U.O. Bilancio - U.O. ICT
			Trend triennale numero progetti di ricerca attivi finanziati da bandi competitivi nazionali e internazionali	Database aziendale della ricerca	Numero progetti attivi nel triennio aa1-aa3	Numero progetti attivi nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>>1	6.1.3	Monitoraggio costante - Implementazione piattaforma gestionale dedicata - Incremento risorse di ricerca dedicate	Direzione Scientifica - Ufficio Grant Office - Direttori U.O.	Personale Grant Office - Personale della ricerca
			Trend numero 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	6.1.4	Monitoraggio costante - Implementazione piattaforma gestionale dedicata - incremento risorse di ricerca dedicate	Direzione Scientifica - Ufficio Grant Office - Direttori U.O.	Personale Grant Office e Biblioteca Scientifica - Personale della ricerca
		Qualità della produzione	Trend valore economico medio dei progetti finanziati	Database aziendale della ricerca	Valore totale attivi su numero attivi nel triennio aa1-aa3	Valore totale attivi su numero attivi nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>>1	6.2.1	Monitoraggio costante - Implementazione piattaforma gestionale dedicata - Incremento risorse di ricerca dedicate	Direzione Scientifica - Ufficio Grant Office - Direttori U.O.	1) Personale Grant Office 2) Personale della ricerca 3) U.O. Bilancio
			Trend triennale totale punti di Impact Factor grezzo (IF)	Database aziendale della ricerca	Totale punti di IF nel triennio aa1-aa3	Totale punti di IF nel triennio aa0-aa2	Core oncologico, core neuroscienze, altri settori		>>1	6.2.2	Monitoraggio costante - Implementazione piattaforma gestionale dedicata - Incremento risorse di ricerca dedicate	Direzione Scientifica - Ufficio Grant Office - Direttori U.O.	1) Personale Grant Office e Biblioteca Scientifica 2) Personale della ricerca
Anticorruzione	REGIONE CITTADINI OPERATORI	Attuazione delle misure Anticorruzione	Monitoraggio di primo livello delle misure generali tramite questionario	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero item conformi allo standard	Totale item previsti	Singole UO	1	7.1.1				
			Monitoraggio di secondo livello delle misure generali e specifiche tramite audit	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero item conformi allo standard	Totale item auditati	Singole UO	1	7.1.2				
		Promozione della cultura dell'Anticorruzione	Aderenza alla formazione tramite corso base	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero partecipanti	Totale obbligati	Policlinico	1	7.2.1				
			Aderenza alla formazione avanzata	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero partecipanti	Totale destinatari	Policlinico	>>0,8	7.2.2				
Promozione della cultura della Trasparenza	OPERATORI	Punteggio / % attribuita dalla Valutazione annuale OIV	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero item pubblicati	Totale item per i quali è prevista la pubblicazione	Singole UO	>>0,75	7.2.3					
		Promozione della salute	Trend operatori inseriti in programmi volontari di promozione della salute	Database Mdl.	Numero operatori coinvolti nell'anno monitorato	Numero operatori coinvolti nell'anno precedente	Dipartimento	>>1	8.2.1	Produzione materiale illustrativo	Medicina del Lavoro		
Promozione di una cultura di parità di genere, pari opportunità, assenza di discriminazioni, benessere di chi lavora, prevenzione e contrasto del mobbing e attuazione di strumenti di conciliazione vita - lavoro	OPERATORI		Percentuale di gradimento dell'attività in smartworking	Questionario ad hoc	Numero di risposte su scala Likert con valore >3	Numero questionari compilati	Singole UO	>>60%	8.2.2				
		Realizzazione delle azioni positive proposte dalla dirigenza aziendale al CUG	Report e verbali CUG	Numero di azioni positive realizzate	Numero di azioni positive proposte	Policlinico	>>90%	8.2.3					
Controllo della sicurezza delle strutture e dei percorsi	OPERATORI UTENTI	Mantenimento della comunicazione interna in merito alla sicurezza	Database SPP	Numero strutture che hanno tenuto almeno tre incontri annuali sulla sicurezza	Totale strutture monitorate	Dipartimento	100%	8.3.1	Monitoraggio periodico e intervento su eventuali anomalie	Direttori di UO, Coordinatori, Funzioni Organizzative	Gestionale SPP		
			Database SPP	Numero di checklist di autocontrollo aggiornate	Totale strutture monitorate	Dipartimento	100%	8.3.2					
			Database SPP	Numero di non conformità rilevate e rimosse	Totale non conformità rilevate dagli audit	Dipartimento	100%	8.3.3					
Formazione e comunicazione	OPERATORI UTENTI	Mantenimento di una formazione aziendale efficace sul tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (estesa anche per dipendenti che lavorano da remoto)	Trend corsi attivi	Database formazione	Numero corsi attivati nell'anno in corso	Numero corsi attivati nell'anno precedente	Policlinico	>>1	9.1.1	Formazione, Proponenti			
			Trend partecipanti	Database formazione	Numero partecipanti nell'anno in corso	Numero obblighi formativi nell'anno in corso	Singole UO	1	9.1.2				
		Mantenimento di una formazione aziendale efficace sui temi degli aspetti relazionali, dell'umanizzazione delle cure, del benessere organizzativo e della parità di genere	OPERATORI UTENTI	Percentuale di smart workers che ha partecipato a corsi di formazione	Database formazione e risorse umane	Numero partecipanti in regime di smartworking	Numero di smart workers	Policlinico	1	9.1.3	Formazione, Proponenti	Applicativo della formazione con accesso tramite il Portale del Dipendente	
					Trend corsi attivi	Database formazione	Numero corsi attivati nel triennio aa1-aa3	Numero corsi attivati nel triennio aa0-aa2	Policlinico	>>1			9.2.1
		Trend partecipanti	Database formazione	Numero partecipanti nell'anno in corso	Numero partecipanti nell'anno precedente	Singole UO	>>1	9.2.2	Direttori UO, Coordinatori				
			Database formazione	Numero dipendenti che hanno concluso i corsi con bollino CUG	Totale dei dipendenti	Singole UO	>>50%	9.2.3	Direttori UO, Coordinatori				
Digitalizzazione dei processi	REGIONE CITTADINI	Incrementare il numero di referti consegnati al paziente attraverso il portale web	numero di referti resi disponibili sul portale rispetto al totale di referti resi disponibili al paziente	Database Speditali	numero documenti resi disponibili in modalità web	totale documenti consegnati	Singole UO	>>1	10.1.1	Monitoraggio periodico e intervento in ambito di sensibilizzazione al paziente rispetto alla possibilità di utilizzo del portale	Direttori UO, Coordinatori Ambulatori, UO ICT	Applicativi sanitari UO ICT	
			numero documenti scambiati in modalità digitale	Database Documentale	documenti pervenuti e protocollati in automatico attraverso piattaforme web (PEC, PEO)	documenti analogici pervenuti via posta ordinaria o consegna manuale	Policlinico	>>1	10.1.2	Sensibilizzazione attraverso il sito web aziendale e altri canali (LinkedIn, altri social media)	Direttori UO Tecnico Amministrative	Software di gestione documentale	
			utilizzo CDA2 per tutte le tipologie di referti conferite al FSE	Repository	numero di referti da conferire prodotti in formato CDA2	numero totale di referti da conferire prodotti	Policlinico	100%	10.1.3	Sensibilizzazione all'uso della firma digitale necessaria per il conferimento. Adeguamento a specifiche di FSE 2.0	Direzione Sanitaria, Direttori UO, Coordinatori Ambulatori, UO ICT		
Digitalizzazione dei processi	OPERATORI UTENTI	Elaborazione di atti digitali che consentano il risparmio dei costi legati alla gestione analogica	numero atti digitali	Software di gestione documentale	atti digitali	totale atti	Policlinico	80%	10.2.1	Implementazione software di gestione documentale	Direttori Area Tecnico Amministrativa	Software di gestione documentale	
			numero di ricercatori formati all'utilizzo della piattaforma	Database delle singole piattaforme di ricerca	numero di ricercatori formati	numero di ricercatori con accesso alle piattaforme	Policlinico	100%	10.2.2	Sensibilizzazione dei ricercatori e PI nell'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dal Policlinico	Direzione Scientifica e ICT		
		numero di progetti gestiti sulla piattaforma	Database delle singole piattaforme di ricerca	numero di progetti gestiti sulla piattaforma in qualità di PI	totale progetti di ricerca senonché come PI	Policlinico	100%	10.2.3	Standardizzazione dei processi e raccolta dei dati di ricerca	Direzione Scientifica e ICT			
		numero di Help Desk presi in carico nell'anno	Database Mainsim	numero totale di Help Desk aperti in un anno (eventuale trend mensile)	numero totale di Help Desk aperti in un anno	Policlinico	100%	10.2.4	Monitoraggio periodico della gestione ticket	Direttori Area Tecnico Amministrativa	Software di ticketing		

2.2.2 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, anche rivolgendosi agli stakeholder interni, ovvero efficientando e snellendo i processi amministrativi aziendali. 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 socioeconomico, 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 stati aggiornati 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. L'adozione del sistema regionale ha comportato un enorme sforzo organizzativo e di formazione ed in oggi residuano ancora numerose difficoltà di utilizzo, anche determinate dalla mancanza di un governo centrale delle codifiche così come gli organi regionali avevano inizialmente prospettato, causano talora rilevanti problemi gestionali e di approvvigionamento.

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: è stato completato il percorso di digitalizzazione del processo delle determinazioni aziendali ed entro il 2023 verrà attivata la sperimentazione delle deliberazioni digitali presso le U.O. Attività Tecniche e ICT. Tale attività è correlata all'introduzione di sistemi di automazione per la pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovato sito pubblico aziendale (novembre 2023) per la sezione Amministrazione Trasparente.

Sono inoltre concluse 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, in corso di aggiornamento).

2. Nell'ambito dei processi sanitari sono invece state portate a termine numerose attività di aggiornamento 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. Le azioni di miglioramento 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 alle linee guida AgID, anche attraverso apposito finanziamento PNRR per la Migrazione al cloud della PA che prevede lo spostamento dei servizi critici presso il Datacenter della in-house Liguria Digitale come da DGR 792/2022 di Regione Liguria e successive comunicazioni.
È in corso l'aggiornamento del sistema informativo dei laboratori (LIS) che si collega all'aggiornamento tecnologico determinato dall'attivazione della catena di automazione (c.d. "Corelab") presso il nuovo laboratorio analisi nell'area del Padiglione 64.
L'unitarietà organizzativa delle aree di information technology ed ingegneria clinica consente 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, connessa 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. Al fine di migliorare anche i processi della ricerca sono state introdotte innovazioni nella gestione degli ordini interni in modo da attribuire l'attività ai diversi progetti di ricerca attivi in modo puntuale, nonché applicazioni e database dedicati alla ricerca clinica con una strategia di uniformità aziendale (RedCAP, XNAT) ed applicazioni ad hoc per la rendicontazione (Doc2Res) integrate con il nuovo sistema amministrativo contabile.
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 (end point protection and remediation), sicurezza perimetrale, costante aggiornamento dei sistemi operativi, interventi formativi, campagne di phishing, segmentazione della rete
 - ✚ 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, consolidando le infrastrutture esistenti.

2.2.3 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

È 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>

2.2.4 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 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 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 FIHR per tutte le tipologie documentali previste.

È 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 nell'ultimo trimestre 2023. Il nuovo sito includerà, tra la altre, la revisione della sezione Trasparenza Amministrativa, una migliore consultazione delle prestazioni erogate presso il Policlinico ed una gestione efficace delle mappe e dei percorsi per il cittadino/paziente.

2.2.5 Pari opportunità, equilibrio di genere e benessere organizzativo

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.

Il 2023 è stato un anno di importante programmazione e formale recepimento rispetto a quanto la Direzione ha pianificato nel corso del 2022 con l'intento di dare una svolta in merito ai temi quali pari opportunità, equilibrio di genere e benessere organizzativo all'interno del Policlinico.

Nel corso del 2023, infatti, sono state inserite nel PIAO (gennaio 2023) le Azioni Positive secondo il nuovo impianto proposto dalla Direzione e si è introdotto, per la prima volta per il nostro Ente (febbraio 2023), il GEP (Gender Equality Plan), col chiaro intento di cogliere spunto dalle tematiche che accomunano CUG e GEP per ampliare le misure aziendali atte ad equilibrare situazioni di svantaggio nelle carriere del genere meno rappresentato e a stimolare la dirigenza in posizione apicale a trovare strumenti e metodologie finalizzate ad elaborare e proporre soluzioni in tal senso.

A un anno dall'approvazione è dunque necessario fare un bilancio dell'andamento delle Azioni deliberate dalla Direzione, considerando, in questo capitolo, quanto si era programmato di realizzare per ogni azione positiva nel corso del primo anno del triennio 2023 -2025 (deliberazione n. 2120 del 28.12.2022) e rinviando allo specifico Piano l'analisi relativa a quelle inserite nel GEP

<https://www.ospedalesanmartino.it/it/component/finder/search.html?q=gep&Itemid=508>.

Si propongono nella sezione appendici le tabelle che riportano l'azione positiva (se necessario in forma sintetica) con relativo focus sul raggiungimento degli obiettivi in base agli indicatori proposti, secondo il seguente ordine:

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

AZIONE POSITIVA N. 1

DENOMINAZIONE progetto	<i>Costituzione del NUCLEO DI ASCOLTO ORGANIZZATO</i>		
DESCRIZIONE del progetto	<p>Il CUG deve svolgere funzioni di verifica in ordine alla assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta, nel luogo di lavoro svolgendo all'interno della amministrazione da importante sentinella delle situazioni di malessere collegate alla violenza e alla discriminazione. Al fine di promuovere questa attività di verifica si propone la formale costituzione del Nucleo di ascolto come voluto dal Decreto 2 del 2019 e formulazione di un regolamento per l'attività</p> <p>Il nucleo di ascolto è costituito con atto deliberativo, su proposta del Presidente del CUG dalle seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consigliera di Fiducia • Direttore U.O. Psicologia Clinica • Direttore U.O. Medicina del lavoro 		
DESTINATARI	Tutto il personale in servizio presso l'Ospedale Policlinico San Martino		
OBIETTIVI	<p>a) fornire informazioni e distribuire adeguata documentazione a chi lavora o presta servizio presso il Policlinico San Martino e si ritiene esposto a situazioni riconducibili a discriminazione, mobbing, molestie sessuali, grave disagio da costrittività organizzative;</p> <p>b) assicurare all'utente adeguate occasioni di ascolto ed un'accoglienza basata sulla fiducia reciproca e sul rispetto della riservatezza, illustrando procedure, formali e informali, di tutela di chi si ritiene vittima dei fenomeni sopra descritti;</p> <p>c) informare e tenere aggiornato il Comitato in merito alle fenomenologie emergenti dalle segnalazioni pervenute, quantificandone la consistenza ed eventualmente svolgendo approfondimenti utili alle analisi ed alle iniziative del Comitato stesso. In particolare, fornire una casistica utile all'individuazione di azioni positive per la prevenzione e la rimozione dei fenomeni sopra descritti;</p> <p>d) coadiuvare il Comitato nelle iniziative che esso intraprende per garantire un clima di lavoro rispettoso del diritto della persona all'integrità della propria salute psico-fisica e morale.</p>		
TEMPI DI SVOLGIMENTO	TARGET		
	2023	2024	2025
	Formulazione della delibera e del regolamento del nucleo di ascolto	Diffusione della presenza del nucleo di ascolto all'interno dell'Ospedale Policlinico	sensibilizzazione, attraverso la formazione e l'informazione, sulle problematiche rilevate

STADIO DEL PROGETTO	<p>Indicatore 1 e 2: Con deliberazione n.1956 del 12.12.2023 è stato formalmente approvato il Regolamento del Nucleo di Ascolto Organizzato, diffuso sui principali canali istituzionali (sito, portale del dipendente, intranet)</p> <p>Indicatore 3:</p> <p>Psicologia clinica: 55 dipendenti</p> <p>Consigliera di fiducia: 44 dipendenti</p> <p>Medicina del Lavoro: dato da acquisire</p>		
INDICATORI	<p>Realizzazione delibera</p> <p>Realizzazione del regolamento</p> <p>Numero di persone che hanno usufruito del nucleo di ascolto</p>		

AZIONE POSITIVA N.2

DENOMINAZIONE progetto	<i>Team building attraverso l'arteterapia</i>
DESCRIZIONE del progetto	<p>Il corso team building attraverso l'arte è stato progettato come un laboratorio d'arte sulla base di alcuni assunti concettuali compresi nei principi dell'educazione dell'adulto: apprendimento cooperativo, creatività, conoscenza tacita, uso delle metafore</p> <p>il corso comprende attività che coinvolgono i tre campi: cognitivo, affettivo, psicomotorio. Dura dieci ore suddivise in tre incontri, e comprende tre attività principali: realizzare un lavoro individuale, realizzare in gruppo un progetto artistico cooperativo, discutere il lavoro fatto in un debriefing di confronto e condivisione. Sono state curate: l'ergonomia degli spazi, i tempi di lavoro e di pausa, la disposizione dei posti, la luminosità dell'ambiente, gli strumenti didattici.</p> <p>Il risultato atteso del corso è la modifica dell'interazione sociale positiva, dell'autostima, dell'atteggiamento collaborativo, del rapporto di fiducia, della creatività negli stili di lavoro.</p>

DESTINATARI	Tutto il personale in servizio presso l’Ospedale Policlinico San Martino		
OBIETTIVI	<p>Obiettivo 1. Modificare l’atteggiamento collaborativo nel gruppo di lavoro, per sostenere i colleghi e contribuire a un clima positivo dell’unità operativa attraverso la sperimentazione del linguaggio metaforico dell’arte.</p> <p>Obiettivo 2. Valorizzare gli stili di lavoro individuali, la disponibilità all’ascolto e alla ricerca di alternative ai comportamenti e alle soluzioni abituali attraverso la partecipazione ad un progetto artistico.</p> <p>Obiettivo 3. Impiegare l’arteterapia nel team building e nella soluzione di conflitti.</p>		
TEMPI DI SVOLGIMENTO	TARGET		
	2023	2024	2025
	Corsi formazione di dieci gruppi, ciascuno per un massimo di quindici operatori.	Corsi di formazione di dieci gruppi, ciascuno per un massimo di quindici operatori.	Corsi di formazione di dieci gruppi, ciascuno per un massimo di quindici operatori.
STADIO DEL PROGETTO	<u>Indicatore 1: attualmente programmate due edizioni e conclusa una:partecipanti 17 ma conclusi solo da due</u> <u>Indicatore 2: valutazione positiva</u>		
INDICATORI	<p>Percentuale di partecipanti rispetto agli iscritti</p> <p>Risultati del questionario di gradimento</p>		

AZIONE POSITIVA N. 3

DENOMINAZIONE progetto	Rilevazione del Benessere Organizzativo tra i Dipendenti dell'Ospedale Policlinico San Martino		
DESCRIZIONE del progetto	gettazione e somministrazione di un Questionario relativo al Benessere di chi lavora, prevedendo alcuni quesiti per rilevare l'opinione dei dipendenti con disabilità		
DESTINATARI	Tutti i Dipendenti del Policlinico		
OBIETTIVI	Conoscere e monitorare il livello di benessere in ambito lavorativo, con particolare attenzione all'opinione dei soggetti portatori di disabilità		
TEMPI DI SVOLGIMENTO	TARGET		
	2023	2024	2025
	Redazione del Questionario e prima somministrazione ai Dipendenti	Analisi dei dati	Seconda somministrazione del Questionario-comparazione dei dati con quanto emerso nel 2023
STADIO DEL PROGETTO	<p>Indicatore 1: Si. $987/5000(\text{circa})= 18\%$</p> <p>Indicatore 2,3,4: In progress: il questionario è stato chiuso alla compilazione il 31.10.2023, alcuni dati sono già stati pubblicati sul Portale del Dipendente e sulla Intranet aziendale, ma l'esame è da approfondire per proporre alcune considerazioni a riguardo.</p>		
INDICATORI	<p>Indicatore 1: Numero Questionari Compilati /Numero Questionari Distribuiti</p> <p>Indicatore 2: Grado di soddisfazione dei Dipendenti sul posto di lavoro valutando il risultato di ogni domanda del Questionario</p> <p>Indicatore 3: Differenze tra il livello di soddisfazione valutato da chi è portatore di disabilità rispetto a chi non presenta disabilità</p> <p>Indicatore 4: Numero di partecipanti con disabilità, alla rilevazione Questionario/ Numero di Dipendenti con disabilità, secondo i dati aziendali</p>		

AZIONE POSITIVA N. 4

DENOMINAZIONE progetto	Vademecum sul linguaggio inclusivo		
DESCRIZIONE del progetto	Si propone di realizzare un vademecum sul linguaggio inclusivo, inserendo tematiche quali come parlare di persona con disabilità e/o di altre condizioni patologiche e quali siano gli usi sessisti della lingua italiana e come evitarli, in modo tale che possa essere poi utilizzato da tutti gli uffici e da tutto il personale nella loro comunicazione formale e informale anche nei confronti dei pazienti. Esempi: linee guida per un linguaggio inclusivo Università di Bologna		
DESTINATARI	Tutto il personale del Policlinico		
OBIETTIVI	Favorire l'adozione in tutto il Policlinico di un linguaggio che dia dignità alla persona.		
TEMPI DI SVOLGIMENTO	TARGET		
	2023	2024	2025
STADIO DEL PROGETTO	Indicatori: presentato il 30 novembre 2023 al CUG (approvato) e il 6 dicembre ai Direttori di UU.OO. dalla Consigliera di fiducia		
INDICATORI			

AZIONE POSITIVA N. 5

<p>DENOMINAZIONE progetto</p>	<p><i>Policlinico San Martino & Ufficio Collocamento mirato della Regione Liguria: partnership per ottimizzare un inserimento di qualità nella realtà lavorativa dell'ospedale.</i></p>
<p>DESCRIZIONE del progetto</p>	<p>Realizzazione di una collaborazione che coinvolgerà due P.A., ovvero il nostro Policlinico e la Regione, attraverso il suo Ufficio Collocamento Mirato.</p> <p>L'apporto che il Policlinico può offrire all'ufficio regionale sarà quello di mettere a disposizione alcuni responsabili dell'Azienda per presentare la medesima, in occasione di uno o più incontri <i>de visu</i> presso gli uffici della Regione, alle persone iscritte al collocamento mirato e ai responsabili dell'ufficio stesso, al fine di aumentare la conoscenza della realtà lavorativa nella quale in futuro potrebbero trovarsi a lavorare gli iscritti al collocamento mirato. I Responsabili aziendali coinvolti (o loro delegati) saranno quelli delle U.O./Strutture nelle quali sarà più facile/probabile che vengano in futuro inseriti i presenti alle riunioni. L'incontro/i, come proposto dall'Ufficio Collocamento mirato, potrà prevedere anche colloqui individuali coi partecipanti secondo la metodologia del "job speed date", con l'obiettivo ulteriore di consentire alle persone coinvolte di esercitarsi nella presentazione di sé ad un'azienda pubblica.</p> <p>Per contro, il prezioso apporto che l'ufficio <i>de qua</i> potrà offrire al Policlinico (in particolare, sia ai suoi Responsabili, sia trasversalmente a tutti i dipendenti – possibili futuri colleghi dei partecipanti alle riunioni-), sarà quello di realizzare, coi mezzi del Policlinico, un video nel quale un Responsabile dell'Ufficio del Collocamento Mirato spiega le accortezze che tutti i futuri colleghi del dipendente disabile possono adottare per agevolare l'inserimento del diretto interessato. La visione di tale video potrà essere garantita a tutti i dipendenti, a mezzo di una diffusione capillare da offrire attraverso i canali istituzionali dell'Azienda, ed, anzi, potrebbe essere oggetto di proposta per il piano formativo aziendale 2024, su proposta del CUG.</p>
<p>DESTINATARI</p>	<p>Persone iscritte al collocamento mirato e i dipendenti del San Martino: i due destinatari potrebbero diventare futuri colleghi</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Aumentare il grado di conoscenza reciproca, ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i Responsabili e gli Operatori del collocamento mirato e per i disabili iscritti al medesimo, aumentare il grado di conoscenza dell'Azienda presso la quale potrebbero essere inseriti questi ultimi, focalizzandosi in particolare nella descrizione concreta delle mansioni e dei luoghi per i quali il Policlinico chiede alla Regione l'attivazione di chiamate; - per i Responsabili e per tutti i dipendenti del Policlinico, aumentare il grado di conoscenza della complessità del processo che porta ad un'integrazione lavorativa che deve puntare ad essere DI QUALITA' per il disabile o appartenente alle categorie protette
<p>TEMPI</p>	<p>TARGET</p>

DI SVOLGIMENTO	2023	2024	2025
	<p>A partire da gennaio 2023 (in base alle esigenze dei responsabili dell'ufficio regionale coinvolti, ma anche degli iscritti al collocamento), calendarizzare uno o più incontri per la presentazione del Policlinico presso l'Ufficio della Regione (sede dove più facilmente i primi destinatari dell'azione possono sentirsi maggiormente a loro agio).</p> <p>A seguito di questo incontro, organizzare durante l'anno (in date da stabilire compatibile con gli impegni dei responsabili dell'ufficio della Regione), anche la registrazione di un breve video di presentazione da parte di uno o più Responsabili dell'ufficio <i>de qua</i>, sia relativamente presentazione del loro lavoro, ma soprattutto focalizzato sulle accortezze che tutti i possibili colleghi del dipendente disabile possono adottare per agevolare l'inserimento del diretto interessato.</p> <p>Se questi due segmenti del progetto si realizzeranno celermente, si potrebbe con immediatezza mettere in visione ai dipendenti il video di cui sopra attraverso portale on line, con visione assolutamente facoltativa e senza registrazione dei dipendenti che lo hanno visto o meno (se non acquisendo i dati in modo aggregato per verificare l'interesse che ha suscitato).</p>	<p>Da parte aziendale, ove i soggetti iscritti al collocamento siano altri rispetto ai partecipanti 2023, ripetere l'incontro/i come realizzato/i nell'anno precedente, salvo eventuali accorgimenti, frutto dell'esperienza acquisita.</p> <p>Se non ancora realizzato nel corso del 2023, realizzazione del video descritto nel target 2023 e diffusione dello stesso attraverso i canali istituzionali, proponendone l'inserimento tra le proposte del Piano formativo aziendale 2024 (magari tra i corsi con il "bollino" CUG).</p>	<p>Ripetizione dell'incontro tra azienda e ufficio di collocamento, con adeguamento dei temi della presentazione in base a tutti gli spunti raccolti negli anni precedenti.</p> <p>Valutazioni in merito al successo o meno dell'azione positiva nel suo complesso e elaborazione di nuove proposte per una proficua futura collaborazione con l'ufficio regionale in argomento.</p>
<p>STADIO DEL PROGETTO</p>	<p>Indicatore 1): Sì, realizzato</p> <p>Indicatore 2): Sì, già stata fatta una replica nel corso del 2023 e, visto il successo dell'iniziativa, si prevede di replicare nei primi mesi</p>		

	<p>2024</p> <p>Indicatore 3): Sì, acquisito e positivo. Possibili collaborazioni future</p> <p>Indicatore 4) Già programmata per gennaio 2024 la registrazione del video - formazione. Autorizzazioni da parte di Regione Liguria già acquisite.</p> <p>Indicatore 5): No, considerati i tempi tecnici per riprese e montaggio, la diffusione si conferma impossibile entro il 2023</p> <p>Indicatore 6): indicatore non relativo a questo anno</p>		
<p style="text-align: center;">INDICATORI</p>	<p>1) Si è realizzato l'incontro tra i nostri responsabili e gli iscritti al collocamento mirato? SI /NO</p> <p>2) Se sì, con cadenza annuale? SI/NO</p> <p>3) Si è acquisito parere dei Responsabili destinatari a riguardo? Eventuali spunti per collaborazioni future? SI/NO</p> <p>4) Si è potuto realizzare il video con la collaborazione del Responsabile dell'Ufficio Collocamento mirato (o suo delegato)? SI/NO</p> <p>5) Si è potuto diffondere il video capillarmente a tutto il Policlinico? SI/NO</p> <p>6) Se sì, si è potuto registrare un dato in forma aggregata circa la fruizione del video da parte dei dipendenti? SI/NO</p>		

AZIONE POSITIVA N. 6

DENOMINAZIONE progetto	<i>Valutazione della Performance dei Dipendenti dell'Ospedale Policlinico San Martino considerando la partecipazione alle tematiche del CUG</i>
<p style="text-align: center;">DESCRIZIONE del progetto</p>	<p>Progettazione e modifica della schede di valutazione della performance, includendo la Item che prevedano l'aderenza a temi proposti dal CUG, quali:</p> <p><u>PER PER I DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA E SEMPLICE DIPARTIMENTALE:</u></p> <p>Item previsto: Presentazione di pertinenti proposte di miglioramento del clima al fine di dare il proprio contributo al benessere e all'equità del proprio ambiente di lavoro, ovvero partecipazione agli eventi formativi legati al Gender Equality Plan (GEP), al fine di accrescere la consapevolezza sui condizionamenti di genere inconsci da parte dello staff e dei decision makers.</p> <p><u>PER PER I DIRIGENTI MEDICI/SANITARI:</u></p> <p>Item previsto: Collaborazione, coinvolgimento e flessibilità allo sviluppo del benessere lavorativo proprio e del gruppo di lavoro sostenendo le azioni positive proposte dal proprio direttore.</p>

	PER IL PERSONALE DEL COMPARTO: Item previsto: Collaborazione, coinvolgimento e flessibilità allo sviluppo del benessere lavorativo proprio e del gruppo di lavoro sostenendo le azioni positive proposte dal proprio direttore.		
DESTINATARI	Tutti i Dipendenti del Policlinico		
OBIETTIVI	Sensibilizzazione di tutto il personale riguardo alle tematiche inerenti al Comitato Unico di Garanzia, attraverso l'inclusione della partecipazione alle attività proposte del CUG, nelle schede individuali di valutazione di tutti i dipendenti.		
TEMPI DI SVOLGIMENTO	TARGET		
	2023	2024	2025
	Applicazione della scheda individuali di valutazione con le modifiche inerenti alla partecipazione a tematiche CUG	Applicazione della scheda individuali di valutazione con le modifiche inerenti alla partecipazione a tematiche CUG	Applicazione della scheda individuali di valutazione con le modifiche inerenti alla partecipazione a tematiche CUG
STADIO DEL PROGETTO	Indicatore 1: item inserito in tutte le schede di valutazione per l'anno 2023 con la stessa pesatura. Nei prossimi anni, dato l'item, si valuterà la partecipazione dei dipendenti all'offerta formativa e alle altre attività del cug documentabili.		
INDICATORI	Indicatore 1: Numero di partecipanti alle attività programmate dal CUG/Totale dipendenti HSM Indicatore 2: Confronto (cumulativo) della valutazione dell'anno precedente		

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 2023 – 2025 approvato con deliberazione n. 96 del 31.01.2023 al quale si rimanda

Nel presente documento verranno descritte le attività svolte nel 2023 e, nell'ottica della continuità, le attività programmate per il 2024 in conformità con gli obiettivi strategici individuati dalla Regione Liguria e dal Policlinico.

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 all'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

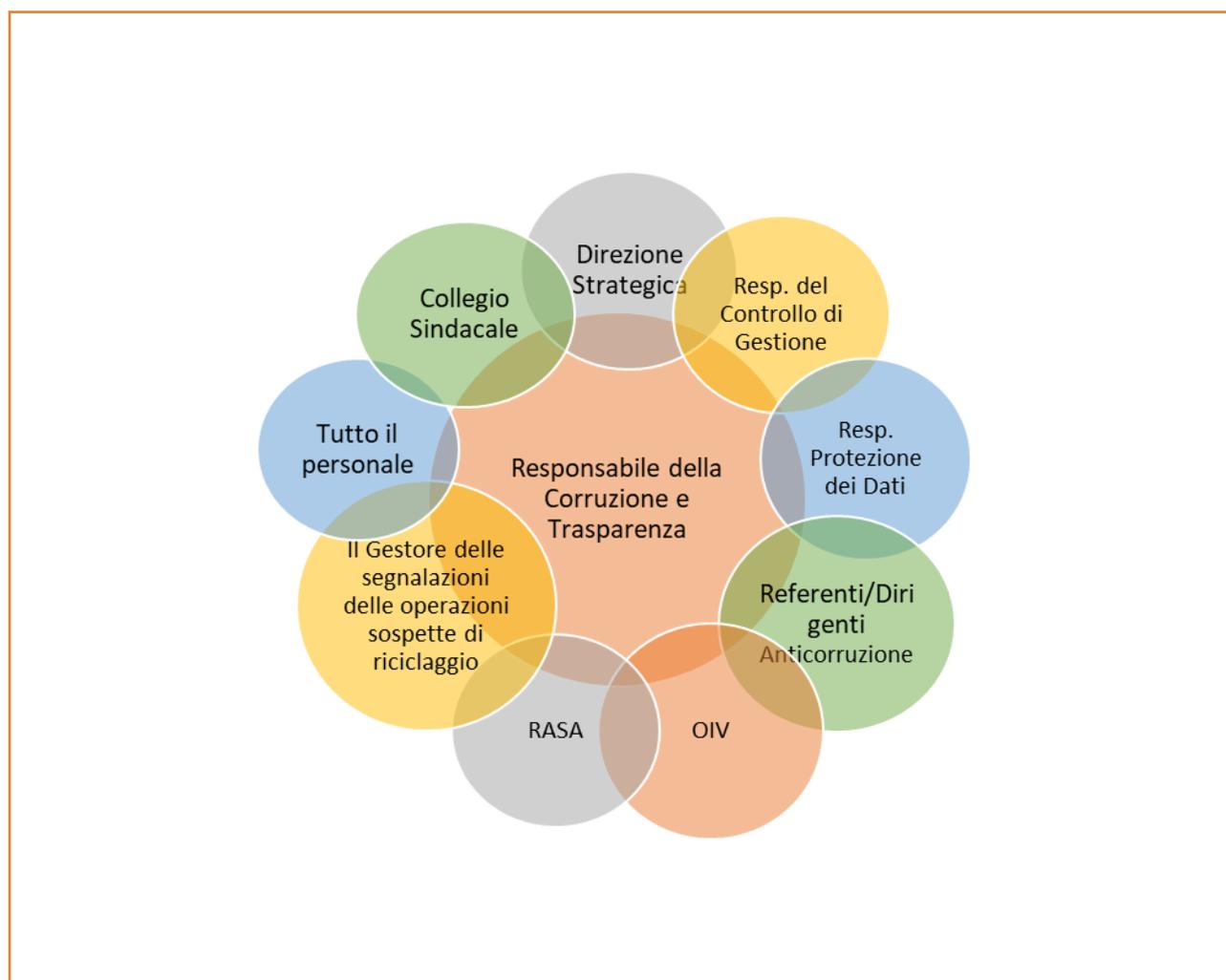
PARTE I – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE Rischi corruttivi e trasparenza

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.

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

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Gruppo di lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza – Tavolo di Lavoro ristretto



Al fine di consentire una maggiore condivisione del processo di adozione della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza, 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.

Il ruolo svolto dai dirigenti responsabili di struttura / Referenti 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.

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.

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.

Si indicano nella tabella sottostante 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

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.

Con **Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 4484 del 3/07/2023** è stato altresì costituito un Tavolo di lavoro ristretto nell'ambito del succitato Gruppo di lavoro Tavolo di Lavoro ristretto che prevede la partecipazione – tramite il proprio RPCT oppure l'assistente al RPCT stesso–della ASL 3, della ASL 4, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, dell'E.O. Ospedali Galliera e dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini al fine di rappresentare al meglio tutte le tipologie di Aziende/Enti/Istituti del S.S.R. di cui alla L.R. n. 41/2006 e ss.mm.ii..

Inoltre, è stato affidato il coordinamento dello stesso al RPCT dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino che riferirà al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

Con lo stesso decreto sono stati confermati gli **obiettivi assegnati agli Enti sanitari per l'anno 2023** di seguito meglio esplicitati:

1. Rendicontare alla Regione Liguria il livello di attuazione delle misure e delle attività svolte dal Gruppo di lavoro in questi ultimi anni:
 - esistenza procedure informatizzate per la gestione del whistleblowing, numero di segnalazione pervenute e loro esito nel corso del 2022;
 - attivazione del registro informativo degli accessi;
 - applicazione delle linee guida sulle inconferibilità, incompatibilità e numero di verifiche effettuate nel biennio 2021 – 2022;
 - applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni;
 - applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco;

- 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;
2. Assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza in coerenza con le disposizioni del D.Lgs n. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici" e con le indicazioni fornite da ANAC;
 3. Verificare che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento di ogni singola amministrazione 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;
 4. Predisporre misure di trasparenza e di prevenzione specificatamente rivolte ai finanziamenti del PNRR in coordinamento con le disposizioni di Regione Liguria.

Entro il 30 novembre 2023 è stato presentato, come negli anni precedenti, il 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.

<https://www.ospedalesanmartino.it/it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/riferimenti-normativi.html>

Nel suddetto Rapporto è riportata una tabella riepilogativa contenente il monitoraggio sull'attuazione dei suindicati obiettivi. Si indica di seguito la rendicontazione relativa al Policlinico.

Misure e delle attività svolte dal Gruppo di lavoro in questi ultimi anni:	Rendicontazione
<p>Esistenza procedure informatizzate per la gestione del whistleblowing, numero di segnalazioni pervenute e loro esito nel corso del 2022 e del 2023</p>	<p>SI - La procedura informatizzata è operativa dal 2019 con relativa pubblicazione e informazione su AT. Con Delibera n. 2441/2021 è stato approvato il Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità ricevute da parte del dipendente e relative forme di tutela (c.d. "Wistleblowing"). Con deliberazione n. 442/2022 è stato costituito il Gruppo di Lavoro a supporto del RPCT per la verifica e l'analisi delle segnalazioni di reati o irregolarità ai sensi dell'art. 54-bis del D.L.gs. 165/2012 e s.m.i (whistleblowing). Sono state previste come misura generale dal PTPCT 2021 - 2023 e nei successivi aggiornamenti (2022 e 2023) Nel periodo 2022-2023 non sono pervenute segnalazioni</p>
<p>Applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo</p>	<p>Si sulla base delle direttive trasmesse dal Dipartimento Salute con nota prot. 410403 del 13.06.2022 il Policlinico con Deliberazione 1113 del 07.07.2022 ha approvato le Procedure operative e relativa modulistica sulla partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati. Sono state previste come misura generale dal PTPCT 2022 -2024 e nel PIAO 2023 nell'ambito del conflitto di interessi in area sanitaria. In collaborazione con la SSD Formazione e Comunicazione è stata prevista la Rendicontazione della partecipazione ad eventi di formazione sponsorizzati pubblicata periodicamente su Amministrazione Trasparente.</p>
<p>Applicazione delle linee guida sulle inconfiribilità, incompatibilità e numero di verifiche effettuate nel biennio 2021 - 2022</p>	<p>SI Sulla base delle direttive trasmesse da Alisa con nota prot. n.15043 del 20-04-2021 il Policlinico ha approvato le Indicazioni operative sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 trasmesse con nota della Direzione Amministrativa prot. n. 19993/21 del 27.04.2021. Sono state previste come misura generale dal PTPCT 2021 -2023 e nei successivi aggiornamenti (2022 e 2023) Per darne attuazione sono state elaborate con il Servizio Personale specifiche procedure operative che definiscono compiti e responsabilità. Nel 2021 sono state effettuate n. 10 verifiche di inconfiribilità (direzione Strategica e dirigenti PTA) N. 2 verifiche nel corso del 2022 Tutte hanno avuto esito negativo</p>
<p>Attivazione del registro informatico degli accessi</p>	<p>È stato attivato con Deliberazione n. 44 del 23.01.2023 avente ad oggetto: Aggiornamento del Regolamento disciplinante i procedimenti relativi all'accesso documentale, civico, civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dal Policlinico ed il Registro Informatico degli accessi (art. 11).</p>

Applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco	Sulla base delle indicazioni fornite con nota Prot. n. 1468 trasmessa l'11.01.2023 dal Dipartimento Salute, è stato predisposto il "Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" sottoposto al Collegio di Direzione e alla firma del Direttore Generale.
Numero di dipendenti che hanno completato i corsi sulla Legge n.190 e sulla metodologia della gestione del rischio nel corso del 2022	Numero di dipendenti che nel corso del 2022 hanno completato il corso su L. n. 190: 284 Numero di dipendenti che nel corso del 2022 hanno completato il corso sulla gestione del rischio: 159
Attivazione del corso sulla gestione del conflitto di interessi, numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2023	Corso attivo sulla piattaforma della formazione aziendale da giugno 2023 iscritti n. 1790 completato n. 1408
Attivazione del corso sull'anticiclaggio numero degli iscritti e di coloro che lo hanno completato nel 2023	Il corso in materia di Anticiclaggio verrà attivato nel 2024
Aggiornare la tabella sugli obblighi di trasparenza così come modificata dal PNA 2022	La tabella contenente gli obblighi di pubblicazione è stata aggiornata secondo quanto previsto dall'allegato n.9 al PNA 2022 ed inserita aggiornata già nel PIAO 2023-2025. Attualmente è in fase di aggiornamento e di completamento.
Verificare che i regolamenti in materia di attività extra-istituzionali e i Codici di Comportamento di ogni singola amministrazione 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	Con Deliberazione n. 1500 del 22.09.2022 è stato approvato il nuovo regolamento in materia di incompatibilità, cumolo di impieghi e disciplina degli incarichi extra-istituzionali a titolo oneroso e gratuito, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2011 e s.m.i. Il Codice di Comportamento non è stato ancora aggiornato in attesa di definizione dei criteri da parte del Gruppo Regionale

Con **deliberazione di Giunta Regionale n. 15 del 12 gennaio 2024** avente per oggetto "OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA PER IL 2024 è stato ribadito che:

- *il principale obiettivo delle Pubbliche Amministrazioni consiste nella creazione di valore pubblico secondo le indicazioni contenute nel D.M. 24 giugno 2022;*
- *il medesimo può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni di creazione e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente;*
- *tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio dei PTPCT e, quindi, anche della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;*
- *questi vanno programmati dall'organo di indirizzo in modo che siano funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico;*

- pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- l'organo di indirizzo continua a programmare tali obiettivi alla luce delle peculiarità di ogni amministrazione e degli esiti dell'attività di monitoraggio sul Piano.

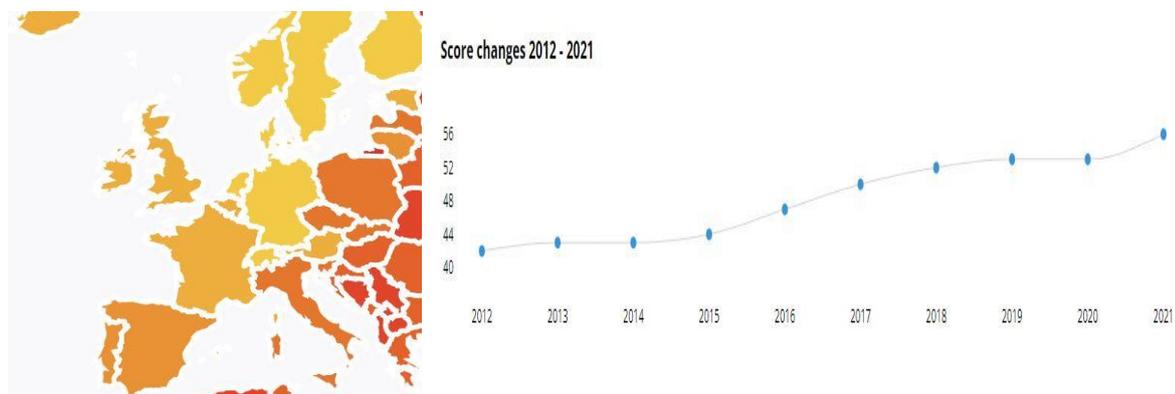
Inoltre, sono stati approvati gli obiettivi strategici per il 2024, dando atto che tali obiettivi sono stati condivisi nel corso di incontri e contatti anche con le reti degli RPCT degli enti sanitari liguri e degli enti regionali, in modo da promuovere la loro adozione in tutti gli enti del settore regionale allargato e delineare così una strategia di prevenzione della corruzione a livello regionale.

2.3.3 Analisi e impatto del contesto esterno e interno

a. Analisi del Contesto Esterno

La modalità per misurare il livello di corruzione della corruzione è di tipo soggettivo; l'indice più utilizzato è cosiddetto "Indice di percezione della Corruzione (CPI). Determina la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica nei 180 Paesi del mondo, attribuendo a ciascuna Nazione un voto che varia da 0 (massima corruzione) a 10 (assenza di corruzione)¹.

Nel 2021 L'Italia ha ottenuto un punteggio di 56/100 posizionandosi al quarantaduesimo posto. Malgrado a partire dagli ultimi dieci anni abbia migliorato la propria classifica (nel 2012 prima dell'adozione della L. n. 190/2012 era settantaduesima) l'Italia rimane ultima tra i paesi dell'Europa occidentale e di quella mediterranea (ad eccezione della Grecia).



2

L'indagine per corruzione, riciclaggio di denaro e partecipazione a un'organizzazione criminale avviata recentemente in Belgio, con il coinvolgimento due personalità politiche italiane, che avrebbero ottenuto grosse somme di denaro per difendere al Parlamento europeo gli interessi di un Paese del Golfo Persico, potrebbe modificare in negativo il punteggio assegnato al nostro paese nel 2022.

Impatto della pandemia Covid sulla percezione della corruzione in sanità

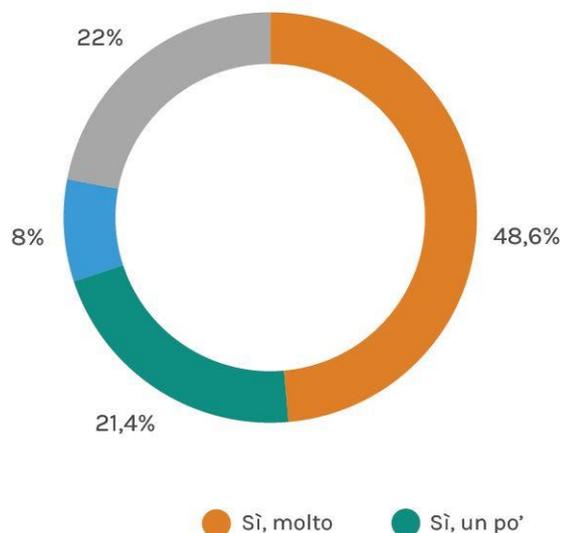
In base ad un sondaggio condotto da *React* in collaborazione con *Trasparenza Italia* che ha coinvolto le aziende sanitarie aderenti al Forum per l'integrità in Sanità, per un totale di quasi 4.000 dipendenti intervistati, emerge che la percezione della corruzione all'interno degli Enti sanitari sia aumentata in conseguenza e per gli effetti dell'emergenza Covid:

¹ Il prossimo PCI del 2022 sarà reso pubblico alla fine di gennaio 2023.

² I colori più scuri rappresentano livelli di corruzione più alti

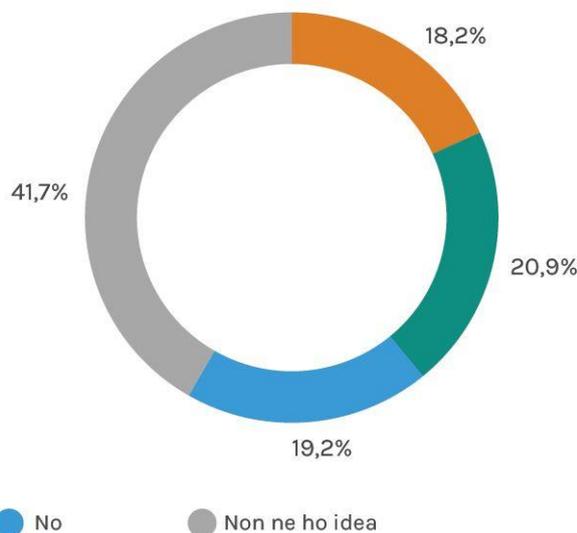
SECONDO LEI, L'EMERGENZA LEGATA AL COVID-19 HA AUMENTATO IL RISCHIO DI CORRUZIONE NELLA SANITA' ITALIANA?

FIGURA 6 / Risposte %



SECONDO LEI, L'EMERGENZA LEGATA AL COVID-19 HA AUMENTATO IL RISCHIO DI CORRUZIONE NEL SUO ENTE?

FIGURA 7 / Risposte %



In ordine di preferenze si evidenziano i rischi di corruzione/malamministrazione, connessi all'emergenza sanitaria che sono stati scelti dagli intervistati: Procurare un tampone o la vaccinazione ad un amico/parente/conoscente non rispettando l'ordine previsto. Favorire un determinato fornitore di dispositivi di protezione (es. mascherine). Sottrazione di dispositivi di protezione da parte del personale. Favorire un determinato fornitore di servizi (es. sanificazione, servizi informatici, consulenze). Abuso del potere discrezionale da parte degli organi apicali. Abuso dello smart-working per lavorare meno. Selezione pilotata di nuovo personale, sulla base di ragioni di parentela, amicizia, altri interessi privati³.

Indice di criminalità

Dai dati tratti dall'*Indice di criminalità* del 2022, elaborati dal "Sole24ore"⁴ (in base alle informazioni provenienti dal Dipartimento di pubblica sicurezza sul numero di denunce ogni 100.000 abitanti), la Liguria scende di una posizione rispetto al 2021 anno che aveva fatto registrare un forte aumento delle denunce di reati dopo la flessione nei mesi di chiusura per il Covid. La nostra regione si pone al decimo posto in Italia come numero di denunce registrate con 4.183,4 denunce ogni 100.000 abitanti per un totale di 34.177 denunce:

³ Il valore pubblico dell'integrità: rilevazione tra gli enti del forum per l'integrità in sanità, REACT/Trasparency, 2022, pagg. 6,7

⁴ I dati completi relativi al 2022 sono visibili su <https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/?Genova>



In particolare, Genova si trova fra i primi posti in Italia in quanto a numero di denunce (ogni 100.000 abitanti) dei seguenti reati:

- Rapina in esercizi commerciali, ottavo posto, 247,1 denunce (stessa posizione del 2021 ma con un numero di denunce superiore)
- Furti con destrezza, ottavo posto, 247,1 (lo stesso del 2021)
- Furti in esercizi commerciali, nono posto 146,6 denunce
- Rapine, settimo posto, 52,2 denunce
- Stupefacenti, nono posto, 76,1 denunce

Antiriciclaggio

Il fenomeno di riciclaggio registra un aumento significativo; infatti, se il numero di denunce depositate nel 2021 era di 2,9 per ogni 100.000 abitanti che collocava la città al trentasettesimo posto in Italia nel 2022 le denunce sono state 36 che porta Genova a scalare molte posizioni fino ad arrivare al dodicesimo posto della graduatoria nazionale.

L'aumento del fenomeno è confermato anche dal numero segnalazioni di operazione sospette ricevuti dalla Unità Informativa Finanziaria (UIF): nel 2020 ammontano a 2.574, (di cui 1.319 nella città metropolitana di Genova), nel 2021 di 3198 (1636 a Genova) mentre nel I semestre 2022 a 1.636 (di cui 850 a Genova). Il totale del 2022 è stato di 3198 segnalazioni in tutta la Liguria (di cui 1584 a Genova). Anche a livello nazionale i numeri sono in aumento: dalle 70.123 segnalazioni del I semestre 2021 si è passati a 74.233 segnalazioni nel I semestre del 2022.

Si deve, infine, segnalare la scarsa propensione delle PP.AA a dotarsi di un sistema organizzativo efficace per l'individuazione di operazioni sospette; infatti, nel 2021 sono state soltanto 128 le segnalazioni provenienti dalle amministrazioni, 69 nel I semestre 2022, ultimo dato che risulta attualmente disponibile ⁵.

Attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) verranno avviati una serie di investimenti volti al rilancio delle economie dei Paesi dell'UE membri dopo un lungo periodo di rigide restrizioni e perdite

⁵ Quest'ultimo dato è stato tratto da: "Quaderni dell'antiriciclaggio dell'Unità di Informazione Finanziaria - I semestre 2021, pag. 15 e del I semestre 2022 pagg 23 e segg

macroscopiche dei volumi di PIL tramite tranche di erogazione di fondi europei. Contestualmente verranno condotti una serie di monitoraggi e di contromisure a tutti i livelli istituzionali utili a contrastare oltre al probabile diffondersi di fenomeni corruttivi le mire della criminalità organizzata credibilmente attirata dall'imponenza di tali flussi di denaro⁶. Pertanto, permane il rischio che i sodalizi più evoluti e con una maggiore vocazione "imprenditoriale" avendo la capacità di adattarsi rapidamente ai mutamenti socioeconomici sappiano approfittare delle nuove opportunità di investimento inserendosi nel circuito dei finanziamenti anche con forme di "assistenza sociale" alternativa. La loro più marcata propensione è quella di comprendere tempestivamente ogni variazione dell'ordine economico e di trarne il massimo beneficio⁷

Droga e mafia

Per quanto concerne la presenza di stupefacenti la nostra regione ha visto aumentarne il traffico. Le operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia nel corso del 2019 state 1.174 rappresentando il 4,54% del territorio nazionale con un aumento dello 0,86% rispetto ai numeri del 2018. La Liguria si pone al quarto posto nel Nord Italia, dato preoccupante anche in considerazione del numero di abitanti.⁸

Sarebbe confermato come il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti rappresenti segnatamente per le organizzazioni mafiose che operano su scala internazionale la principale fonte di guadagno. Ciò nonostante, le misure di contenimento adottate in conseguenza dell'emergenza pandemica abbiano nei mesi passati determinato un rallentamento delle transazioni commerciali nelle aree portuali della Regione (Genova, La Spezia e Vado Ligure). Proprio la Banca d'Italia, d'altra parte, nel consueto report "L'economia della Liguria"⁵⁴ pubblicato il 17 novembre 2021 ha sottolineato un sostanziale incremento dei traffici marittimi containerizzati, di quelli autostradali, dei flussi turistici oltre ad una ripresa generalizzata dell'attività di altri settori quasi a livelli pre-covid. Tali considerazioni valgono anche per ciò che concerne la frontiera terrestre di Ventimiglia. (IM) che costituirebbe luogo di transito di corrieri provenienti dal nord Africa che lungo la direttrice terrestre Spagna-Francia-Italia importerebbero attraverso quel valico autostradale grandi quantità di hashish e marijuana principalmente provenienti dal Marocco.

Un altro ambito in cui il rischio di infiltrazioni di malavita organizzata risulta molto concreto riguarda l'area degli appalti. A questo proposito bisogna ricordare che sono ancora in corso i lavori per la realizzazione di grandi opere pubbliche quali il Terzo Valico ed il nodo ferroviario di Genova oltre a quelli straordinari previsti dal decreto "Genova" (L. n. 138/2018) per il potenziamento del sistema portuale ed aeroportuale⁹.

Giurisdizione contabile, vigilanza sanitaria, inchieste su appalti

Giurisdizione contabile: Le inchieste, attività e i dati in percentuale relativi alla tipologia di giudizi emessi dalla Corte dei Conti (sez. giurisdizionale per la Liguria) sono stati riportati nel P.T.P.C.T. 2022 – 2024 a cui si

⁶ Una particolare attenzione dovrà essere rivolta ai crediti di imposta riconosciuti per specifiche operazioni economiche. Fra questi, per rilevanza, il contributo per il recupero edilizio finalizzato al risparmio energetico e della staticità antisismica che determina, a particolari condizioni, un credito di imposta che può raggiungere il 110% delle spese sostenute (DL 34/2020). Potrà verificarsi fra le altre dinamiche illecite il proliferare di false attestazioni da parte di professionisti compiacenti, ma anche una catena di finte cessioni del credito basate anche su F.O.I., così da generare fittizi crediti di imposta liquidabili appunto con le cessioni di crediti, per mascherare operazioni di riciclaggio o reimpiego di proventi illeciti

⁷ I rischi connessi con i fondi del PNRR sono stati ripresi dalla Relazione semestrale DIA, II semestre 2021, pagg. 252 e segg.

⁸ Questi dati sono stati ricavati dall'Annuario delle statistiche ufficiali del Ministero dell'Interno 2020. Non sono disponibili dati più recenti (http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Annuario_delle_statistiche_ufficiali_del_ministero_dell_interno_edizione_2020-10302134.htm). i

⁹ Relazione semestrale DIA, II semestre 2021, pagg. 252 e segg.

rinvia.¹⁰

Vigilanza sanitaria: I Carabinieri dei NAS, d'intesa con il Ministero della Salute, dalla metà del mese di novembre 2022 hanno pianificato e condotto mirati servizi di controllo su tutto il territorio nazionale presso strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private che, per sopperire alla carenza di personale e garantire l'erogazione minima dei servizi di cura ed assistenza, ricorrono sempre più spesso a contratti di appalto (contratti a gettone) per avvalersi di professionalità sanitarie - medici, infermieri ed operatori sanitari - forniti da società esterne, solitamente riconducibili a cooperative. Sono state controllate 1.934 strutture sanitarie, monitorando 637 imprese/cooperative private e verificando l'idoneità di oltre 11.600 figure. Sono state riscontrate irregolarità in 165 posizioni lavorative tra le quali:

- Invio di personale in attività di assistenza ausiliaria presso ospedali pubblici, in numero inferiore rispetto a quello previsto dalle condizioni contrattuali con l'Azienda sanitaria, o impiegato semplice personale ausiliario, privo del prescritto titolo abilitativo, anziché figure professionali sociosanitarie (o.s.s.);
- Fornitura di sanitari da parte di cooperative con età anagrafica superiore a quella stabilita contrattualmente - anche sopra i 70 anni;
- molteplici casi di esercizio abusivo della professione in particolare riguardanti lo svolgimento di attività infermieristiche in assenza di iscrizione all'albo.¹¹

Sono state effettuate attività ispettive da parte dell'Autorità Anticorruzione rivolte a enti del Servizio Sanitario al fine di verificare la correttezza delle procedure sulle proroghe contrattuali (di lavori, servizi e forniture).

Settore sanitario

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 –

¹⁰ I dati sono stati tratti dalle relazioni di inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 della Corte dei Conti della Liguria già riportati nel P.T.P.C.T. precedente. Al momento sono disponibili dati più recenti.

¹¹ Da il Secolo XIX, Venerdì 6 gennaio 2022

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 transazione 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.

L'arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione costituisce un momento cruciale in quanto le misure di contenimento e di rilancio possono generare nuove opportunità criminali:



Per quanto attiene la gestione dei fondi del PNRR occorre svolgere una sempre più incisiva attività di controllo 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.

b. 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. E' 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 di seguito dettagliatamente descritto nei paragrafi dedicati alla mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, misure organizzative per il trattamento del rischio.

c. 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;">CONTESTO INTERNO</p>	<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</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;">PUNTI DI DEBOLEZZA</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;">CONTESTO ESTERNO</p>	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA'</p> <p>Gruppo di lavoro regionale riconfermato con DGR n. 957/2021</p> <p>Collaborazione con altre istituzioni</p>	<p style="text-align: center;">MINACCE</p> <p>Contesto normativo in continua evoluzione</p> <p>Complessità e molteplicità degli adempimenti</p>

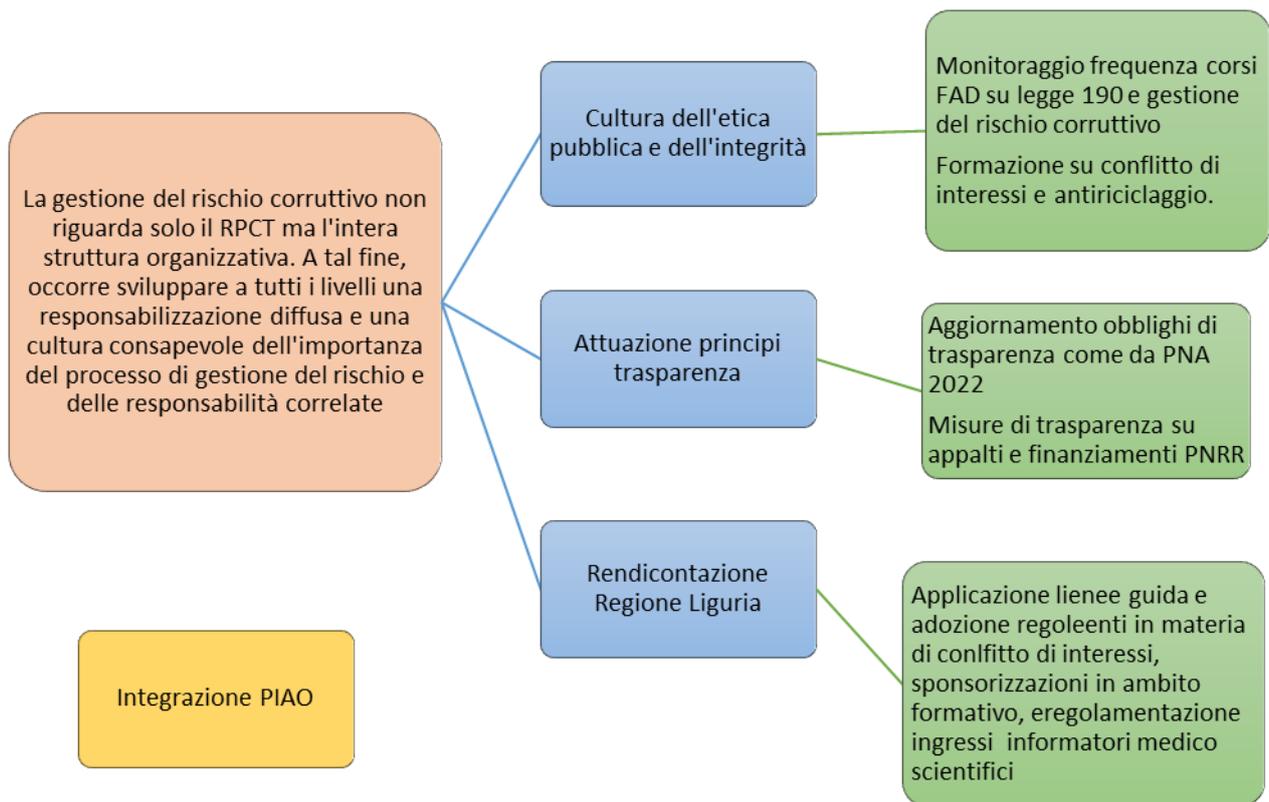
2.3.4 Obiettivi Strategici su Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

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.

a. Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2023

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo sugli obiettivi strategici individuati dal Dipartimento salute e Direttore Generale per il 2023 e sul grado di raggiungimento degli stessi.



OBIETTIVI STRATEGICI	ATTIVITA' PREVISTE	ATTIVITA' SVOLTE
Rendicontare alla Regione Liguria il livello di attuazione delle misure e delle attività svolte dal Gruppo di lavoro in questi ultimi anni	<ol style="list-style-type: none"> 1. applicazione delle linee guida sulle inconferibilità, incompatibilità e numero di verifiche effettuate nel biennio 2021 – 2022. 2. applicazione delle procedure sulle sponsorizzazioni in ambito formativo e sulle sperimentazioni. 3. applicazione delle procedure sulla gestione degli ingressi degli informatori scientifici del farmaco. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diffusione delle Linee guida sulle modalità di attuazione delle verifiche sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 e indicazioni operative. Numero totale di verifiche effettuate nel biennio: 9 2. Regolamento approvato con delibera n. 1113 del 7.7.2023. Inoltre, come misura di trasparenza, viene pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente del Policlinico una dettagliata rendicontazione semestrale della partecipazione ad eventi di formazione sponsorizzati. 3. Regolamento in fase di approvazione

Cultura dell'etica pubblica e dell'integrità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio di frequenza ai Corsi FAD sulla L. n. 190 e sulla metodologia della gestione del rischio corruttivo 2. Formazione sul conflitto di interessi e sulla normativa in materia di antiriciclaggio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La SSD Formazione e comunicazione fornisce periodici rendiconti 2. Attivati entrambi i corsi FAD sulla gestione del conflitto di interessi e sull'antiriciclaggio
Attuazione principi trasparenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre misure di trasparenza e di prevenzione specificatamente rivolte ai finanziamenti del PNRR in coordinamento con le disposizioni di Regione Liguria. 2. Aggiornamento obblighi di trasparenza come da PNA 2022 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su AT viene pubblicato. Il rendiconto sulla gestione dei fondi PNRR è aggiornato trimestralmente. 2. È stata modificata la specifica Sezione di AT per assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza in coerenza con le disposizioni del D.Lgs n. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici" e con le indicazioni fornite da ANAC.

b. Gli obiettivi strategici per il 2024

Il Tavolo ristretto degli RPCT in collaborazione con il RPCT di regione Liguria ha individuato obiettivi strategici di prevenzione della corruzione per il 2024, comuni a Regione Liguria, Enti partecipati ed Enti del SSR, tracciandone la strategia complessiva come di seguito riportato.

Come sopra riportato, tali obiettivi sono stati recepiti e approvati dalla Giunta Regionale della Liguria nella Deliberazione n. 15 del 12.01.2024 e confermati per le Aziende e gli Enti del servizio Sanitario Regionale dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali prot. n. 1845 del 12.01.2024.

<p>OBIETTIVO 1 - PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</p> <p>L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una delle attività a forte impatto sul territorio e sul valore pubblico correlato.</p> <p>A tal fine occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assicurare la mappatura, l'individuazione e la valutazione del rischio dei processi afferenti agli investimenti del PNRR, con particolare riferimento alle fasi di esecuzione dei contratti ✓ Prevedere misure di presidio della fase esecutiva dei contratti PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche antiriciclaggio, sulla base degli indicatori di anomalia, e alla verifica del titolare effettivo, e all'assenza di conflitto di interesse, (in quest'ultimo caso acquisendo le dichiarazioni da Regione Liguria). ✓ Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione di ANAC.
<p>OBIETTIVO 2 - Codici di comportamento e cultura dell'integrità</p> <p>Nella strategia di prevenzione della corruzione la cultura dell'integrità e i comportamenti degli operatori pubblici rivestono un ruolo fondamentale.</p> <p>Per questo occorre programmare le seguenti azioni/obiettivi per favorire la conoscenza dei</p>

<p>codici di comportamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizzare corsi ed eventi di formazione sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale, in modo da sensibilizzare i dipendenti sui contenuti del Codice al fine di favorire una partecipazione più sensibile e qualitativa durante la fase di consultiva, necessaria e obbligatoria prima dell'adozione formale del Codice di Comportamento.
<p>OBIETTIVO 3 - Conflitto di interessi</p>
<p>Le situazioni di conflitto di interessi sono uno degli elementi principali di cui tenere conto nell'analisi del rischio e previsione delle misure di prevenzione.</p> <p>Considerata la "trasversalità" di tale fenomeno sia nell'ambito dei contratti pubblici, sia in altre fattispecie, è necessario un costante presidio.</p> <p>A tal fine occorre fissare i seguenti obiettivi/azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizzare la nuova modulistica aggiornata ✓ Dare attuazione alle procedure di controllo delle dichiarazioni sul conflitto di interesse con particolare riferimento a quelle relative all'area contratti, al divieto di pantouflage e a quelle sull'inconferibilità e incompatibilità ✓ Integrare la fase di analisi preventiva del conflitto di interesse quale parte essenziale del processo.? ✓ Definire criteri oggettivi per l'individuazione degli "interessi economicamente significativi" di cui all'art. 4 c. 6 del DPR n. 62/2013, per arginare i rischi di conflitto di interesse (o altre modalità di verifica) in relazione alle richieste/comunicazioni di svolgimento di attività extraistituzionali da parte dei dipendenti che riguardino la partecipazione di eventi promossi da aziende farmaceutiche (o da queste sponsorizzate).
<p>OBIETTIVO 4 - Segnalazione violazioni (Whistleblowing)</p>
<p>Tra le misure di prevenzione ritenute più importanti a livello europeo vi è la procedura di segnalazione di violazioni di norme che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.</p> <p>In questo ambito inoltre occorre dare piena attuazione alla nuova normativa nazionale di recepimento della direttiva europea n. 2019/1937.</p> <p>Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantire l'applicazione della nuova normativa di cui al D.Lgs n.24/2023, con le tutele ivi previste, e l'adeguamento degli strumenti di segnalazione. ✓ Prevedere adeguate forme di informazione e di conoscenza dell'istituto delle segnalazioni nei confronti dei soggetti interni ed esterni all'Ente, per fare passare il messaggio che questo strumento non debba intendersi come uno sistema di delazione ma come uno strumento istituzionale, che le amministrazioni mettono a disposizione, per incentivare la scoperta di situazioni di malamministrazione e per garantire il rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e di imparzialità; ✓ Organizzare un evento formativo presso la Regione Liguria.
<p>OBIETTIVO 5 – Anticorruzione e strumenti di programmazione</p>
<p>Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ex art. 6 del DL 80/2021 è il documento programmatico nel quale si integrano le strategie, gli obiettivi e le azioni dell'Ente finalizzate al valore pubblico finale, analoghi strumenti esistono anche negli enti non soggetti all'approvazione del PIAO.</p> <p>In questo ambito è pertanto fondamentale il ruolo strategico delle politiche di prevenzione della corruzione al fine di proteggere il valore pubblico a favore della collettività e contribuire al raggiungimento efficace dei risultati previsti.</p> <p>A tale fine occorre stabilire i seguenti obiettivi/azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predisporre la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" secondo le direttive del Piano

Nazionale Anticorruzione di ANAC e in coerenza con le altre sezioni del PIAO o documento analogo.

- ✓ Garantire l'estensione e l'aggiornamento della mappatura dei rischi, la loro valutazione e il loro trattamento dei processi dell'Ente, da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO.
- ✓ Prevedere il monitoraggio periodico dell'attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche e del rispetto delle misure di trasparenza.

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

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

Per questo occorre intraprendere le seguenti azioni/obiettivi:

- ✓ Rafforzare le reti dei RPCT degli enti liguri facenti capo al sistema regionale
- ✓ Partecipare a iniziative congiunte di formazione, supporto reciproco, scambio di buone pratiche e sinergia delle azioni.
- ✓ Promuovere l'ascolto e il confronto con la società civile e gli stakeholders

Gli obiettivi saranno posti in consultazione pubblica sottoponendoli alle principali associazioni rappresentative della società civile.

Successivamente, dopo l'approvazione del Direttore del Dipartimento Salute della Regione Liguria, potranno essere inseriti nella Delibera di Giunta che annualmente definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione per la Regione Liguria, comprendente anche gli Enti del SSR.

2.3.5 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

a. Mappatura dei processi a rischio

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).

È 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.

Per il 2024 sono state mantenute le mappature dei processi inserite nella Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023 – 2025 con le seguenti variazioni:

- a. È ormai superato il processo relativo alla Gestione delle donazioni finalizzate all'emergenza Covid. Viene mantenuta, quale misura di trasparenza, la pubblicazione della rendicontazione della gestione dei fondi derivanti dalle donazioni per il Covid;
- b. La mappatura dei processi relativi agli appalti pubblici è stata aggiornata alla luce delle disposizioni del D.L.gs. n. 36/2023 di approvazione del nuovo Codice dei contratti;

- c. La mappatura dei processi relativi alla Diagnostica, ed in particolare dei Laboratori di Analisi, è stata aggiornata con l'introduzione di nuovi controlli a seguito della verifica sull'idoneità delle misure a suo tempo previste e della valutazione del rischio residuo.

Conseguentemente, si riportano di seguito i cataloghi **MAPPATURA PROCESSI** riportati nell'**Allegato 1** al presente documento.

1. Area Legale e Patrimonio,
2. Gestione liquidazione e pagamento fatture,
3. Direzione Professioni Sanitarie
4. Diagnostica
5. Direzione Scientifica (Sperimentazioni cliniche, Progetti di ricerca finanziati da contributi 5xmille, Allocazione quote finanziamento Ricerca Corrente (RC),
6. Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria
7. *Information & Communication Technology* (Affidamento incarichi professionali tecnici specializzati e Procedure acquisizione e gestione dei contratti di beni e servizi),
8. Contratti pubblici - Affidamento forniture beni servizi e lavori,
9. Gestione conflitto di interessi negli appalti pubblici,
10. Acquisizione e gestione del personale (articolata in Conferimento incarichi di collaborazione, Attività libero professionale intramoenia, Gestione degli istituti economici contrattuali)

b. Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Nella stessa matrice di mappatura è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, effettuata sulla base della metodologia di analisi del rischio impiegata per la valutazione del rischio di corruzione dei processi

Per la descrizione della procedura adottata si richiama quanto dettagliatamente riportato nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025.

A seguito di tale procedura, è stato possibile effettuare l'aggiornamento della valutazione del rischio per tutti processi mappati, come riportato nell'**Allegato 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

2.3.6 Misure organizzative per il trattamento del rischio per il 2023

a. Monitoraggio delle misure di prevenzione - Procedure adottate e risultati

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 approvato da ANAC in data 16 novembre 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 2023, 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, la realizzazione di alcune misure **generali e specifiche** rientra nella valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi strategici contenuta nella tabella contenente gli obiettivi e gli indicatori di valore pubblico riportata nella Sottosezione 2.1 VALORE PUBBLICO, del presente piano.

La parte specificamente riferita alla prevenzione della corruzione e trasparenza viene di seguito riportata:

Obiettivi strategici	Stakeholder	Obiettivi di performance	Indicatori	Base dati	Modalità di calcolo				Target	Codice SAS	Azioni	Responsabilità	Risorse
					numeratore	denominatore	dimensioni di analisi	standardizzazione					
Anticorruzione	REGIONE CITTADINI OPERATORI	Attuazione delle misure anticorruzione	Monitoraggio di primo livello delle misure generali tramite questionario	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero item conformi allo standard SGRU - applicabili 28 - al 100% 20 -> 71% AT - applicabili 34 - al 100% 21 -> 61% PROVW - applicabili 28 - al 100% 15 -> 53% AGL - applicabili 25 - al 100% 16 -> 64% BIL - applicabili 28 - al 100% 15 -> 53% ICT - applicabili 26 - al 100% 13 -> 50%	Totale item previsti	44	Singole UO	1	7.1.1	Elaborazione e trasmissione questionario alle UU.OO. E monitoraggio periodico sull'attuazione delle misure	Dirigenti / Referenti singole UO / RPCT	Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT
			Monitoraggio di secondo livello delle misure generali e specifiche tramite audit	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero item conformi allo standard AGL - 100% AT - 82% BIL - 100% DAPS - dati incompleti DS - 100% GOV. CLIN. - 100% ICT - 78% SGRU - 64% PROVW - 76% MEDIA 87,5%	Totale item auditati	6 16 8 5 4 7 17 17 TOTALE 80	Singole UO	1	7.1.2	Verifiche periodiche, elaborazione procedure operative e linee guida, monitoraggio periodico sull'attuazione delle misure	Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT	Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT
		Promozione della cultura dell'anticorruzione	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero partecipanti	Totale obbligati		Policlinico	1	7.1.3	Elaborazione contenuti corsi / diffusione / monitoraggio	Dirigenti / Referenti singole UO / RPCT	Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT	
		Aderenza alla formazione avanzata	Flusso informativo a cura dell'Anticorruzione	Numero partecipanti	Totale destinatari		Policlinico	>=0,8	7.1.4	Elaborazione contenuti corsi / diffusione / monitoraggio		Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT	
Trasparenza		Promozione della cultura della Trasparenza	Punteggio / %tribuita dalla Valutazione annuale OIV	Flusso informativo a cura delle U.O.	Numero item conformi allo standard 26 assolvimento al 100%	Totale item previsti	52 totali previsti da ANAC di cui: 9 non applicabili 7 nuove previsioni PNA 2022/24 10 non al 100%	Singole UO	>=0,75	7.1.5	Pubblicazione dati su AT (UO) Monitoraggio periodico (RPCT)	Dirigenti / Referenti singole UO / RPCT	Dirigenti / Referenti UO / Ufficio RPCT

b. Misure generali di prevenzione della corruzione

Le misure generali adottate dal Policlinico, sono state riportate nel relativo prospetto Misure Generali e Obbligatorie allegato al PIAO 2023 – 2025 nel quale, alla colonna "TARGET" 2023, è stato indicato il grado di

raggiungimento delle misure stesse, come sintetizzato nella seguente tabella.

Inoltre, l'attività di monitoraggio riguardante l'attuazione delle misure è stata svolta predisponendo un rendiconto del monitoraggio svolto nel 2023 che è stato la base per predisporre la relazione recante i risultati dell'attività svolta ai sensi del c. 14 art. 1 della L. n. 190/2012.

Si ritiene utile descrivere alcune specifiche attività svolte nel corso del 2023 in relazione alle seguenti misure generali, con particolare riferimento alla gestione del conflitto di interessi e agli appalti pubblici, in conformità con le indicazioni di ANAC contenute nel PNA 2022 – 2025.

Misura	Pianificata	Attuata
Codice di comportamento	Si	NO DA AGGIORNARE
Inconferibilità – incompatibilità	Si	Si
Incarichi extraistituzionali	Si	Si
Gestione del Conflitto di interessi in area sanitaria	Si	Si
Gestione del Conflitto di interessi nell'area dei contratti pubblici	Si	Si
<i>Whistleblowing</i>	Si	In attesa documento Gruppo regionale
Formazione	Si	Si
Trasparenza	Si	Si
Svolgimento attività successiva cessazione lavoro – <i>pantouflage</i>	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	NO

Misure di legalità – Aggiornamento del Patto di Integrità in materia di contratti pubblici e Linee Guida di applicazione

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.

Con deliberazione n. 1076 del 7.07.2023 si è provveduto all'aggiornamento del Patto di Integrità in materia di contratti pubblici approvato con la succitata deliberazione n. 841/2022.

Misure di disciplina del Conflitto di interessi nel settore sanitario / scientifico: Procedure operative per la partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati

Nel corso del 2023 è stata data applicazione alla deliberazione **n. 1113 del 07.07.2022** con la quale è stato approvato il regolamento e la relativa modulistica specifica, contenente specifiche procedure operative che disciplinano le modalità di partecipazione alle suddette iniziative di formazione e che delimitano 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.

Inoltre, come misura di trasparenza, viene pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente del Policlinico una dettagliata rendicontazione semestrale della partecipazione ad eventi di formazione sponsorizzati.

Inoltre, è stato progettato un form telematico per la presentazione delle istanze di formazione sponsorizzata attraverso il quale, gli sponsor presenteranno istanze uniformi in modo da selezionare già nella prima fase le istanze non corrette o incomplete, come tali non istruibili. Il relativo collegamento sarà pubblicato nella sezione del sito internet "formazione sponsorizzata".

Contratti pubblici

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 – 2024 ha individuato una serie di misure di prevenzione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, con particolare riguardo all'ambito di applicazione dell'art. 42, D.Lgs. n. 50/2016, che hanno trovato applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici approvata con D.Lgs. n. 36/2023.

In particolare, sono state svolte le seguenti attività:

- aggiornamento della modulistica per le dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti in tutte le fasi delle procedure per l'aggiudicazione e l'esecuzione degli appalti pubblici;
- individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi;
- Indicazioni per le modalità di compilazione, di raccolta e di verifica sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP;
- individuazione dei criteri per la rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP (cfr. PNA 2015, Parte speciale, Contratti pubblici; LLGG n. 15/2019, § 10), di rotazione nella nomina del RUP;
- 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;
- 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;
- Compiti del RPCT: 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.

Misure di trasparenza - Rendicontazione interventi finanziati con fondi PNRR

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

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.

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"

Nel corso del 2023, oltre a proseguire l'erogazione delle sopradescritte attività formative, come previsto nell'ambito degli obiettivi del Gruppo interaziendale degli RPCT si è provveduto ad elaborare i contenuti dei seguenti corsi FAD:

- Approfondimenti su inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi anche alla luce dei provvedimenti di ANAC e di applicazione alle Aziende Sanitarie, già in corso di erogazione.
- Applicazione della normativa sull'antiriciclaggio, che verrà erogato a partire dal 2024.

c. Misure specifiche di prevenzione della corruzione

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 2023 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. 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.

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.

Si descrive il processo seguito per il di monitoraggio delle 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.

2.3.7 Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio per il 2024

In conformità con quanto stabilito dal PNA 2019 e dal PNA 2022 - la cui validità è stata confermata anche per il 2024 dal PNA 2023 approvato da ANAC con deliberazione n. 605 del 19.12.2023 -, 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.

a. Misure generali

Per il 2024 sono state mantenute le misure esistenti, integrandole alla luce degli obiettivi strategici previsti riportati nel presente documento e con l'adeguamento alle più recenti disposizioni normative e alle indicazioni di ANAC., come di seguito descritto.

Aggiornamento della modulistica sul conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, in conformità con le disposizioni contenute nel PNA 2022, nel PNA 2023 e nel D.Lgs. n. 36/2023 "Nuovo codice dei contratti", integrata ove necessario, con l'individuazione del "titolare effettivo" e la verifica dell'identità del medesimo.

Approvazione della regolamentazione riguardante le Modalità e procedure per la presentazione, ricezione e gestione delle segnalazioni (c.d. "whistleblowing") ai sensi del D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"

Aggiornamento del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, con le modifiche adottate con Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81 riguardante in particolare: l'utilizzo mezzi informatici e i social media policy (SIA), i controlli sull'utilizzo delle dotazioni informatiche aziendali, il canale per le segnalazioni (whistleblowing), i poteri dei dirigenti, il conflitto di interesse con particolare riguardo all'Interesse economicamente significativo dei dirigenti.

Applicazione normativa antiriciclaggio, relativa formazione e controlli di secondo livello.

Attuazione della Procedura relativa allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *pantouflage*) mediante la disciplina della concreta attuazione dei controlli.

Formazione

Si prevede di attivare per il 2024, in accordo con il Gruppo regionale degli RPCT le seguenti iniziative di formazione:

Corso di aggiornamento sul nuovo **Codice di comportamento**;

Corso sull'applicazione della normativa in materia **antiriciclaggio**;

Corso sull'applicazione delle **dichiarazioni sul conflitto di interessi in materia di contratti pubblici**.

Le **misure di trasparenza** sono descritte nella Parte II "Trasparenza e accessibilità totale" del presente documento.

Le suddette misure sono descritte nell'**Allegato 3 - MISURE GENERALI OBBLIGATORIE**

b. Misure specifiche

Le misure specifiche sono individuate, programmate alla luce degli obiettivi strategici previsti riportati nel presente documento e con l'adeguamento alle più recenti disposizioni normative e alle indicazioni di ANAC sono 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**
Si ritiene utile sintetizzare nel seguente prospetto le misure progettate in attuazione degli obiettivi strategici stabiliti per il 2024.

OBIETTIVO	AZIONI	MISURA
PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	<p>Prevedere misure di presidio delle procedure a rischio correlate al PNRR con particolare riferimento al conflitto di interessi, alle verifiche degli indicatori di anomalia dell'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo.</p> <p>Garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati come richiesto dal Piano nazionale anticorruzione di ANAC.</p>	<p>Verifica situazioni di conflitto di interessi</p> <p>Aggiornamento della modulistica – Dichiarazione titolare effettivo</p> <p>Applicazione normativa antiriciclaggio</p> <p>Pubblicazione rendicontazione periodica utilizzo e gestione fondi su AT</p>
Codici di comportamento Cultura dell'integrità	<p>Rinnovare i codici di comportamento dei singoli enti alla luce del DPR n. 81/2023, garantendo la procedura aperta di consultazione e l'integrazione e la specificazione del codice nazionale.</p> <p>Realizzare corsi ed eventi formativi sul contenuto del codice e sull'etica pubblica rivolti a tutto il personale.</p> <p>Garantire il collegamento tra le disposizioni del codice di comportamento e le azioni programmate dal Piano Anticorruzione (ora sezione del PIAO).</p>	<p>Corso di formazione sul nuovo Codice di comportamento</p> <p>Adozione regolamentazione riguardante le Modalità e procedure per la presentazione, ricezione e gestione delle segnalazioni (c.d. "whistleblowing")</p> <p>Applicazione procedure relative allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage</i>)</p>
Conflitto di interessi	<p>Migliorare le misure connesse alla verifica di potenziali conflitti di interesse e rivedere la modulistica e le procedure di controllo delle dichiarazioni.</p>	<p>Aggiornamento modulistica esistente con particolare riferimento ai contratti pubblici</p>

c. Considerazioni e spunti di miglioramento

Per una efficace realizzazione delle azioni per la prevenzione della corruzione, occorre sviluppare una reale cultura dell'integrità al fine di non considerare tali attività come meri adempimenti burocratici.

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.

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.

È 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.

PARTE II - TRASPARENZA E ACCESSIBILITA' TOTALE

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

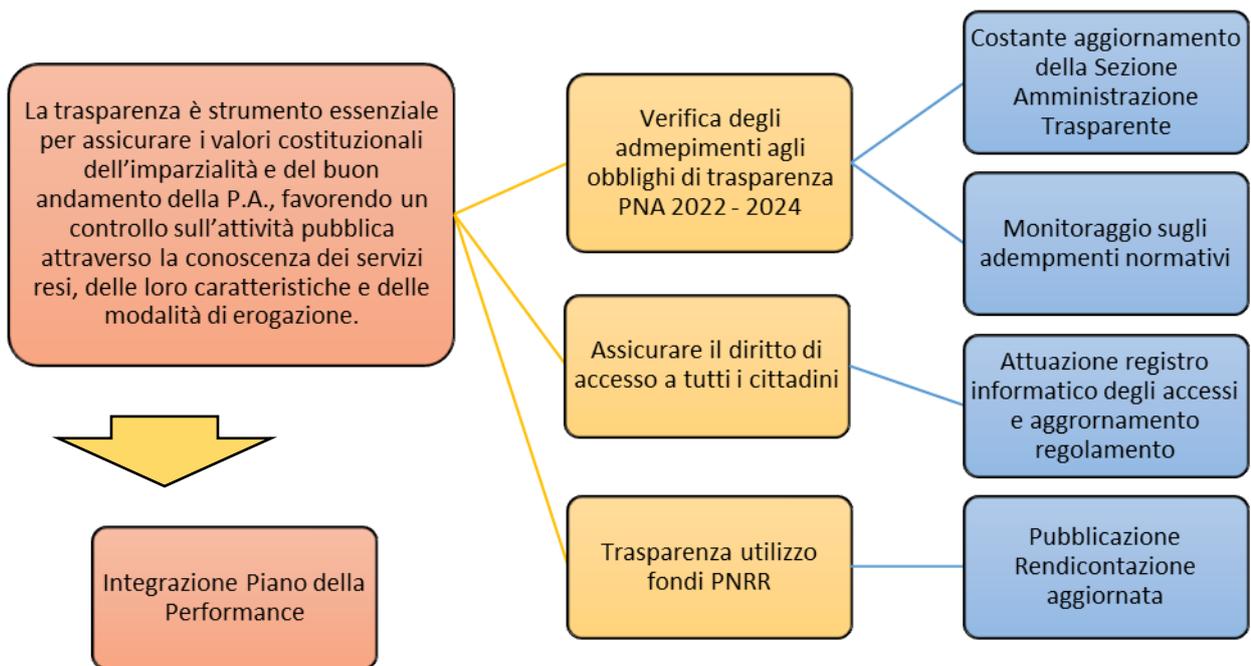
Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, i sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013, costituisce l'aggiornamento della relativa sezione inserita nel PIAO 2023 – 2025 approvato con deliberazione n. 96 del 31.01.2023 al quale si rimanda.

Nel presente documento vengono quindi riportate le attività svolte nel 2023 e quelle programmate per il 2024.

2.3.9 Obiettivi strategici

a. Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2023

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo sugli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale per il 2023 e sul grado di raggiungimento degli stessi.



OBIETTIVI STRATEGICI	ATTIVITA' PREVISTE	ATTIVITA' SVOLTE
Attuazione principi trasparenza	Verificare gli adempimenti agli obblighi sulla trasparenza, con particolare riferimento ai contratti pubblici, come previsto dal PNA 2022 – 2024 e relativo Aggiornamento obblighi	È stata modificata la specifica Sezione di AT per assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza in coerenza con le disposizioni del D.Lgs n. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici" e con le indicazioni fornite da ANAC
		Monitoraggio sugli adempimenti normativi da parte del RPCT anche in funzione delle verifiche dell'OIV
Attuazione principi trasparenza	Predisporre misure di trasparenza e di prevenzione specificatamente rivolte ai finanziamenti del PNRR in coordinamento con le disposizioni di Regione Liguria.	Su AT viene pubblicato. Il rendiconto sulla gestione dei fondi PNRR e aggiornato trimestralmente.
Assicurare il diritto di accesso a tutti i cittadini	Garantire all'utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari nel rispetto dei tempi e delle procedure	Attuazione registro informatico degli accessi e aggiornamento regolamento

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

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'Allegato 4**.

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.

La suddetta tabella è stata aggiornata secondo le indicazioni del citato D.Lgs. n. 36/2023 e dei successivi provvedimenti di ANAC.

a. 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.

Nel corso del 2024 proseguirà il percorso migliorativo riguardante l'implementazione dei sistemi informatici del Policlinico, avviato negli anni precedenti dall'U.O. ICT, unitamente a SIAV (società provider del sistema di protocollo) che prevede nuovo sistema di pubblicazione e migrazione delle determinazioni 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).

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 che, dopo una prima fase sperimentale, verrà avviata nel 2024 con un'applicazione graduale a partire dalle UU.OO. ICT e Attività tecniche.

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.

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.

È 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.

b. Misure di trasparenza programmate per il 2024

Per l'anno 2024 è prevista l'attuazione delle misure di prevenzione in materia di trasparenza di seguito meglio descritte.

Integrazione tabella obblighi di pubblicazione

Per il 2024 la suddetta tabella, dovrà essere integrata con le disposizioni dell'28 del D.Lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 sopra descritte e sulla base delle indicazioni fornite da ANAC con la Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

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

L'attuazione completa di tale misura avverrà gradualmente nel corso del 2024 subordinatamente all'attivazione della piattaforma da parte di ANAC.

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 automatica del “registro informatico degli accessi” tale da rappresentare automaticamente tutte le varie fasi delle istanze di accesso agli atti, attraverso il loro inserimento nella piattaforma del protocollo, anche in conformità con il Regolamento sull'accesso civico e documentale con deliberazione n. 44 del 23.01.2023.

Nel corso del 2024 verrà attuato definitivamente il registro totalmente informatizzato.

c. 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 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 D.Lgs. n. 36/2023, si provvederà all'aggiornamento e all'integrazione della Tabella relativa agli obblighi di pubblicazione di cui all'Appendice 4, con i contenuti specificati nella Deliberazione ANAC n. 264/2023.

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 2024.

2.3.10 Controlli e Responsabilità

a. 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.

b. 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 o diverse indicazioni ANAC	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	Trasmissione report contenente i seguenti dati:	Responsabile Ufficio per i

di ogni anno	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.	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

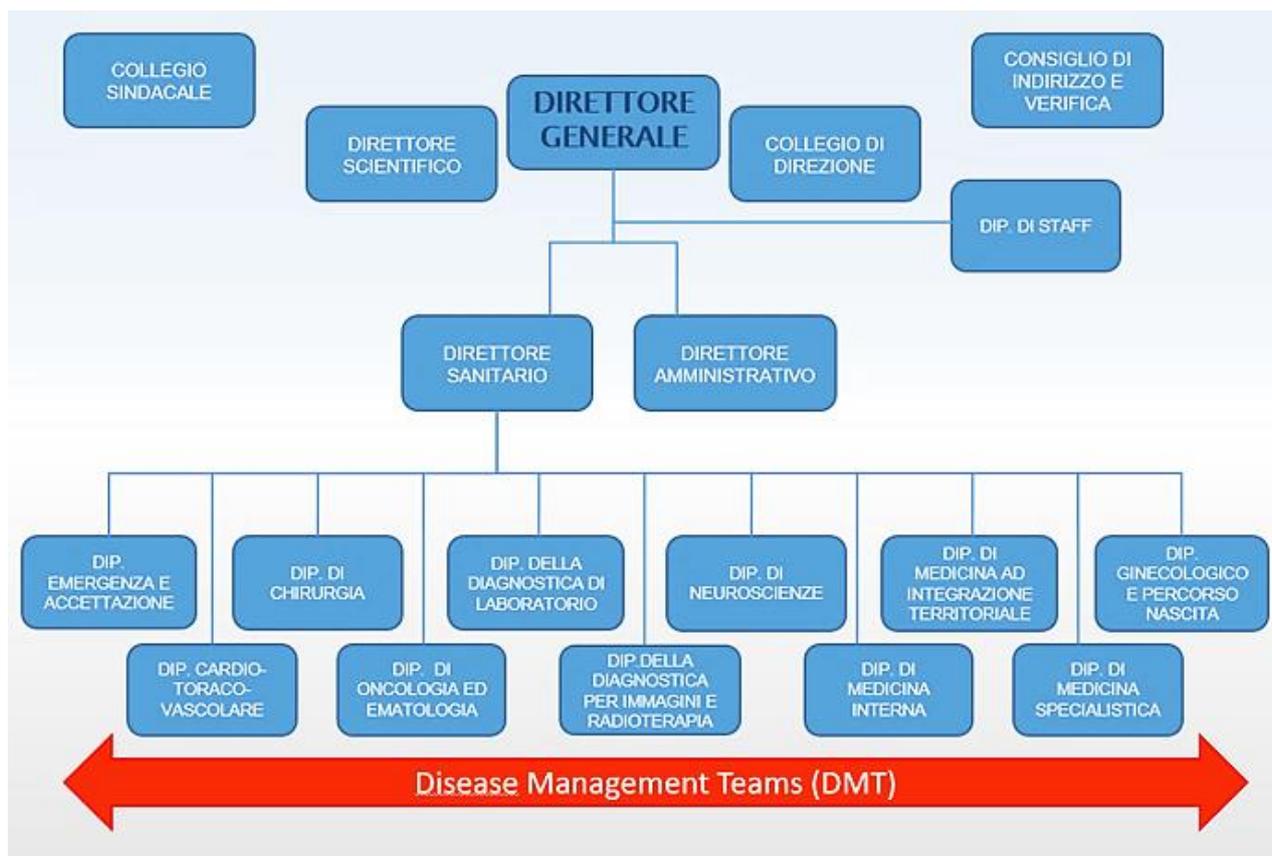
Questa Sottosezione contiene una descrizione del modello e dell'assetto organizzativo delle strutture facenti capo al Policlinico e i dati aggregati relativi al suo personale.

3.1.1 Organigramma (descrizione modello organizzativo)

La struttura organizzativa del Policlinico si articola in:

- 6 strutture (U.O.) afferenti al Dipartimento di Staff della Direzione Generale;
- 7 strutture (6 UU.O.O. + 1 S.S.D) in Line alla Direzione Amministrativa;
- 5 strutture (4 UU.O.O. + 1 S.S.D) in Line alla Direzione Sanitaria;
- 14 strutture (10 UU.OO. + 4 S.S.D) in Line alla Direzione Scientifica;
- 11 dipartimenti gestionali (cui afferiscono 70 UU.OO + 13 SS.SS.DD.)
- 72 Strutture Semplici afferenti alle UU.OO. dei Dipartimenti e delle Line di cui sopra.

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](#)

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 esempio 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.

Le norme sopra richiamate, e di conseguenza i Regolamenti aziendali vigenti nel periodo interessato, hanno modulato il lavoro agile in funzione dell'emergenza.

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.

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 significative 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 per poi passare ad almeno il 20% del personale (vedi tabelle infra).

Anche nel 2023 il lavoro agile ha ancora risentito della situazione di post emergenza in conseguenza della proroga delle disposizioni in tema di lavoratori Fragili e delle more per l'approvazione del regolamento in tema di lavoro agile "ordinario".

Di seguito alcune tabelle e grafici che illustrano i livelli di attuazione dello *smart working* nel 2020, 2021, 2022, 2023.

Tabella 1

PERSONALE CHE HA USURUITO DELLO SMART WORKING

ANNO	UNITA'	MEDIA GIORNI
2020*	385	47
2021**	251	45
2022***	70	33
2023****	26	54

*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

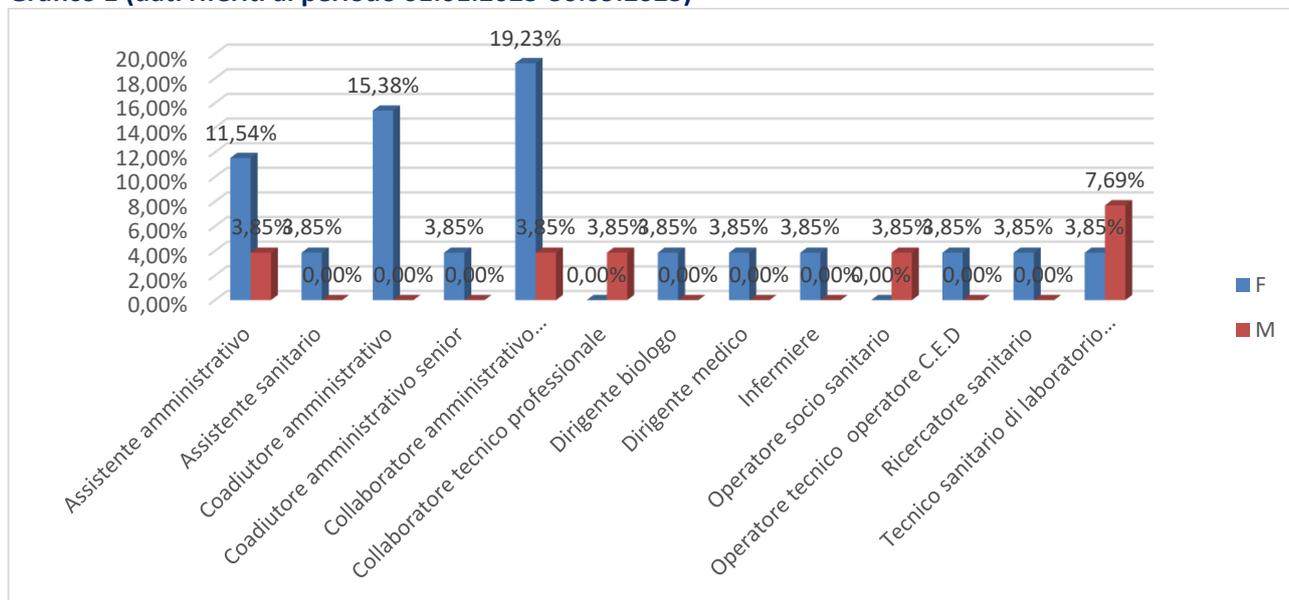
****dati riferiti al periodo da 01.01.2023 al 30.09.2023

La tabella 1 rispecchia l'andamento del Lavoro Agile nel Policlinico dall'introduzione in pieno lockdown fino al post emergenza, passando per il graduale rientro in presenza dal 2021.

Il grafico 1 illustra le tipologie di personale che nel 2023 hanno fatto ricorso allo smart working ulteriormente divise per sesso.

Il grafico 1 rispecchia 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 1 (dati riferiti al periodo 01.01.2023-30.09.2023)



Modalità attuative - Processi del lavoro agile - Strumenti

Regolamento in tema di Lavoro Agile

Il Policlinico disciplina il Lavoro Agile ordinario con regolamento aziendale di cui alla deliberazione 1310 del 9.08.2023, preventivamente sottoposto al CUG il quale ha espresso parere favorevole.

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.

Il Regolamento e la sua applicazione si uniformano a quanto previsto dall'azione positiva n. 11 del GEP (Gender Equality Plan) adottato con deliberazione n. 223 del 15.02.2023 che pone l'accento sul tema dello Smart Working quale strumento di conciliazione vita-lavoro che non deve però creare un doppio binario solo per le donne.

Attività escluse e ammesse

Le attività escluse e ammesse possono così riassumersi:

Non possono essere svolte in modalità Smart Working:

- le attività socioassistenziali 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 possibile 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.

Possono 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, 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 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, sottoscrizione di accordo individuale, richiesta all'U.O. ICT di abilitazione della connessione in remoto agli applicativi aziendali, abilitazione del dipendente alla timbratura virtuale.

Dotazione informatica

Potendo fare ricorso alle sole risorse disponibili a legislazione vigente, la dotazione informatica utilizzata in regime di lavoro agile 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 almeno Windows 10 aggiornato alle ultime patch di sicurezza).

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

Il lavoro agile può essere svolto solamente a seguito di predisposizione da parte della UO ICT di un canale VPN, che consente ai lavoratori di accedere ai servizi e agli applicativi aziendali

È possibile, in regime di lavoro agile, eseguire riunioni a distanza attraverso gli strumenti messi a disposizione dall'Azienda.

Formazione

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

Il PFA 2023/2025 ha individuato e descritto nei suoi contenuti ed obiettivi l'area tematica *Digitalizzazione*, popolata attraverso il Piano Attuativo della Formazione Aziendale (c.d. PAFA) che declina gli eventi formativi che l'ente si propone di realizzare nel triennio di riferimento; in particolare, il PAFA prevede la realizzazione di due specifici percorsi formativi rivolti ai Direttori delle strutture interessate e agli Smartworkers, con l'obiettivo di implementare le competenze organizzative e digitali e con riguardo anche alla salute e sicurezza sul lavoro.

La formazione in argomento, ulteriormente descritta nella sezione di questo Piano dedicata alla Formazione 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 2024/2026)

Il ricorso al Lavoro Agile ha lo scopo di raggiungere i seguenti macro-obiettivi che rispondono al perseguimento di valori pubblici quali il benessere del personale e la sostenibilità ambientale:

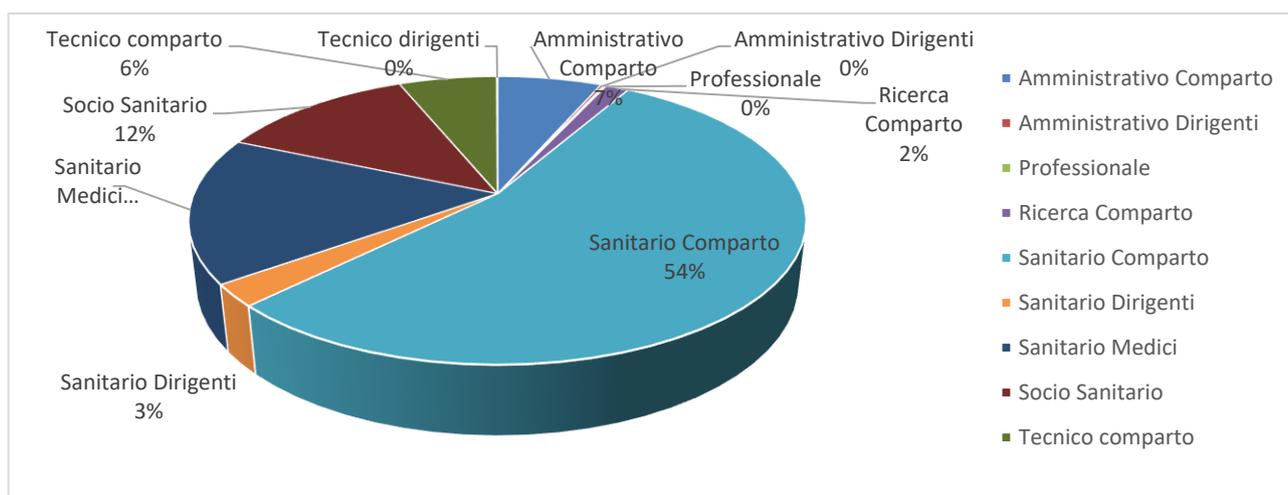
- ✚ promuovere un'organizzazione del lavoro che favorisca la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ✚ promuovere una cultura del lavoro e gestionale orientata agli obiettivi e ai risultati;
- ✚ promuovere la mobilità sostenibile, contribuendo alla diminuzione del traffico urbano ed extra-urbano 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 è posto 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 2 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 30.09.2023.

Grafico 2 (Dati aggiornati al 30.09.2023) Totale Dipendenti: 5.047 unità



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 2024-2025	Fase di mantenimento 2026	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 DIGITALE					
	Lavoratori dotati di laptop aziendale	28	31	45	60	mantenimento	
	Lavoratori dotati di dispositivi e traffico dati aziendali	320	334	350	360	mantenimento	
	Sistema VPN	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
	Intranet	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
	Sistemi di collaboration (es. Documenti in cloud)	SI	SI	SI	SI	mantenimento	
	Lavoratori agili e non connessi da remoto agli applicativi aziendali	SI	SI	SI	SI	mantenimento	

DIMENSIONE	INDICATORI	BASELINE 2020-2021	Fase di avvio 2022	Fase di sviluppo intermedio 2023	Fase di sviluppo avanzato 2024-2025	Fase di mantenimento 2026	OBIETTIVO	
	Lavoratori agili	2020: 385 2021: 251	70	15%	20%	20%	20%	
	Giornate lavoro agile	Da 1 a 5 alla settimana	Da 1 a 5 alla settimana	1/2 a settimana	Massimo 2 alla settimana	Massimo 2 alla settimana	Massimo 2 alla settimana	
	%dirigenti che hanno partecipato a corsi su competenza organizzative e digitale lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	Inserita formazione per Lavoro Agile nel Piano Formativo aziendale	100% del personale che fruisce del lavoro agile	100% del personale neoassunto che fruisce del lavoro agile		
	%lavoratori comparto che hanno partecipato a corsi su competenze organizzative e digitali lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	Inserita formazione per Lavoro Agile nel Piano Formativo aziendale	100% del personale che fruisce del lavoro agile	100% del personale neoassunto che fruisce del lavoro agile		
	INDICATORI QUALITATIVI							
	Livello di soddisfazione sul lavoro agile	Da rilevare	Da rilevare	Predisposto questionario da somministrare a Personale	Da rilevare	Da rilevare		

SOTTOSEZIONE 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL 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			
RIEPILOGO GENERALE								
DIRIGENZA	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	
	TOTALE DIRIGENZA	1038,25	1166	135	145	1045,52	1176	
CD/COMPARTO	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	
	TOTALE COMPARTO	3638,49	3963	521	620	3652,65	4062	
	TOTALE GENERALE	4676,74	5129	656	765	4698,17	5238	

Le determinazioni relative all'avvio di procedure di reclutamento sono adottate da ciascuna amministrazione sulla base della programmazione triennale del fabbisogno del personale, ovvero: l'avvio di procedure concorsuali e delle relative assunzioni è concesso se il *Piano triennale del fabbisogno*, che riporta la consistenza dell'organico e la pianificazione del fabbisogno su scala triennale - con aggiornamento annuale-, viene presentato dalle PP.AA. (sulla base delle modalità predefinite dalla Regione) e approvato dalla Giunta Regionale.

Per un approfondimento di quanto appena descritto, si rinvia a specifica normativa nazionale e regionale, elencata qui di seguito solo per capisaldi:

- D. Lgs. 502/92
- L.R. 10/1995
- L.R. 41/2006
- L.R. 27/2016 (modifica L.R. 41/2006)
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017
- D. L. 34/2020
- deliberazioni regionali n. 400 del 7.5.2021, 717 del 6.8.2021 e n. 883 del 5.10.2021 (Programma Restart Sanità)
- deliberazioni regionali n. 147/2022 e n. 659/2023

Per quanto riguarda il 2023, l'IRCCS – in assenza di richiesta da parte degli Enti Regionali di trasmissione del Piano del Fabbisogno – ha programmato il fabbisogno di personale mediante l'adozione del proprio Piano Triennale del Fabbisogno (deliberazioni n. 1456/2022 e n. 1724/2022, così come aggiornate con deliberazioni n. 331 del 28/02/2023, n. 708 del 28/04/2023, n. 864 del 24/05/2023, n. 1187 del 20/07/2023 e, da ultimo, n. 1430 del 13/09/2023).

In osservanza di quanto previsto dal punto 11 della D.G.R. 147/2022, l'IRCCS, nel corso dell'annualità 2023, ha richiesto agli Enti Regionali l'autorizzazione alle assunzioni di personale mediante l'inoltro di specifiche comunicazioni. Decorsi quindici giorni dall'invio della richiesta, in assenza di chiarimenti o espresso diniego, il Policlinico ha provveduto al reclutamento delle unità di personale richieste, mediante indizione di concorso pubblico ovvero avviso pubblico di mobilità intercompartimentale ovvero avviso pubblico a tempo determinato.

Solo nel corso del mese di ottobre dell'anno 2023, con nota Prot-2023-1362406 del 03/10/2023, Regione Liguria ha trasmesso la D.G.R. 659/2023 avente ad oggetto "Definizione dei budget per l'esercizio 2023: formalizzazione del percorso e degli esiti del negoziato con Aziende, IRCCS ed Enti del S.S.R.".

Mediante la Deliberazione della Giunta Regionale sopra richiamata, sono quindi stati assegnati agli Enti del S.S.R. liguri i budget per l'assunzione di personale per l'annualità 2023.

Unitamente alla trasmissione della citata D.G.R. 659/2023, Regione Liguria ha richiesto l'invio del "Quadro riepilogativo risorse umane 2023", con conseguente implicita sostituzione della tradizionale richiesta anticipatoria di trasmissione del Piano del fabbisogno ad inizio anno mediante la citata richiesta posticipata di riepilogo delle assunzioni e cessazioni per l'anno 2023.

In esecuzione della summenzionata richiesta, l'IRCCS ha trasmesso il seguente "Quadro riepilogativo risorse umane 2023":

Profilo	Personale in servizio al 31/12/2022	01/01/2023 - 30/09/2023		01/10/2023 - 31/12/2023		Personale in servizio al 31/12/2023
		Cessazioni	Assunzioni	Cessazioni previste	Assunzioni previste	
		n. unità	n. unità	n. unità	n. unità	
Dirigenti Tecnici - Amministrativi - Professionali	21				2	23
Dirigenti Sanitari	898	49	57	12	23	917
						0
TOTALE	919	49	57	12	25	940
Personale ruolo tecnico - amministrativo	607	48	38	10	36	623
Personale ruolo sanitario	2694	94	136	22	47	2761
Personale del ruolo della ricerca	30	2	45	1	13	85
Operatore Socio Sanitario	533	26	123	5	2	627
Ausiliari	27	5		2		20
TOTALE	3891	175	342	40	98	4.116

Per quanto attiene alla stabilizzazione del personale del Ruolo della Ricerca sanitaria e delle Attività di Supporto alla Ricerca sanitaria, prevista dall'art. 3ter della Legge 3 luglio 2023, n. 87, si riporta il seguente quadro previsionale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1939 del 06/12/2023:

C.C.N.L.	Profilo professionale (utilizzare i profili presenti nel foglio profili)	Qualifica/Specificità del profilo (solo per il personale del Comparto)	Area (solo per il personale del Comparto)	Stabilizzazioni 2023-2024-2025				NOTE
				2023	2024	2025	Totale	
				n. unità	n. unità	n. unità	n. unità	
RIEPILOGO GENERALE								
	ALTRO (vedi colonna NOTE EVENTUALI)	RICERCATORE SANITARIO	RICERCA	10	5	27	42	
	ALTRO (vedi colonna NOTE EVENTUALI)	COLLABORATORE PROF.LE DI RICERCA SANITARIA SENIOR	RICERCA	9	0	11	20	
	TOTALE			19	5	38	62	

Importantissima collaborazione, degna di nota in questa sezione è stata quella che si è instaurata tra il Policlinico e l'Ufficio Collocamento Mirato della Regione Liguria nel corso del 2023, il cui obiettivo "minimo" (formalizzato nelle azioni positive 2022, recepite nel PIAO 2023 – si veda sezione dedicata alle azioni positive 3.4-)era quello di realizzare per le persone con disabilità un ambizioso progetto di miglioramento della fase di inserimento nell'ambiente lavorativo, ma che, di fatto, ha avuto importanti riflessi dal punto di vista assunzionale.

Nata come un progetto di partnership tra due PP.AA., atto alla presentazione reciproca tra i soggetti astrattamente coinvolti in un rapporto di lavoro (ovvero il *Policlinico* -attraverso alcuni Responsabili di Struttura- quale importante realtà lavorativa del territorio ligure e la *Regione* - attraverso propri Responsabili e con la partecipazione degli iscritti l'Ufficio Collocamento Mirato- quali interessati alla conoscenza di tale realtà per un eventuale futura proposta/chiamata ai sensi della L. 68/99), questa azione positiva mirava semplicemente a rendere più diretto il rapporto tra le parti, con incontri *de visu* che, da una parte, permettevano al Policlinico di pubblicizzare più compiutamente la dimensione operativa dei propri servizi, e, dall'altra, erano occasione per consentire alle persone con disabilità coinvolte di esercitarsi nella presentazione di sé ad un'azienda pubblica.

Il successo e l'interesse per questo momento di incontro è stato tale da comportare una replica del medesimo già nel 2023, ulteriori e successive riunioni con i soli Responsabili delle due PPAA per uno scambio di feedback sull'esperienza effettuata e sui possibili sviluppi della collaborazione a fronte delle reazioni constatate da tutti i soggetti coinvolti, e una nuova pianificazione del futuro inserimento delle persone con disabilità nel mondo lavorativo del Policlinico, focalizzando le risorse e le energie di Regione Liguria (Uff. Collocamento Mirato) e del Policlinico (UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane) sulle formule del tirocinio formativo e dei percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, entrambi proiettati all'inserimento nel mondo del lavoro delle persone con disabilità.

Il progetto punta a "riempire di contenuti" ciò che potrebbe rimanere uno sterile adempimento ad obbligo previsto *ex lege* (L. 68/99), attraverso una sinergia tra PP.AA., che si augura possa assolvere compiutamente la ratio e gli obiettivi che hanno ispirato la DGR 1186/2017 e la DGR 283/2017. A tale scopo i tirocini in argomento avranno durata di 6 mesi e saranno scanditi da *step* quali:

- il confronto ad un unico tavolo tra Direttore UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane (direttore ad oggi contestualmente nominato quale Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità ex art. 39 *ter* D.Lgs 165/2001, come da deliberazione n. 1461 del 25.9.2019), Responsabile delegato da Regione Liguria Uff collocamento mirato, tutor aziendale e tutor personale del tirocinante;
- schede e report di valutazione atte a rilevare criticità del percorso, proposte risolutive delle parti, valutazione del tirocinante all'interno del gruppo di lavoro;
- valutazione congiunta/confronto circa (non vincolante per il Policlinico) del settore di prima assegnazione più consono al momento dell'eventuale assunzione.

Con questa formula, nel solo 2023 sono già partiti 6 progetti di tirocinio e se tale iter si rileverà quello più funzionale per un miglioramento della qualità dell'inserimento in ambiente lavorativo, tale modello potrà divenire "pilota", auspicandone la replica per modalità e numeri anche nel 2024.

Altro importante progetto di Regione Liguria è l'apertura di una terza base di elisoccorso nel Levante delle Regione, in modo da bilanciare il servizio già offerto a Ponente presso l'aeroporto di Villanova di Albenga.

In virtù del DGR 6832/2021, con la quale si approvava la nuova disciplina regionale per il reclutamento e la gestione del personale sanitario incaricato del servizio regionale di elisoccorso, costituirà un importante obiettivo per il Policlinico ed in particolare per il Direttore dell'Elisoccorso Liguria (che ad oggi è il Direttore dell'UO Emergenza Territoriale 112 & 118 del Policlinico) provvedere al reclutamento del personale medico ed infermieristico scelto su base regionale per l'espletamento del servizio sulla futura base, in collaborazione con l'UO Sviluppo e Gestione Risorse Umane e l'UO Affari generali e Legali per gli aspetti burocratici.

Nel corso del 2023 le unità di personale gestite dal Direttore dell'Elisoccorso corrispondevano a 21 medici (di cui una dimissionaria) e 22 infermieri: l'obiettivo, che ad oggi pare congruente rispetto alle ore di servizio di elisoccorso previste sulla base di Levante (apertura h 12), è quello di reclutare almeno altre 7 unità di personale medico e 6 unità di personale infermieristico entro il 2024, per un totale di 27 medici e 28 infermieri che garantiscano la loro disponibilità a prestare l'attività indistintamente sulle tre basi.

Con questo progetto aumenta dunque l'importante lavoro di reclutamento, coordinamento e gestione delle risorse umane che gestisce il Policlinico, non solo dal punto di vista numerico, ma soprattutto in considerazione dei riflessi che responsabilità comporta a livello territoriale.

Nell'ambito dell'attuazione del PNRR, nel corso del secondo semestre dell'anno 2023, l'IRCCS ha provveduto a dare avvio alle procedure propedeutiche al reclutamento di personale da destinare a suddetto Piano.

In specie, da un lato si è dato corso all'assunzione di personale a tempo determinato da destinare agli interventi correlati all'attuazione della Missione 6 Salute del PNRR, in considerazione dell'obbligo gravante sui soggetti attuatori, nonché i soggetti attuatori delegati, di garantire il monitoraggio mensile degli interventi mediante il sistema informativo ReGiS attraverso l'azione dei singoli Responsabili Unici del Procedimento (RUP).

Da altra prospettiva, si è altresì dato corso al reclutamento di personale da inserire all'interno del gruppo di ricerca ammesso al finanziamento del Ministero della Salute a seguito di partecipazione ad avviso pubblici, afferenti alla Missione 6, Componente C2, Investimento 2.1 "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN", per la presentazione e la selezione di progetti di ricerca da finanziare nell'ambito del PNRR, sulle seguenti tematiche: *Proof of concept* (PoC); Malattie Rare (MR); Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali (Fattori di rischio e prevenzione, Eziopatogenesi e meccanismi di malattia).

In tale ambito, si è registrata una notevole incertezza in relazione alle modalità di reclutamento e inquadramento giuridico del personale afferente ai progetti di ricerca PNRR e la sopra rammentata incertezza sussiste principalmente in relazione all'ammissibilità della rendicontazione delle spese per il personale impegnato nelle attività progettuali sui fondi all'uopo stanziati.

Pertanto, l'IRCCS – nell'ambito di una scelta tecnico-discrezionale pur limitata dalle coordinate ermeneutiche pervenute dal Ministero della Salute – ha sussunto il personale da destinare alle attività correlate ai progetti di ricerca PNRR nell'alveo dell'Area del [personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria](#) di cui al CCNL Comparto Sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca del 11/07/2019 ovvero nell'ambito delle c.d. "Borse di studio e di ricerca" (*Research Fellowship*).

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		
RIEPILOGO GENERALE							
DIRIGENZA	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	
	TOTALE DIRIGENZA	1045,52	1176	67	165	1274	
COMPARTO	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	
TOTALE COMPARTO	3652,65	4062	245	553	4370		
TOTALE GENERALE	4698,17	5238	312	718	5644		

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		
RIEPILOGO GENERALE						
DIRIGENZA	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	
TOTALE DIRIGENZA		1274	11	11	1274	
COMPARTO	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	
TOTALE COMPARTO		4370	27	37	4380	
TOTALE GENERALE		5644	38	48	5654	

SOTTOSEZIONE 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.4.1 Analisi di contesto

La formazione aziendale del personale è disciplinata con regolamento aziendale, da ultimo adottato con deliberazione (n. 1219 del 20 luglio 2022) e coinvolge tutte le professionalità che esercitano la loro attività all'interno del Policlinico, oltre al personale universitario in convenzione, al 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 e agli studenti impegnati in tirocini professionalizzanti, al fine di integrarne le funzioni e competenze con il personale ospedaliero per quanto concerne i percorsi diagnostico terapeutici.

La formazione aziendale riguarda, inoltre, il personale in posizione apicale, favorendo lo sviluppo di una leadership solida e adatta a gestire sfide complesse, come quelle che il sistema sanitario oggi è chiamato ad affrontare.

La formazione aziendale tende al miglioramento delle competenze dei dipendenti e delle loro prestazioni, a tal proposito sono stati attivati percorsi di formazione iniziale per i nuovi assunti e programmi di sviluppo professionale per il personale dipendente, al fine di stimolarne l'aggiornamento.

Il Policlinico crede nel valore premiale della formazione pertanto incoraggia la più ampia fruizione dei programmi formativi interni, anche da parte del personale borsista e contrattista, e sostiene, anche economicamente, la formazione esterna che risponda a fabbisogni formativi specifici e settoriali.

La formazione del personale è da individuarsi tra gli obiettivi strategici generatori di valore pubblico, inteso come beneficio e/o vantaggio che la stessa genera per l'organizzazione complessa e per l'insieme dei dipendenti che la costituiscono, anche, in termini di benessere aziendale.

A tal proposito e seppur non costituisca oggetto di obbligo normativo, il Policlinico ha inserito nella propria offerta formativa diversi corsi in materia di parità di genere, benessere organizzativo, invitando caldamente il personale dipendente a fruirne: a partire dal 2023 il Policlinico, parimenti a quanto accade per la formazione in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, ha coniato il c.d. "bollino CUG", riconoscimento attribuito alle iniziative di formazione concernenti le tematiche oggetto dell'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG), al fine di porre l'attenzione del dipendente sui contenuti formativi.

In materia di formazione aziendale, la normativa nazionale impone al datore di lavoro una serie di obblighi e requisiti di conformità che le aziende devono rispettare: ad esempio, la formazione obbligatoria in tema di salute e sicurezza sul lavoro (in seguito SGLS). Detta formazione costituisce un settore cardine dell'offerta formativa interna, non solo perché oggetto di obbligo normativo, ma soprattutto in quanto moltiplicatore di efficienza della struttura sanitaria complessivamente intesa.

La formazione SGLS è destinata non solo al personale dipendente a tempo indeterminato e determinato ma a quanti a vario titolo frequentano il Policlinico, come prevista anche per la formazione in materia di

Privacy, che vede il coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo erogano prestazioni professionali per il Policlinico.-

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.

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 garantendo una programmazione coerente con gli standard di qualità e con gli obiettivi formativi della Commissione Nazionale e Regionale ECM.

A titolo esemplificativo, nel 2022 la partecipazione alla formazione SGLS, agli addestramenti, alla Formazione continua in medicina e all'aggiornamento del personale tecnico amministrativo si attesta complessivamente ad un numero di accessi pari a circa 17.400.

Il Piano della Formazione è basato sulla rilevazione del fabbisogno formativo, attuata ogni triennio su tutto il personale dipendente e ogni anno integrata in itinere attraverso le procedure aziendali che permettono di integrare 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 ed è 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, adeguatamente formati a loro volta; si tratta di figure di grande supporto per l'attivazione di processi di sviluppo e cambiamento volti ad ottenere risultati in termini di utilità ed obiettivi dell'Istituto in termini organizzativi.

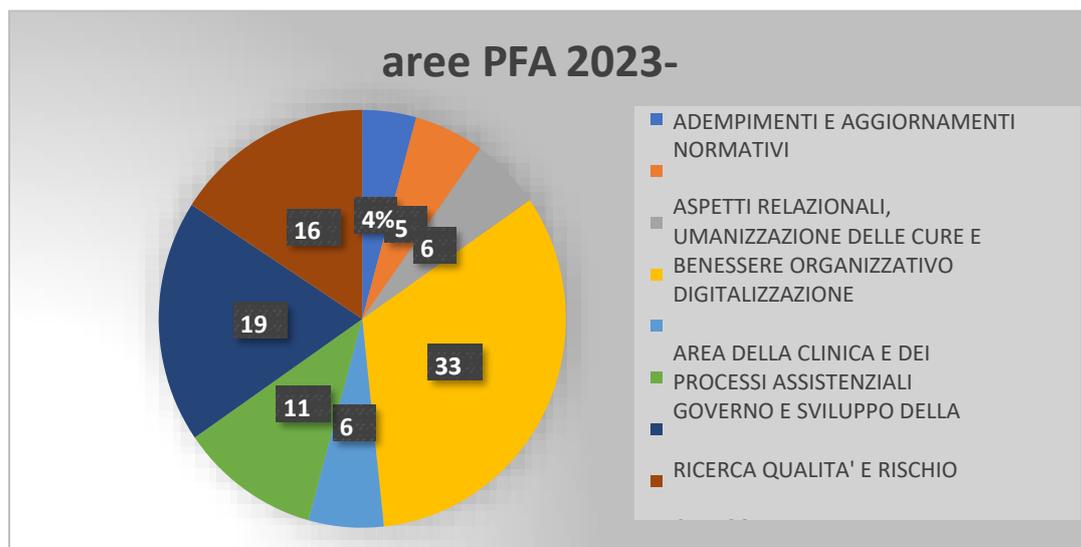
Nel corso degli anni il numero dei RAF è significativamente aumentato (95), per tale ragione sono stati organizzati momenti di incontro e di approfondimento all'interno di Gruppi di Miglioramento ECM (GdM), che hanno dato una spinta propulsiva alle attività dei Referenti in sinergia con i Dipartimenti e le strutture di riferimento.

Gli aspetti formali relativi alle attività dei RAF sono definiti con atti deliberativi che ne confermano la nomina e i compiti, mantenendosi all'interno di una adeguata dimensione aderente alle necessità. In particolare, i RAF concorrono all'individuazione sia di bisogni interni alle unità operative di appartenenza che ai bisogni trasversali e ricorrenti a livello delle aggregazioni organizzative (quali i Dipartimenti e le relative strutture), suggerendo iniziative formative estese in ottica di economia di scala, evitando inutili riproduzioni separate.

Il Piano Triennale della Formazione (in seguito PFA), che per il triennio 2023 – 2025 è stato adottato con deliberazione n. 231 del 15.02.2023, rappresenta l'elaborazione convergente e sinergica con le reali esigenze formative degli operatori e delle Strutture, in totale armonia con la strategia complessiva dell'Istituto.

A tal proposito, il PFA è accompagnato da n. 2 Piani attuativi della Formazione Aziendale distinti per aree di pertinenza, in particolare uno per l'area clinica e uno per tutte le altre, che contengono la completa declinazione delle iniziative formative che il Policlinico desidera realizzare nel triennio di competenza, consentendo un più celere aggiornamento e/o adeguamento del documento alle reali necessità del personale in ragione della natura dell'atto amministrativo adottato e soprattutto un più agile monitoraggio.

Di seguito la distribuzione delle aree di intervento del PFA 2023 - 2025



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, in modalità e-learning attraverso la piattaforma FAD, e comunque favorendo la partecipazione del personale ad attività di formazione in aggiornamento esterno, qualora i fabbisogni formativi siano troppo specifici e/o circoscritti.

3.4.2 Obiettivi strategici, valore pubblico e stakeholder

Le linee strategiche della Formazione Aziendale sono strettamente integrate con le indicazioni della Direzione strategica e i risultati del monitoraggio dei bisogni degli operatori, che interviene sia direttamente, attraverso la raccolta e successiva analisi dei questionari somministrati a vario titolo al personale dipendente, che indirettamente attraverso il confronto costante e critico con i RAF – referenti aziendali per la formazione.

La rete aziendale dei RAF nasce per creare un luogo in cui le iniziative di formazione fioriscano secondo le esigenze degli stakeholder, più precisamente i RAF contribuiscono allo sforzo della S.S.D. Formazione e Comunicazione di progettare e successivamente realizzare eventi di formazione idonei a soddisfare le esigenze professionali del personale che, ove adeguatamente formato, eroga prestazioni qualitativamente migliori e/o scongiura complicazioni e rischi, contribuendo direttamente a generare valore pubblico.

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.

Per meglio descrivere le linee strategiche della formazione aziendale è necessario precisare che il Policlinico è riconosciuto come 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 in tali discipline: il Piano attuativo della Formazione dedicato all'Area Clinica, ad esempio, contiene la declinazione di una specifica offerta formativa di interesse oncologico.

Il Piano Formativo è articolato in aree di intervento con specifici obiettivi formativi ed elaborato secondo le più opportune metodologie didattiche, per il triennio 2023/2025 la rilevazione del fabbisogno formativo si è sviluppata attraverso la collaborazione sinergica con la rete aziendale dei RAF, i quali hanno collaborato alla raccolta dei corsi di formazione attivati con i due Piani Attuativi sopra citati.

Le linee strategiche di sviluppo della formazione continua sono discusse a livello dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e degli ambiti chirurgici che operano in materia di neuroscienze, diagnostica, emergenza e urgenza, terapie oncologiche integrate e medicina interna, solo per citarne alcuni

Come già precisato nell'analisi di contesto, la programmazione comprende sia eventi formativi oggetto di obbligo normativo, quali p.e. la formazione in materia di SGLS con attenzione anche ai temi di Radioprotezione, ma anche eventi che rispondano agli standard previsti dalle certificazioni e dagli accreditamenti cui il Policlinico aderisce (ISO 9001, OHSAS 4500, accreditamento OECl, Joint Commission, Jacie).

La programmazione formativa riguarda gli argomenti tecnico professionali specifici dei professionisti che operano quotidianamente all'interno del Policlinico, ma anche su argomenti di interesse trasversale e attualità, quali la trasparenza e l'anticorruzione nell'attività amministrativa, le pari opportunità, la privacy, la cultura di genere e la formazione manageriale. A tal fine la programmazione dei Gruppi di Miglioramento ECM (GdM) rappresenta un'esperienza virtuosa sia in termini di apprendimento della materia trattata che in termini di potenziamento delle c.d. soft skill (COP CERISMAS per PIAO e GEP).

Nel 2022 si conferma di cruciale importanza la Piattaforma per la formazione a distanza, attivata nel 2020 come strumento di continuità in periodo Covid, e rivela un volano per la formazione aziendale, consentendo di proporre al personale un prodotto la cui fruizione si concilia con i tempi della vita familiare e privata.

L'offerta formativa eroga corsi in modalità residenziale, a distanza sincroni e asincroni; corsi erogati in modalità blended; formazione sul campo, gruppi di miglioramento, addestramenti, il tutto accompagnato da tre istituti cardine in ambito di formazione: aggiornamento obbligatorio esterno, aggiornamento facoltativo e formazione sponsorizzata.

In particolare l'aggiornamento obbligatorio esterno consente al Policlinico di rispondere prontamente a bisogni formativi emergenti propri di una cerchia ristretta di personale, l'aggiornamento facoltativo dal canto suo consente al dipendente di partecipare ad eventi formativi di suo interesse comunque pertinenti

con l'attività svolta all'interno del Policlinico e, da ultimo, la formazione sponsorizzata che consiste nella procedura di reclutamento di personale dipendente a seguito di proposta di educational grant da parte di soggetti terzi, sempre che le attività di formazione considerate contribuiscano all'arricchimento delle conoscenze.

3.4.3 Iniziative, responsabilità e risorse

L'anno 2023 ha segnato il superamento dell'emergenza pandemica e l'abbandono delle misure restrittive che dal 2020 hanno profondamente caratterizzato l'attività didattica: la ritrovata possibilità di svolgere attività didattiche in presenza, e la consolidata modalità webinar, hanno contribuito al far sì che l'aggiornamento professionale e la formazione del personale andasse a conciliarsi ottimamente con i tempi di lavoro (obiettivo necessario in un momento di carenza di personale nel settore sanità) e di riposo.

L'offerta formativa prevede l'erogazione di corsi residenziali, a distanza (sincroni e asincroni), erogati in modalità blended, formazione sul campo, gruppi di miglioramento, addestramenti, senza dimenticare la possibilità di fruire sia dell'aggiornamento professionale esterno volto all'acquisizione di competenze specifiche e settoriali che contribuiscano all'arricchimento delle competenze dei professionisti del Policlinico, che della formazione sponsorizzata (educational grant) gestita in cooperazione con le U.O. Governo Clinico e Direzione delle Professioni Sanitarie al fine di garantire il rispetto dei principi di anonimato e rotazione nel reclutamento.

La piattaforma della formazione a distanza del Policlinico (Piattaforma FAD), inaugurata nel 2021, si conferma uno strumento fondamentale per una erogazione diffusa 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/>

Coerentemente con gli obiettivi dichiarati nella sezione precedente, le iniziative promosse dal Settore Formazione muovono dall'analisi delle variabili di contesto. A tal proposito il Piano Triennale della Formazione Aziendale 2023 è stato ulteriormente declinato attraverso due Piani Attuativi della Formazione Aziendale, deputati all'elencazione delle iniziative da attivare nel triennio considerato, suddivise per area di pertinenza, ma non solo.

All'interno dei Piani Attuativi della Formazione Aziendale sono stati individuati percorsi trasversali di interesse comune da proporre al personale impegnato in un settore specifico. Si tratta di un progetto pilota che ha visto la nascita di due iniziative, da una parte l'offerta formativa dell'Area Oncologica e dall'altra il Bollino CUG.

La proposta di disegnare un'offerta formativa specifica per il personale impegnato nell'area oncologica origina dalla natura stessa del Policlinico San Martino che afferisce agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per l'oncologia: l'iniziativa mira all'erogazione di un'offerta formativa completa, che riguardi tanto gli aspetti clinici quanto quelli dell'umanizzazione delle cure e della ricerca scientifica. (Allegare offerta formativa dell'area Oncologica)

In merito alla decisione di coniare un vero e proprio segno distintivo per le attività di formazione aventi a oggetto le materie di interesse del Comitato Unico di Garanzia (CUG), c.d. Bollino CUG, è intenzione dell'amministrazione porre l'attenzione del personale su percorsi formativi che non sono oggetto di obbligo formativo cogente, ma che la direzione strategica considera cruciali per lo sviluppo del benessere organizzativo a tutti i livelli di prestazione.

Si ribadisce la rilevanza strategica dei Gruppi di Miglioramento (GdM), i quali hanno la funzione di sviluppare e potenziare le competenze tecniche degli operatori, tenendo in debita considerazione gli aspetti comunicativi e la collaborazione di squadra. L'obiettivo primario dei GDM già attivati nel 2022 è stata la creazione di prassi condivise, che mirassero al miglioramento dell'organizzazione e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Questa metodologia educativa è stata accolta positivamente dagli operatori del settore e ha dato origine a diverse tipologie di GdM, anche in seno all'organizzazione amministrativa, infatti, nel 2023 è stata attivata una "comunità di pratica" in cooperazione con il Centro di Studi in Management Sanitario (Ce.Ri.S.Ma.S) in seno all'Università Cattolica di Milano, di supporto alla stesura condivisa del presente Piano, con il fine influenza le prassi dell'ente anche per il futuro.

Parimenti, e per le stesse motivazioni, è stata proposta una nuova edizione del corso "Train the Trainer" rivolta al personale nominato Referente per la Formazione (RAF) ed erogata da VIE, Spin-off dell'Università degli Studi di Genova. L'esperienza precedente ha dimostrato come il personale formato avesse acquisito maggiore confidenza con gli strumenti di erogazione della formazione a distanza.

Al fine di partecipare alla creazione di valore pubblico, soprattutto nei confronti dei cittadini, il Policlinico si impegna in costanti interazioni con altri enti. Questo impegno promuove la partecipazione dei suoi dipendenti a comunità di pratica e a corsi universitari incentrati su temi di rilevanza per l'ottimizzazione delle performance del Policlinico. Un esempio significativo di questa collaborazione è l'adesione del Policlinico, a partire dall'anno accademico 2021/2022, al Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Ce.Ri.S.Ma.S.) come socio ordinario, che comporta la possibilità di beneficiare di un programma formativo dedicato, noto come "Formazione Elective," che viene aggiornato annualmente in risposta alle esigenze formative espresse dai soci. Questa iniziativa si integra con il proseguimento della partecipazione del Policlinico al Progetto "ValorePA" promosso da INPS che per il 2024 prevede la partecipazione del personale ad attività didattiche in materia di anticorruzione e trasparenza, comunicazione e team building, transizione digitale e lingua straniera.

3.4.4 Risultati attesi e misure

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.

La piattaforma per l'informazione a distanza, realizzata nel 2021 per fronteggiare le esigenze formative del personale in periodo di pandemia e mantenuta come già precisato, rappresenta anche nel triennio 2023 - 2025 uno degli strumenti cardine per lo sviluppo delle attività formative aziendali, nell'ottica conciliazione dei tempi "casa-lavoro".

Inoltre, 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'adesione del personale dipendente al progetto di creazione di una rete capillare di referenti e la conseguente implementazione delle attività dei RAF 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.

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.

3.4.5 Comunicazione istituzionale

Introduzione

Questa sezione, di nuova introduzione all'interno del PIAO, si propone di descrivere e guidare le attività di comunicazione integrata del Policlinico, fruendo del metodo *rolling* tipico del Piano Integrato.

In un'epoca in cui la comunicazione è un elemento chiave per il successo delle organizzazioni sanitarie, la Direzione strategica del Policlinico si impegna a garantire una comunicazione trasparente, efficace e centrata sulla mission dell'ente: soddisfare il bisogno di salute dei cittadini.

L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è da sempre impegnato nel fornire cure di alta qualità, basate sull'innovatività della prassi clinica e l'eccellenza della ricerca, senza tralasciare aspetti fondamentali quali l'etica e l'umanizzazione delle cure.

Attraverso una comunicazione chiara e accurata, il Policlinico intende informare la comunità sui servizi offerti e sulle modalità di fruizione, coinvolgere i pazienti nelle decisioni relative la loro salute e garantire che i dipendenti operino al meglio delle loro possibilità.

Questo piano è il risultato di un processo partecipativo che coinvolge la leadership aziendale e il personale dipendente: l'ente riconosce che la comunicazione è un impegno collettivo e si augura che il Piano della Comunicazione possa fungere da strumento per una comunicazione efficace e orientata al risultato.

Aree di intervento

La comunicazione si distingue in interna ed esterna.

La *comunicazione interna* si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché si indirizza al personale dipendente. Costruire un buon sistema di comunicazione interna è fondamentale per le organizzazioni complesse: condividere il maggior numero di informazioni e dati permette all'ente di raggiungere livelli di efficienza ed efficacia notevoli. Il grado di conoscenza delle attività intraprese dall'ente, da parte del dipendente, aumenta il senso di appartenenza all'azienda, con un effetto positivo sul clima interno e sul benessere organizzativo: un'organizzazione che dialoga con i propri dipendenti trasmette un senso di attenzione ed importanza nei confronti delle risorse umane, vera ricchezza delle Organizzazioni.

La *comunicazione esterna* rivolta ai cittadini, ad altre amministrazioni o enti, imprese e associazioni, contribuisce a costruire la percezione della qualità dei servizi erogati e costituisce un canale permanente di ascolto e verifica del livello di soddisfazione del cittadino e degli altri stakeholder, tale da consentire all'organizzazione di adeguare di volta in volta i servizi offerti. La comunicazione esterna, sia essa rivolta alla cittadinanza, alle altre amministrazioni o enti, imprese o associazioni, contribuisce a costruire la percezione della qualità del servizio e costituisce un canale permanente di ascolto e verifica del livello di soddisfazione dell'utenza.

La comunicazione esterna attuata dal Policlinico ha l'obiettivo di:

- far conoscere l'Ente e la sua storia, il suo staff, i servizi erogati e i progetti in corso;
- facilitare l'accesso fisico e telematico ai servizi erogati;
- dare completa attuazione al principio di trasparenza dell'azione della PA dando accesso agli atti adottati dagli organi di vertice;
- svolgere azioni di sensibilizzazione e campagne di prevenzione
-

Obiettivi Strategici

L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino realizza e implementa i piani di comunicazione a sostegno delle proprie attività istituzionali in coerenza agli input derivanti dagli obiettivi strategici della Direzione aziendale, che si focalizzano, per quanto riguarda la definizione delle azioni di comunicazione integrata:

1. promuovere l'immagine del Policlinico attraverso l'aumento dell'indice di reputazione aumentando parallelamente la consapevolezza che i cittadini hanno dell'ente in termini di organizzazione;
2. aumentare la partecipazione della cittadinanza ad eventi pubblici organizzati dall'ente anche attraverso la copertura mediatica su piattaforme e social media;
3. monitorare la percezione dell'utenza circa l'immagine dell'organizzazione;

4. incrementare il coinvolgimento del personale dipendente attraverso la realizzazione di iniziative aziendali;
5. ottimizzare l'utilizzo dei canali di comunicazione migliorandone sia l'efficienza che l'efficacia attraverso una scrittura chiara e coesa che rifletta la missione e i valori dell'organizzazione e la contestuale riduzione del tasso di disinformazione interna ed esterna;

Azioni continue di comunicazione interna

Il Policlinico si impegna a tenere una comunicazione interna essenziale, trasparente e bidirezionale per favorire il personale nello svolgimento delle attività operative e di sviluppare un ambiente di lavoro il più possibile collaborativo e informato.

Le azioni attivate con scopo di comunicazione interna, in linea con gli obiettivi strategici, sono:

1. **Newsletter Interna:** dal 2022 la S.S.D. Formaizone e Comunicazione redige e diffonde con cadenza mensile la calendarizzazione degli eventi, convegni e corsi di formazione per il mese considerato;
2. **Portale Intranet:** frutto del recente lavoro di aggiornamento, il Portale Intranet si rivela lo strumento operativo più utilizzato dal personale dipendente per reperire informazioni utili allo svolgimento delle attività professionali.
3. **Sondaggi:** nel 2023 è stato sperimentato lo strumento del questionario per valutare la percezione dei dipendenti circa il benessere organizzativo (esperienza significativa che ha visto l'intervento di circa 1/5 dei dipendenti, i dati sono ancora all'esame degli uffici preposti);
4. **Cerimonia dedicata al personale annualmente posto in quiescenza:** ogni anno il Policlinico organizza un evento interno dedicato al personale strutturato e universitario posto in quiescenza, momento di comiato presidiato dalla Direzione Strategica particolarmente gradito anche dai familiari dei dipendenti per via dell'importante riconoscimento all'attività svolta durante la carriera;

Azioni continue di comunicazione esterna

Sito Internet

A novembre 2023, è stato rilasciato il nuovo sito internet del Policlinico

[\(https://www.ospedalesanmartino.it/it/\)](https://www.ospedalesanmartino.it/it/)

che risulta essere rinnovato sotto molteplici punti di vista.

Interfaccia più moderna che vede in primo piano la proiezione del Video Istituzionale, realizzato anch'esso nell'annualità 2023 allo scopo di raccontare con immagini e parole, il lavoro che quotidianamente si svolge all'interno del Policlinico, in termini di assistenza, ricerca e innovazione.

Il sito internet risulta implementato con un moderno sistema di *geolocalizzazione* che permette al cittadino di individuare in maniera mirata il luogo in cui deve recarsi, potendo anche impostare la realizzazione di percorso da svolgere.

La piattaforma è soggetta a continui aggiornamenti curati da una rete di dipendenti appositamente formata.

Celebrazioni in memoria di Alberto Marmont

L'equipe guidata dal Professor Alberto Marmont ha eseguito il giorno 26/04/1976 presso l'Ospedale San Martino di Genova il primo trapianto di cellule staminali emopoietiche allogeniche in Italia, iniziando un'attività che, nel corso degli anni successivi, ha portato il Programma Trapianti del San Martino ad essere un Centro leader in Italia e in Europa con oltre 4000 trapianti eseguiti.

Nel nono anniversario dalla sua scomparsa e nel 46° anniversario dal primo trapianto il Policlinico San Martino, all'alba della nuova era della terapia cellulare naturale evoluzione del trapianto, vuole dedicare al Professor Marmont il proprio Programma Trapianti CSE come doveroso tributo al fondatore e, guidati dal suo spirito innovatore, affermare e consolidare il San Martino e Genova nel ruolo di leadership nel progresso di questa disciplina.

Centenario

L'annualità 2023 ha impegnato le risorse destinate alla comunicazione esterna nella realizzazione del programma delle celebrazioni del Centenario dalla fondazione dell'allora Ospedale San Martino.

È compito dell'ente celebrare una ricorrenza così importante sia per rendere onore allo sfondo quotidianamente compiuto da tutto il personale dipendente, sanitario ma non solo, che per fidelizzare la cittadinanza circa la mission perseguita dagli organi di governo.

La S.S.D. Formazione e Comunicazione ha progettato e realizzato il programma delle celebrazioni che consiste:

- nella realizzazione di un logo dedicato dal titolo "1923 **Cent'anni di cura** 2023" diffuso attraverso le piattaforme dell'ente (internet, intranet e profili social) e utilizzato per le comunicazioni istituzionali durante l'annualità di interesse;
- nella collaborazione con grafici esperti per la realizzazione dello *skyline* dell'IRCCS Policlinico San Martino utilizzato per *brandizzare* tutto il materiale di comunicazione, come il calendario, le locandine degli eventi collaterali e interni, le pagine social;
- nella progettazione di divulgativi tematici rivolti alla cittadinanza da realizzare nel cuore pulsante della città: le Cisterne di Palazzo Ducale; in particolare la S.S.D. Formazione e Comunicazione ha coinvolto i settori sensibili dell'ente per la realizzazione di n. 4 eventi caratterizzati dal coinvolgimento delle diverse professionalità interessate e dei pazienti che hanno acconsentito alla condivisione del loro percorso di presa in carico e cura;
- evento istituzionale conclusivo rivolto agli stakeholder più rilevanti, cioè, istituzioni cittadine e nazionali, personale dipendente, ai donatori e associazioni di pazienti, nell'ambito del quale sarà svolta una relazione in materia di etica delle cure, tematica delicata di interesse trasversale;

Mostra fotografica e valorizzazione patrimonio dell'archivio storico

La storia del Policlinico inizia 600 anni fa con la fondazione dell'Ospedale Pammatone, pertanto, è da quel momento che l'ente si occupa della conservazione documentale di archivio storico e fotografico.

Nell'ambito delle celebrazioni per il Centenario dell'IRCCS Policlinico San Martino, è ritenuto di importanza strategica la condivisione di tale patrimonio, talmente deliatio da non poter essere esposto.

È stata pertanto progettata una mostra fotografica diffusa per esporre una selezione ordinata di scatti storici che fossero capaci di raccontare attraverso un “film muto” le più importanti tappe della crescita del nostro Ospedale.

La mostra è destinata all’esposizione presso Piazza De Ferrari e successivamente i pannelli verranno posizionati presso i padiglioni del Policlinico a futura memoria.

Detta selezione di scatti è stata poi utilizzata per la realizzazione del Calendario istituzionale 2024.

I 30 anni del Centro Ictus

A trent’anni dalla nascita del Centro ICTUS, il Policlinico ha partecipato alla realizzazione di un evento divulgativo allo scopo di ricostruire la storia della sua nascita e del conseguente sviluppo.

Adesione e partecipazione alle c.d. giornate mondiali di sensibilizzazione

Il Policlinico aderisce e ospita frequentemente iniziative collaterali alla celebrazione delle diverse “Giornate Mondiali” promosse sia dall’OMS che dal Ministero della Salute, al fine di sensibilizzare la cittadinanza circa l’importanza della prevenzione. In particolare:

1. Giornata mondiale dei prematuri;
2. Onda Open Week contro la violenza sulle donne;
L’OMS sottolinea il ruolo cruciale del sistema socio-sanitario nella presa in carico delle vittime di violenza, in tale contesto il Pronto Soccorso rappresenta un osservatorio privilegiato per identificare ed accogliere situazioni di maltrattamento, che potrebbero altrimenti rimanere in una condizione di invisibilità, dando avvio alla presa in carico complessiva della persona e indirizzando a percorsi di sostegno e protezione;
3. Ottobre Rosa;
4. Campagna regionale prevenzione cardiovascolare;
5. Campagna donazione midollo osseo;
6. Campagna estiva donazione sangue;
7. Hai la Testa a Posto: giornate di visite gratuite per la prevenzione di tumori della regione testa – collo;
8. BPCO Zero Week (13-17 marzo 2023);
Evento a carattere nazionale che prevede l’offerta di consulenze specialistiche gratuite a pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) a cui ha aderito la Clinica di Malattie Respiratorie e Allergologia;
9. Onda Open Week, settimana dedicata alla prevenzione “femminile”;
10. Giornata Mondiale del Cuore;
11. Campagna nazionale di screening sulla psoriasi;
12. Make Sense Campaign;
Campagna di informazione, promossa dall’Associazione Italiana Oncologia Cervico Cefalica (AIOCC), volta a sensibilizzare la popolazione sui tumori del distretto testa-collo e alla promozione di una cultura della diagnosi precoce. Per l’occasione, le UU.OO. Clinica Otorinolaringoiatrica e Chirurgia Maxillo-Facciale hanno offerto visite gratuite.
13. Angioedema Day;
14. Giornata Nazionale per la Salute della Mano;
15. Giornata mondiale igiene delle mani;

L'U.O. Igiene allestisce uno o più punti informativi rivolti all'utenza e agli operatori sanitari per verificare, tramite appositi box pedagogici, la corretta procedura di igiene delle mani.

16. Cardiologie aperte.

3.6.1 Comunicazione scientifica e raccolta fondi

Premessa

Il Policlinico San Martino ha introdotto e implementato progressivamente un piano pluriennale di raccolta fondi e di comunicazione a sostegno delle proprie attività in ambito scientifico; a tale scopo la Direzione Scientifica ha strutturato da giugno 2020 l'Ufficio di Comunicazione Scientifica e Raccolta Fondi per lo sviluppo della strategia di posizionamento del Policlinico e la realizzazione del piano di attività nell'ambito della divulgazione scientifica e del fundraising.

Il presente piano operativo e programmatico 2023-2024 si integra con gli obiettivi del PIAO e con le linee di ricerca strategiche del Policlinico.

Obiettivi Strategici

- Rafforzare la conoscenza e il posizionamento del Policlinico, sia presso i pubblici interni (dipendenti) che esterni, a livello nazionale e regionale, come realtà fondata su tre pilastri: Istituto di ricerca in ambito oncologico e delle neuroscienze, centro di eccellenza per la pratica clinica e Polo di formazione universitaria in ambito scientifico.
- Incrementare le entrate da fundraising del Policlinico San Martino attraverso l'aggiornamento costante di un portfolio dei progetti di ricerca indirizzato ai principali stakeholder di riferimento

Target

I target primari che si vogliono raggiungere, considerati rilevanti sia per gli obiettivi di raccolta fondi che di comunicazione:

Target esterni

- **Mondo scientifico:** università, altri IRCSS, centri di ricerca italiani ed esteri
- **Pazienti e caregiver**
- **Collettività** in generale con un **focus sulle nuove generazioni**
- **Media:** regionali e nazionali
- **Sostenitori:** individui, Aziende
- **Istituzioni** regionali e nazionali

Target interni

- **Dipendenti**

Piano operativo 2023-2024

Campagne di comunicazione periodiche

Eventi e campagne diventati appuntamenti annuali delle attività di comunicazione scientifica del Policlinico nel corso dell'anno. Le campagne di comunicazione identificano i momenti in cui concentrare gli eventi di

Pr e divulgazione, l'ufficio stampa scientifico e l'accreditamento istituzionale in ambito ricerca.

Nel 2023, in occasione della Giornata Mondiale della Scienza, l'Ufficio Comunicazione Scientifica e Fundraising ha organizzato la conferenza "La cura personalizzata nell'era dei Big Data: la medicina computazionale e la robotica", in partnership con l'Università di Genova, l'Istituto Giannina Gaslini e l'Istituto Italiano di Tecnologia. A ottobre 2023 c'è stata la partecipazione alla XXI edizione del Festival della Scienza con un evento dal titolo "Come la ricerca lascia il segno nella vita delle persone?".

Iniziative

Nel 2024 si proporranno i seguenti eventi:

1) La Settimana del Cervello, 11-17 marzo

La Settimana dedicata al Cervello è un evento internazionale focalizzato sull'ambito della ricerca neurologica nella quale il Policlinico è un'eccellenza. Nel 2024 l'iniziativa ruoterà attorno al tema "Corpo e cervello: tra percezione e rappresentazione".

2) La Notte dei Ricercatori, 27 settembre

La Notte dei Ricercatori è un'iniziativa promossa dalla Commissione Europea fin dal 2005 che coinvolge ogni anno migliaia di ricercatori e istituzioni di ricerca in tutti i paesi europei. L'obiettivo è di creare occasioni di incontro tra ricercatori e cittadini per diffondere la cultura scientifica e la conoscenza delle professioni della ricerca in un contesto informale e stimolante.

3) Festival della Scienza, 24 ottobre – 3 novembre

Il Festival della Scienza è una rassegna tematica che si tiene annualmente tra la fine di ottobre e l'inizio di novembre a Genova. Nata nel 2003, ogni anno presenta conferenze, mostre, laboratori, percorsi interattivi e spettacoli, organizzati in varie aree e sedi. Si prevede di sviluppare idee e progettualità a inizio 2024 con il coinvolgimento dei ricercatori del Policlinico.

Attività editoriale e piano di ufficio stampa scientifico

Gestione e sviluppo del Piano social «San Martino Science» sui canali Facebook ricerca, Twitter e YouTube. Costante aggiornamento della sezione «News della Ricerca» del sito istituzionale con articoli sulle ricerche e sui risultati scientifici più rilevanti.

Invio della Newsletter periodica trimestrale indirizzata a cittadini, donatori privati, aziende sostenitrici e dipendenti.

A sostegno delle campagne di comunicazione scientifica è prevista un'attività specifica di ufficio stampa focalizzato sull'area della ricerca, in modo da valorizzare la produzione scientifica del Policlinico e i relativi risultati ottenuti. L'attività prevede la messa a punto di un action plan per identificare i momenti clou in cui comunicare le notizie a carattere scientifico più rilevanti e la realizzazione di un piano di accreditamento presso i media nazionali di riferimento per la divulgazione scientifica.

Piano di raccolta fondi

1) Attività di raccolta fondi rivolte ad aziende, grandi donatori e cittadinanza

Sviluppo di partnership e programma di fidelizzazione rivolto alle principali aziende del territorio, strutturando proposte di ingaggio ad hoc, tailor-made per ciascuna di queste, finalizzate alla raccolta fondi a sostegno della mission di ricerca del Policlinico.

Programma di implementazione dei rapporti con i grandi donatori attraverso incontri mirati per la presentazione e l'aggiornamento di un portfolio di progetti e strumentazioni per la ricerca del Policlinico da poter finanziare

Gestione di canali di raccolta digital per coinvolgere sostenitori e ai potenziali donatori individuali, con azioni di lead generation e direct emailing attraverso i differenti canali di comunicazione scientifica: newsletter trimestrale, articoli pubblicati sul sito istituzionale e le pagine social Facebook e Twitter dedicate alla divulgazione dei risultati della ricerca.

2) La campagna 5x1000

L'Ufficio organizza e realizza la campagna 5x1000 dedicata al sostegno della ricerca scientifica dell'Istituto dandole ampia visibilità, a livello cittadino e non solo, attraverso una campagna multicanale composta da: affissioni comunali, arredo urbano e degli autobus, azioni su diversi media (tv, giornali e radio), campagna digital e social. La campagna prevede inoltre il coinvolgimento del pubblico interno del Policlinico (pazienti, familiari e dipendenti) tramite l'allestimento dei Padiglioni dell'Ospedale e la distribuzione di materiale della campagna

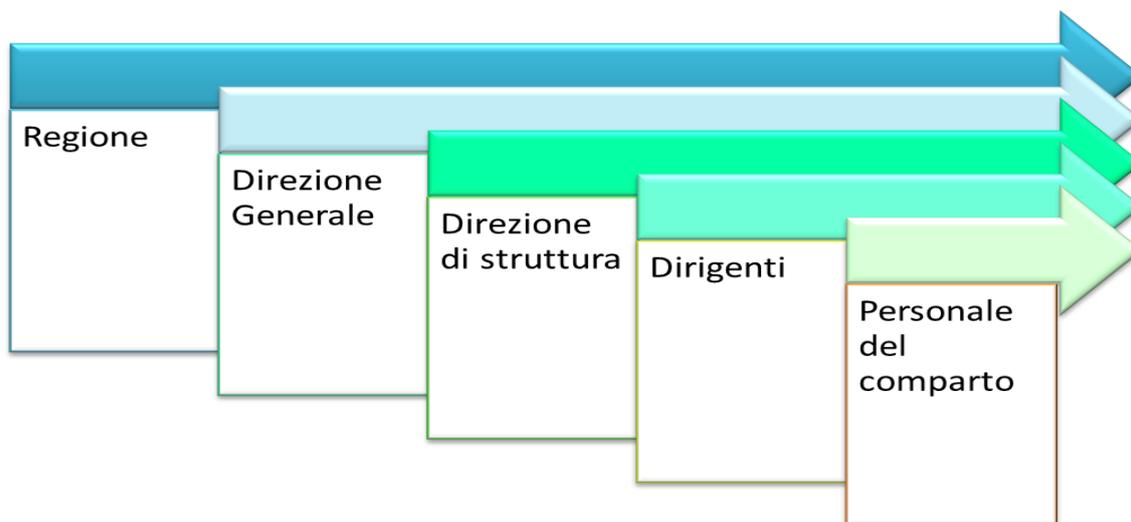


OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

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. È 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.

ALLEGATI

Sottosezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Allegato 1 - MAPPATURA PROCESSI DA 1 A 10

Allegato 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Allegato 3 - TABELLA MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE

Allegato 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE